

HOCHSCHULE für Angewandte Wissenschaften
Fachhochschule LANDSHUT – UNIVERSITY of Applied Sciences
Hochschule für Technik, Sozialwesen, Wirtschaft

FAKULTÄT Soziale Arbeit



Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts

Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung

**Wirkungserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung,
professionellen Begleitpersonen und des familialen Umfeldes
an sexuelle Aufklärung**

vorgelegt an der Fakultät Soziale Arbeit
der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Landshut
bei Prof. Dr. phil. Johannes Lohner
Wintersemester 2020/2021

eingereicht von Marion Stöckl
Matrikelnummer 1079786
Landshut, 21.10.2020

Abstract

Die vorliegende qualitative Untersuchung beschäftigt sich mit der Wirkungserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung, professionellen Begleitpersonen und des familialen Umfeldes an sexuelle Aufklärung. Im Überblick werden Aspekte bezüglich Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung theoretisch beleuchtet. Zum besseren Verständnis wird versucht, das Begriffspaar Sexualität und geistige Behinderung zu definieren. Die Forschungsarbeit verfolgt das Ziel, herauszufinden, welche Wirkung sich familiales und professionelles Umfeld sowie Betroffene selbst, von sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung erwarten. Hierzu werden die Kriterien des Verständnisses und der Einstellung von Sexualität der Zielgruppen, die Wirkung von sexueller Aufklärung bezüglich Lerneffekte, Lebensqualität und Selbstbestimmung sowie Herausforderungen und Stolpersteine sexueller Aufklärung für die involvierten Beteiligten näher betrachtet. Es werden sechs leitfadengestützte Interviews mit Expertinnen und Experten erhoben. Befragt werden stellvertretend für die Gruppe des familialen Umfeldes zwei Mütter von Kindern mit geistiger Behinderung. Für die Gruppe der professionellen Begleitpersonen, Fachkräfte, die mit Menschen mit geistiger Behinderung (sexual)pädagogisch arbeiten und für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, Betroffene selbst. Ergebnis dieser Arbeit ist, dass grundsätzlich alle Befragten positive Erwartungen an sexuelle Aufklärung haben und den Wert sexueller Aufklärung anerkennen. Dennoch zeigt sich, dass insbesondere das familiale und professionelle Umfeld bei der Thematik Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung sowie sexueller Aufklärung mit verschiedenen Herausforderungen konfrontiert sind. Ängste, Unsicherheiten, bevormundende Fürsorge, die innere Haltung aber auch gesellschaftliche Negierungs- und Tabuisierungsprozesse spielen dabei eine Rolle. Benachteiligte sind aufgrund der lebenslangen Abhängigkeitsverhältnisse und der daraus resultierenden Fremdbestimmung zumeist die Menschen mit geistiger Behinderung. Spezielle Unterstützungsangebote bei der Umsetzung von sexueller Aufklärung werden von den befragten Müttern und professionell Tätigen als notwendig und wertvoll empfunden.

1	Einleitung	5
2	Forschungsstand und theoretische Grundlagen	6
2.1	Relevante Begriffe	6
2.1.1	Annäherung an den Terminus ‚Sexualität‘	6
2.1.1.1	Multifunktionalität von Sexualität	9
2.1.1.2	Sexuelle Gesundheit	10
2.1.2	Annäherung an den Terminus ‚geistige Behinderung‘	11
2.2	Geistige Behinderung und Sexualität	13
2.2.1	Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung	14
2.2.2	Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung	18
2.2.3	Rechtliche Aspekte	21
2.2.4	Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung?	22
2.3	Umgang des sozialen Umfelds mit Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung	26
2.3.1	Kontext familiales Umfeld	27
2.3.2	Kontext professionelles Umfeld	30
2.4	Sexualwissen als Grundlage sexueller Selbstbestimmung	34
2.4.1	Relevanz sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung	35
2.4.2	Auftrag sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung	38
2.4.3	Umsetzung sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung	40
3	Forschungsdesign und methodisches Vorgehen	42
3.1	Forschungsfrage	42
3.2	Qualitative Sozialforschung	43
3.3	Leitfadengestütztes Experteninnen- und Experteninterview	43
3.3.1	Auswahl der Expertinnen und Experten	45
3.3.2	Vorbereitung und Durchführung der Einzelinterviews	46
3.4	Forschungsethik	47
3.5	Auswertungsverfahren – qualitative Inhaltsanalyse	49
4	Darstellung der Forschungsergebnisse	49
4.1	Sexualität	50
4.1.1	Verständnis von Sexualität	50

4.1.2 Einstellung zur Sexualität.....	51
4.2 Lerneffekte.....	52
4.2.1 Relevanz	53
4.2.2 Verständnis	54
4.2.3 Prioritätensetzung	57
4.3 Lebensqualität.....	58
4.3.1 Bio-psycho-soziale Gesundheit	59
4.3.2 Selbstbestimmung.....	60
4.3.3 Wünsche – Partnerschaft, Liebe und Sexualität	62
4.4 Herausforderungen	64
4.4.1 Innere Haltung	64
4.4.2 Ängste, Überbehütung und Unsicherheiten.....	65
4.4.3 Fremdbestimmung	67
4.5 Unterstützungsmöglichkeiten	69
4.5.1 Entlastung	69
4.5.2 Zusammenarbeit	70
4.5.3 Fortbildung, Reflexion und Supervision	70
5 Diskussion	72
5.1 Sexualität und Vielfalt.....	73
5.2 Notwendigkeit sexueller Aufklärung als kontinuierliche Lebensbegleitung und Wissenserweiterung.....	76
5.3 Verbesserung der Lebensqualität durch sexuelle Aufklärung.....	80
5.4 Sexuelle Aufklärung – eine Herausforderung?	85
5.5 Sexuelle Aufklärung und wechselseitige Kooperation.....	92
5.6 Kritische Würdigung	95
6 Resümee und Ausblick	97
Literaturverzeichnis	100
Anhang.....	117

1 Einleitung

Sexualität begleitet **alle** Menschen ein Leben lang.

Dennoch stellt das Thema Sexualität nicht selten ein großes Tabu dar, besonders dann, wenn es um die Kommunikation darüber geht. Thematisiert man Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung treffen zwei Tabuthemen aufeinander, die in der Gesellschaft kontrovers diskutiert und häufig als Spannungsfeld erlebt werden, das den sexuellen Normvorstellungen zu widersprechen scheint.

Zustimmung erfährt die Tabuisierung von Sexualität, wenn sie die Intimitäts- und Schamgrenzen und sexuelle Selbstbestimmung aller beteiligten Personen schützt. Negative Auswirkungen von Tabuisierung für den einzelnen Menschen zeigen sich dagegen, wenn auf diese Weise ein individueller Zugang zu der persönlichen Entwicklungsressource der sexuellen Selbstbestimmung verwehrt wird (vgl. Orland 2015: 16).

„Sozial angemessene Kommunikation über Sexualität sowie gesellschaftlich angemessenes sexuelles Verhalten sollen erlernt werden“ (Orland 2015:16). Unabhängig vom Alter und Intelligenzgrad eines Menschen wird Sexualität erlernt. Sexualität braucht sexuelle Bildung (vgl. Martin 2013: 206ff.).

Mit der Ratifizierung der UN-Behindertenkonvention (UN-BRK Art. 23) hat sich Deutschland dazu verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderung auf Sexualität, Partnerschaft und Ehe zu stärken und das Recht von Menschen mit geistiger Behinderung den Zugang zu barrierefreier Information und sexueller Aufklärung zu ermöglichen (vgl. BZgA 2015: 5).

Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung nehmen die Hauptbezugspersonen bei der Umsetzung von sexueller Aufklärung angesichts der oft lebenslangen Betreuung einen großen Stellenwert ein.

Aus diesen Überlegungen entstand folgende Forschungsfrage: Welche Wirkungserwartungen haben Menschen mit geistiger Behinderung, professionelle Begleitpersonen und familiales Umfeld an sexuelle Aufklärung?

Um die Fragestellung beantworten zu können, erfolgen im theoretischen Teil dieser Arbeit zunächst eine Annäherung an die Begriffe ‚Sexualität‘ und ‚geistige Behinderung‘. Im Anschluss wird anhand verschiedener Studien auf die gesellschaftliche Einstellung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung Bezug genommen, um anschließend Aspekte der Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung zu erfassen. Ferner wird der Umgang des sozialen Umfeldes

mit der Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung behandelt. Anschließend werden die Relevanz, Auftrag und Umsetzung von sexueller Aufklärung erläutert.

Im empirischen Teil folgt die Beschreibung des Forschungsdesigns und methodischen Vorgehens mit anschließender Präsentation der erforschten Ergebnisse. Abschließend werden die Ergebnisse diskutiert und in einem Resümee zusammengefasst.

2 Forschungsstand und theoretische Grundlagen

2.1 Relevante Begriffe

Der folgende Abschnitt widmet sich den für die vorliegende Arbeit relevanten Begriffen ‚Sexualität‘ und ‚geistige Behinderung‘, um einen fokussierten Zugang zum Thema zu erhalten und eine wissenschaftliche Fundierung der Begrifflichkeiten zu schaffen.

2.1.1 Annäherung an den Terminus ‚Sexualität‘

Anhand der aktuellen sexualwissenschaftlichen und sexualpädagogischen Literatur lässt sich Sexualität nicht eindeutig definieren. Der Begriff der Sexualität beinhaltet eine Bandbreite von Interpretationen und zeichnet sich durch seine Vielfältigkeit aus (vgl. Lautmann 2002: 20; Ortland 2008: 16).

War anfänglich in den Industriegesellschaften des 19. Jahrhunderts der Begriff der Sexualität nur in den Bereichen der Biologie und Botanik beheimatet, wurde er jedoch schnell in Bezug auf den Menschen, wenn auch nur in Relation mit dem Koitus und der Fortpflanzungsfunktion, angewandt (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 281). Durch die Einführung des Begriffs der Libido (= allgemeine Lebensenergie) durch Sigmund Freud wurde die Dimension der Sexualität wesentlich erweitert und nicht mehr nur auf den reinen Fortpflanzungsakt, der bloßen Genitalsexualität reduziert (vgl. Bader 2011: 50).

Das weite Verständnis von Sexualität beschreibt die amerikanische Sexualtherapeutin Avodah K. Offit (1979) in ihrem Buch ‚Das sexuelle Ich‘ wie folgt:

"Sexualität ist, was wir daraus machen: Eine teure oder eine billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr der Einsamkeit, eine Kommunikationsform, eine Waffe der Aggression (Herrschaft, Macht, Strafe, Unterwerfung), ein Sport, Liebe, Luxus, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse, das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, ein Ausdruck der Zuneigung (mütterlicher, väterlicher, brüderlicher oder schlicht menschlicher Verbundenheit), eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem All, mystische

Ekstase, indirekter Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Art, menschliches Neuland zu erkunden, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit oder einfach eine sinnliche Erfahrung“ (Offit 1979: 16).

Dieses Zitat von Avodah K. Offit veranschaulicht, dass Sexualität in ihrer Bedeutung subjektiv und individuell verstanden und erlebt wird. Sexualität impliziert demnach weitaus mehr als Genitalität. Das bedeutet auch, dass Partnerschaft und Sexualität nicht strikt voneinander getrennt behandelt werden kann. Sexualität ist Teil von partnerschaftlicher Beziehung und Liebe in welcher Ausprägung auch immer.

Sexualität kann anhand verschiedener Dimensionen erklärt werden. Maßgeblich ist, was ein bestimmter Kulturkreis, wissenschaftliche Disziplinen, aber auch das Individuum als Bedeutungskern für sich festlegt (vgl. Sielert 2015: 36).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2006) arbeitet mit folgender Definition:

„Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviours, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors“ (WHO 2006: 5).

Die Definition hebt hervor, dass Sexualität eine kontinuierliche Komponente im Lebensverlauf eines Menschen ist. Diesen Gedanken unterstreicht auch Wolfgang Plaute (2006), Professor für Inklusion und Sonderpädagogik: „Sexualität ist ein Wesensmerkmal des Menschen, ohne Sexualität gibt es kein Menschsein!“ (Plaute 2006: 507).

Sexualität ist daher eine lebenslange Entwicklungsaufgabe, bei der Menschen die Anforderungen der Gesellschaft und individuelle Bedürfnisse hinterfragen, um ihre persönliche sexuelle Identität zu erkennen. Sexualität betrifft den Menschen in seiner Gesamtheit, schließt Erleben, Gefühle und Intellekt mit ein und reduziert sich nicht auf das Körperliche (vgl. Ortland 2008: 17). Sexualität und deren Bedeutung ist abhängig vom Einfluss kultureller, ökonomischer, politischer und sozialer Umwelt, von biologischen Faktoren und der individuellen Verständigung zwischen Körper und Seele (vgl. Möslers 2002: 38f.). Sexualität ist vielschichtig, in den unterschiedlichsten Bereichen verankert und verändert sich individuell in ihrer Bedeutsamkeit in den einzelnen Lebensabschnitten (vgl. Aigner 2013: 26).

Dieses komplexe Zusammenspiel von individuellen und gesellschaftlichen Faktoren zeigt sich ebenfalls bei Brigitte Freys (2002) Definition, die insbesondere die Aspekte Fruchtbarkeit, Lust, Beziehung und Identität aufgreift:

„Sexualität ist eine Lebensenergie, die Menschen von der Geburt bis zum Tode begleitet. In unterschiedlichen Lebensphasen stehen dabei unterschiedliche Bedürfnisse und Ausdrucksweisen im Vordergrund. Geschlechtsidentität als Mädchen oder Junge, Mann oder Frau, die eigene Körperlichkeit, Kontakt und Beziehungsgestaltung (in hetero - wie in homosexuelle Beziehungen), Lusterfahrung und im Umgang mit Fruchtbarkeit sind Grundthemen. Gelebte Sexualität ist immer auch bestimmt von gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und der individuell erfahrenen Sozialisation und Biographie, etwa bezüglich Geschlechterrollen, Werte und Normen oder auch dem Zugang zu Informationen usw.“ (Frey 2002:103f).

Hier wird Sexualität abhängig von den eigenen Erfahrungen in die Persönlichkeit des Menschen integriert. Gesellschaftliche Normen und Werte, persönliche Erfahrungen und die individuelle Lebensgeschichte bestimmen, wie Sexualität erlebt und gelebt wird. Sexualität unterstützt die Selbstfindung und Entwicklung der Identität, beeinflusst sämtliche Lebensbereiche und ist ein wesentliches Bedürfnis des Menschen.

Im Bereich der Sexualmedizin formulieren Beier und Loewit (2011): „Sexualität lässt sich als eine **biologische, psychologische** und **sozial** determinierte Erlebnisqualität des Menschen verstehen, die in ihrer individuellen Ausgestaltung von der lebensgeschichtlichen Entwicklung geprägt wird“ (Beier/Loewit 2011: 12). Das Menschsein wird hier verstanden als bio-psycho-soziale Einheit und zu dieser Einheit gehört seine Sexualität (vgl. ebd.: 12).

Nach den Interpretationen verschiedener Autoren und umfassenden Darstellungen wissenschaftlicher Definitionen von Sexualität sind dennoch eindeutige Zusammenhänge feststellbar, die für den komplexen und vielschichtigen Zugang zum Thema der vorliegenden Arbeit von Bedeutung sind. Es zeigen sich Überschneidungen und Kernelemente zeichnen sich ab, woraus sich folgende gleichgewichtige Bestimmungsmerkmale ergeben:

- Sexualität ist individuell, vielfältig und facettenreich.
- Sexualität ist ein lebenslanger Prozess und hat unterschiedliche Ausdrucksformen.
- Sexualität ist ein soziales Phänomen und unterliegt dem Wandel der Zeit.
- Sexualität ist multiperspektiv und multifunktionell.

2.1.1.1 Multifunktionalität von Sexualität

Hinsichtlich der funktionalen Bedeutung von Sexualität empfiehlt es sich, von einer Multifunktionalität zu reden. Alle Funktionen stehen in Beziehung zueinander, bedingen sich wechselseitig und unterteilen sich in folgende Bereiche: Fortpflanzungsdimension, Lustdimension und Beziehungsdimension (vgl. Beier/Loewit 2011:12).

Ähnlich gliedert der Sozialpsychologe Joachim Walter die Funktionen der Sexualität in Fortpflanzungsfunktion, Lustfunktion, soziale Funktion und die Selbstfindungs- und Integrationsfunktion (vgl. Walter 1987: 105ff.). Auch Uwe Sielert, Professor für Sozialpädagogik, skizziert die Funktionen der Sexualität identisch aus vier Sinnkomponenten: Lustaspekt, Beziehungsaspekt, Identitätsaspekt und dem Aspekt der Fortpflanzung (vgl. Sielert 1993: 45).

Bei den genannten Aufzählungen lassen sich primär vier Funktionen bei differenzierter Betrachtung extrahieren, die anschließend näher erläutert werden.

Die Funktion der Fortpflanzung erfasst die Relevanz der Sexualität bei der Reproduktion (vgl. Beier/Loewit 2011: 12), dennoch ist sie nicht nur physische Fortpflanzung durch die Zeugung und Geburt eines Kindes, sondern auch lebensspendende Kraftquelle, bei der Energie frei wird (vgl. Sielert 2015: 47).

Die Lustfunktion ist eine kraftspendende Erfahrung in der Leidenschaft, Ekstase, Empfindungen, Gefühle und Körperlichkeit ihren Ausdruck finden (vgl. Sielert 2015: 47f.). Die Dimension der Lust erfahren, durch das eigene subjektive Spüren von sexueller Erregung, bedeutet eine besondere Möglichkeit des menschlichen Erlebens (vgl. Beier/Loewit 2011: 13). Das Vermögen, den Genuss der körperlichen Lust als eine Erfahrung des individuellen Glücks zu empfinden, ist nicht ausschließlich abhängig von biologisch-physiologischen Prozessen, auch psychosoziale Komponenten fließen mit ein. Sexuelle Erfüllung gelingt auch ohne Orgasmus (vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987: 106).

Die Beziehungsfunktion ist eine essentielle Komponente der Sexualität. Anhand sexueller Kommunikation in Beziehungen werden wesentliche bio-psycho-soziale Bedürfnisse nach Vertrauen, Wärme, Schutz und Geborgenheit erfüllt (vgl. Beier/Loewit 2011:12). Durch Sexualität entstehen intime Bindungen und Beziehungen, es bietet sich die Möglichkeit einer liebevollen, körperlichen Begegnung mit anderen, um dabei Nähe, Vertrauen und Sicherheit auszutauschen. (vgl. Sielert 2015: 48). Sexualität ist immer auch eine Form der Kommunikation. Sexualität dient dem Menschen als Ausdrucksmöglichkeit für Liebe und Beziehung. Durch Körpersprache nehmen Menschen Kontakt auf und kommunizieren. Die Beziehungsfunktion der Sexualität schließt also die Funktion der Kommunikation mit ein, denn Kommunikation, auch nonverbale,

lässt Beziehungen entstehen. Menschen sind Beziehungswesen und somit spielt die soziale Bindungsfunktion der Sexualität lebenslang eine wichtige Rolle (vgl. Beier/Loewit 2011: 14). Sexualität in ihrer Identitätsfunktion umfasst das Gewähren und Entgegennehmen von Selbstbestätigung als Fundament, um sich selbst zu lieben und als Basis, andere in ihrem Sein zu respektieren, wertzuschätzen und zu achten (vgl. Sielert 2015: 49). Angesichts der Möglichkeit, identitätsbildende und identitätsstützende Erfahrung zu sammeln dient Sexualität somit der individuellen Selbstfindung und fördert die Entwicklung einer eigenen Identität (vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987: 107). Positive Zuwendung und Zärtlichkeit stärkt das Selbstwertgefühl eines Menschen und ist wiederum die Voraussetzung andere Menschen zu lieben und zu akzeptieren (vgl. Hensle/Vernooij 2002: 298). Die Entwicklung des Ich-Bewusstseins ist nah mit dem eigenen Körpergefühl verbunden. Fehlendes Körpergefühl reduziert nicht nur das Gefühl zu sich selbst, sondern schwächt auch das Verhältnis zu Mitmenschen und Lebensraum (vgl. Dawid-Hapkemeyer 1995: 52).

Entscheidend ist, dass alle dargestellten Funktionen der Sexualität gleichwertig in ihrer Bedeutung sind, jedoch nicht alle verwirklicht werden müssen, um eine befriedigende Sexualität zu erleben (vgl. Ortland 2008: 18).

Jedoch ist neben den positiven Aspekten der Sexualität auch ein negativer Aspekt denkbar. Der Aspekt der Macht und Last, wie er beispielsweise bei sexueller Hörigkeit oder sexualisierter Gewalt stattfindet (vgl. Raithel/Dollinger/Hörmann 2009: 281). Die einseitige Instrumentalisierung eines Menschen unter Ausschluss seiner individuellen Wünsche und Belange ist in keinem Bereich des Lebens akzeptabel. Sexuelle Praxis muss für die integrierten Individuen voraussetzen, Sexualität erfüllt ausleben zu können (vgl. Kanitscheider 2011: 257f.).

2.1.1.2 Sexuelle Gesundheit

Hinsichtlich eines breiten Sexualitätsverständnisses, das vor allem die gesellschaftliche und die biographische Perspektive berücksichtigt, steht auch die sexuelle Gesundheit im Zusammenhang mit einzelnen Teilbereichen der Sexualität (vgl. Klamp-Gretschel 2019: 91; Kunz/ Käppli 2016: 25). Die WHO hält fest, dass Gesundheit das höchste Gut ist, auf das alle Menschen gleichermaßen ein Anrecht haben (vgl. WHO 2014:1).

Die WHO (2006) definiert sexuelle Gesundheit wie folgt:

„Sexual health is a state of physical, emotional, mental and social well-being in relation to sexuality; it is not merely the absence of disease, dysfunction or infirmity. Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality and sexual relationships, as well as the possibility of having pleasurable and safe sexual experiences, free of coercion, discrimination and violence. For sexual health to be attained and maintained, the sexual rights of all persons must be respected, protected and fulfilled“ (WHO 2006:5).

Diese Definition veranschaulicht, dass sexuelle Gesundheit nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen impliziert. Sexuelle Gesundheit ist vielmehr ein Zustand des körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und setzt eine positive, respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus. Sexuelle Gesundheit beinhaltet, ein sicheres und erfülltes Sexualleben ohne Zwang, Diskriminierung und Gewalt zu erleben. Gegenstand seelischer und körperlicher Gesundheit ist ebenso das Selbstverständnis, Sexualität zu leben.

Um ein befriedigendes Sexualleben zu erleben, sind grundsätzliche und für jeden Menschen gleichermaßen verfügbare und erreichbare Informationen über Sexualität, Fortpflanzung und sexuelle Gesundheit unerlässlich. Zum Schutz der eigenen und der Gesundheit anderer erfordert es Wissen über Themen im physischen sowie psychischen Bereich der Sexualität. Wobei Körperpflege, Körperwahrnehmung und Verhütung den physischen Bereich der Sexualität betreffen und z.B. Beziehungsgestaltung oder Schutz vor sexualisierte Gewalt zu Themen des psychischen Bereichs gehören. (vgl. Klamp-Gretschel 2019: 91).

2.1.2 Annäherung an den Terminus ‚geistige Behinderung‘

Der Begriff ‚geistige Behinderung‘ wird in der Fachliteratur kontrovers diskutiert und eine konkrete, homogene und allgemein akzeptierte Definition erweist sich aufgrund verschiedener fachwissenschaftlicher Sichtweisen als problematisch und komplex.

Geistige Behinderung ist ein mehrdeutiger Begriff, der zum einen die pädagogische Praxis bestimmt, Leistungsansprüche im juristischen Sinn zuweist und zum anderen im normativ-moralischen Verständnis wiederholt eine Basis über den Diskurs, ob bestimmte Menschengruppen einbezogen oder ausgegrenzt werden, schafft. Es ist ein Begriff mit hoher strukturierender Wirkung und dennoch in sich selbst nicht klar strukturiert ist (vgl. Kulig/ Theunissen/ Wüllenweber 2006: 116).

Otto Speck (2016: 53) erklärt: „Es gibt nicht *die* geistige Behinderung und auch *kein einheitliches Bild* von ihr“ und äußert sich sehr deutlich:

„Mensch ist Mensch. Die Würde des Menschen ist unteilbar. Diese Gemeinsamkeit des Menschseins beansprucht unter dem Aspekt der Verwirklichung von Humanität Priorität. Menschen mit und Menschen ohne zu definierende geistige Behinderung sind demnach Menschen und nichts anderes. Wenn also unterschieden werden soll, so kann dies nur um den individuellen, mehr instrumentellen Vollzug dieses Menschseins handeln, also um nachgeordnete, akzidentielle Abweichung“ (Speck 1997: 41).

Der Begriff geistige Behinderung ist mehrdimensional und wird je nach Sichtweise, Deutung und Einstellung differenziert beschrieben und erst durch die Synergie verschiedener sozialer und individueller Wirkfaktoren ergibt sich ein vollständiges Bild der Behinderung. So gibt es Menschen mit einer geistigen Behinderung, deren Behinderung nicht unmittelbar erkennbar ist, aber auch Beeinträchtigungen, die direkt sichtbar sind (vgl. Speck 2016: 53).

Fokussiert wird für die vorliegende Arbeit aus der Vielzahl unterschiedlichster Erklärungs- und Einteilungsansätze bezüglich geistiger Behinderung das Grundlagenmodell der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO (vgl. WHO: 2001).

Das sozial-politisch gültige Modell der ICF beruht auf einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Behinderung mit dem Ziel, die rein medizinische Sichtweise zu erweitern. Der Mensch ist eine bio-psycho-soziale Einheit und durch das Einbeziehen einer multidimensionalen Perspektive werden gleichzeitig intellektuelle und körperliche Funktionen, sowie kontextbezogene, soziale Umweltfaktoren berücksichtigt. Verschiedene individuelle und umweltabhängige Ressourcen und Kompetenzen wirken auf die funktionale Gesundheit ein, die sich dadurch in einem sich kontinuierlich entwickelnden Prozess befindet. Probleme bei der Gesundheit eines Menschen werden in ihrer Wirkung(sweise) auf dessen Körperfunktionen und -strukturen, die Aktivitäten und Partizipationsmöglichkeiten berücksichtigt (vgl. Fornefeld 2013: 68f.).

Das Konzept der ICF beinhaltet zentrale Begriffe wie Aktivität und Partizipation. Dabei geht es um die Umsetzung einer Aufgabe und die Einbindung in eine Lebenssituation, aber auch um die bestehenden Probleme und Schwierigkeiten bei deren Verwirklichung. Es werden personenbezogene Faktoren und Umweltfaktoren erfasst, welche die Umgebung eines Menschen beschreiben. Weitere Komponenten beziehen sich auf Körperstruktur und Körperfunktion. Alle Aspekte stehen in Verbindung und beeinflussen sich wechselseitig (vgl. Fornefeld 2013: 68; Kulig/ Theunissen/ Wüllenweber 2006: 124; Neuhäuser/ Steinhausen 2013: 17).

Demnach resultiert das Zusammenspiel aus funktionaler Gesundheit und Kontextfaktoren in Behinderungen, d.h. Behinderung wird definiert als das Ergebnis des Zusammenwirkens von

medizinischer Diagnose der Beeinträchtigung mit gesellschaftlichen Faktoren und Umweltbedingungen.

Diese erweiterte Perspektive verdeutlicht und verstärkt die Annahme, „dass man nicht (nur) behindert ist, sondern auch behindert (gemacht) wird“ (Kulig/Theunissen/Wüllenweber 2006:122). Geistige Behinderung ist stets auch durch die Umwelt und ihre Normen mitbestimmt und wird durch diese bewertet (vgl. Fornefeld 2013: 60).

Damit wird deutlich, dass erst gesellschaftliche Barrieren zu einer Beeinträchtigung von Aktivitäten und somit auch zu Ausgrenzung führen können.

Obwohl das Modell der ICF die rein medizinische Perspektive erweitert hat, werden dennoch gesellschaftliche Einflüsse, wie Normen und Erwartungen, nicht genügend und angemessen thematisiert. Der Bezug liegt hauptsächlich auf gesundheitlichen und behindernden Aspekten, der individuelle Lebensverlauf wird nicht uneingeschränkt berücksichtigt. Um aber die persönliche Weiterentwicklung effizient zu unterstützen wäre es entscheidend und erforderlich, die Heterogenität aller Menschen und somit auch Menschen mit geistiger Behinderung als einen heterogenen Personenkreis, im Modell der ICF zu fokussieren und zu respektieren (vgl. Fischer 2008: 411ff.).

Der ICF gebraucht anstelle der Begrifflichkeit ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ die Umschreibung ‚Person mit einem Problem im Lernen‘. Damit distanziert sich der ICF von der Verbindung der Menschen mit den Begriffen Behinderung und Krankheit, benutzt eine objektive Sprache und verweist darauf, Kategorisierungen von Menschen zu verhindern (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005: 171).

Da aber in der Fachliteratur mehrheitlich von ‚Menschen mit geistiger Behinderung‘ gesprochen wird, wird dieser Terminus auch für die vorliegende Arbeit verwendet.

2.2 Geistige Behinderung und Sexualität

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung Bezug genommen. In einem weiteren Schritt wird die Thematik ‚Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung‘ aufgegriffen und in diesem Zusammenhang ergänzend die rechtliche Situation für Menschen mit einer geistigen Behinderung erläutert. Abschließend werden die Aspekte der Selbstbestimmung und Fremdbestimmung im Kontext geistige Behinderung und Sexualität aufgezeigt.

2.2.1 Gesellschaftliche Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung werden nicht selten mit einer gesellschaftlich negativen Einstellung konfrontiert, d.h. ihre Lebensqualität wird nicht nur durch ihre Behinderung eingeschränkt, sondern zusätzlich durch Reaktionen, die ihnen von außen entgegengebracht werden (vgl. Tröster 1990: 56). Zu den einstellungsrelevanten Faktoren zählen die Art der Behinderung, sozio-ökonomische bzw. demographische Merkmale, einzelne Persönlichkeitsmerkmale der Einstellungsträgerinnen und Einstellungsträger, der Kontakt mit Menschen mit einer Behinderung, die grundlegende Haltung der Einstellungsträgerinnen und Einstellungsträger und kulturspezifische Faktoren (vgl. Cloerkes 1997: 77f.).

Oftmals entsprechen Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht den Erwartungen der Gesellschaft nach Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Intelligenz und ästhetischem Aussehen (vgl. ebd.: 86). Die Wahrnehmung dieses Anderssein wird im gesellschaftlichen Kontext durch unterschiedliche soziale Reaktionen geäußert. Diese können sich durch offene Ablehnung wie diskriminierende Äußerungen, Anstarren, Spott und Hänseleien bis hin zu Aggressivität und Vernichtungstendenzen äußern. Aber auch vermeintlich positiv erscheinende Reaktionen wie das Äußern von Mitleid und Schein-Akzeptanz können ausgrenzen (vgl. ebd.: 79).

Zur Erläuterung der Einstellung gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung sollen im Anschluss zusätzliche Studien herangezogen werden. Es werden ausschließlich Ergebnisse der Studien genannt, die für die Thematik dieser Arbeit von Bedeutung sind.

Im Jahre 1976 veröffentlichte Helmut von Bracken in seinem Buch ‚Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen‘ die Ergebnisse einer groß angelegten Studie in Deutschland von 1966 bis 1976 über die Einstellung zu Kindern mit einer Behinderung. Analysiert wurden Stichproben von 1000 Repräsentativ-Befragungen über die Einstellung gegenüber Menschen mit sieben unterschiedlichen Behinderungsarten (geistige Behinderung, Lernbehinderung, Körperbehinderung, Blindheit, Gehörlosigkeit und Schwerhörigkeit, Sprachbehinderung, Verhaltensbehinderung).

In der deutschen Fachliteratur lassen sich keine neueren Studien dieser Größe finden. Trotz ihres Alters ist die aufgeführte Studie auch heute noch relevant und wird im fachlichen Diskurs berücksichtigt.

Die Mehrheit der Befragten bezeichnet die geistige Behinderung als die schwerste Behinderung (vgl. von Bracken 1976: 278).

Der Soziologe Günther Cloerkes weist 1985 in einer kritischen Bestandsaufnahme internationaler Forschungsergebnisse zu Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung darauf

hin, dass Beeinträchtigungen intellektueller Fähigkeiten von der Gesellschaft bei weitem bedenkllicher wahrgenommen werden als körperliche (vgl. Cloerkes 1985: 184).

Weitere Ergebnisse der Studie von Helmut von Bracken ergeben, dass 84,4 % der teilnehmenden Befragten, Menschen mit einer geistigen Behinderung als hässlich empfinden, 63,2 % als schmutzig, 84,7 % als böartig und 96,9 % als stumpfsinnig (vgl. von Bracken 1976: 65). Allerdings glauben 20,8 % der beteiligten Befragten, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung die ablehnende Haltung der Umwelt gar nicht wahrnehmen (vgl. ebd.: 64).

Bei 42 % der Befragten erzeugen Menschen mit einer geistigen Behinderung ein Gefühl der Abscheu, bei 35,2 % ein Gefühl des Ekels, bei 34,9 % ein Gefühl der Angst und bei 73,1 % der Befragten ein Gefühl der Andersartigkeit. Mitleid mit einem Menschen mit geistiger Behinderung verspüren 98,6 % der Teilnehmenden (vgl. ebd.: 68). 34,8 % der Befragten geben an, dass sie es nicht so gerne sehen bzw. sogar versuchen würden, es zu verhindern, wenn ihr eigenes Kind mit einem Kind mit geistiger Behinderung spielen würde (vgl. ebd.: 70). 66,4 % der Teilnehmenden halten eine Heimunterbringung für besser und 78,2 % sprechen sich dafür aus, dass die Heime an abgelegenen Orten gebaut werden (vgl. ebd.: 80).

Die Ergebnisse der Studie sind größtenteils negativ, obwohl nur 47,5 % der Teilnehmenden angeben, persönlich einen Menschen mit einer geistigen Behinderung zu kennen (vgl. ebd.: 60). Die Mehrheit der Befragten bejaht allerdings, die Bevölkerung unbedingt auf die Probleme der Menschen mit einer geistigen Behinderung hinzuweisen (vgl. ebd.: 63).

Denkbar anhand der Ergebnisse ist, dass die negative Einstellung der Befragten auf einen fehlenden persönlichen Kontakt zu Menschen mit einer geistigen Behinderung und fehlendem Wissen über Menschen mit einer geistigen Behinderung basiert. Fraglich ist zugleich, ob die durchweg negativen Ergebnisse der Studie heute noch repräsentativ sind.

Ergänzend zu der aufgeführten Studie von Helmut von Bracken werden zwei weitere Replikationsstudien aufgeführt. Die Studie von Theo Klauß aus dem Jahre 1996 und die Studie von Katja Koch und Stephan Ellinger aus dem Jahre 2006.

Im Jahre 1996 wiederholte Theo Klauß eine an die von Helmut von Bracken angelehnte Studie anhand einer weitaus kleineren Stichprobe von N=35. Die Folgeuntersuchung ist aus diesem Grund zwar begrenzt aussagekräftig, aber trotz der kleinen Stichprobe interessant und von Bedeutung, da sie einen Vergleich zur Studie von Helmut von Bracken zulässt und Entwicklungstendenzen aufzeigt.

Klauß beschreibt als Hypothesen, dass sich Verhaltensweisen und Eigenschaftszuschreibungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung wenig verändert haben, jedoch der Begriff ‚stumpfsinnig‘ stark an Gewicht verloren hat. Menschen mit einer geistigen Behinderung werden häufiger als ‚gutmütig‘ beschrieben (vgl. Klauß:1996: 4).

Weiter benennt Klauß als eine klar positive Veränderung, die Zunahme über das Wissen von Behinderungen und die Zunahme über die Toleranz gegenüber Menschen mit einer Behinderung. Von der Unterbringung von Menschen mit einer geistigen Behinderung in Heimen an abgelegene Orte distanzieren sich der überwiegende Teil der Befragten. Das gemeinsame Spielen ihrer Kinder mit einem Kind mit geistiger Behinderung wird bei fast allen Befragten nicht mehr als problematisch empfunden (vgl. ebd.: 5f.).

Zusammenfassend weist Klauß darauf hin, dass zwar tendenziell eine höhere Bereitschaft in der Gesellschaft besteht, Menschen mit einer geistigen Behinderung im Lebensumfeld zu tolerieren, dies aber nicht grundsätzlich ein tatsächliches Interesse an Menschen mit einer Behinderung impliziert. Vielmehr wird Andersartigkeit in der Gesellschaft eher geduldet (vgl. ebd.: 7).

Auch die empirische Untersuchung im Jahre 2003 von Stephan Ellinger und Katja Koch fokussiert Einstellungen gegenüber Schülerinnen und Schülern mit geistiger Behinderung anhand einer erweiterten und aktualisierten Version des Fragebogens von Helmut von Bracken.

Die 556 befragten Studierenden und 157 befragten Eltern äußern weniger negative Gefühle wie z.B. Abscheu, Ekel, Angst, Unheimlichkeit, Ablehnung und Entsetzen im Vergleich zu Helmut von Brackens Studie. Primär für diese Entwicklung wird eine verstärkte Präsenz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Öffentlichkeit und eine besserer Informationsstand über Menschen mit geistiger Behinderung vermutet (vgl. Ellinger/ Koch 2006: 235).

Ergänzend werden nun zwei aktuellere Studien erläutert, um einen Ausblick zu ermöglichen und eine Tendenz zu formulieren.

Susanne Schwab veröffentlichte 2015 die Ergebnisse einer Längsschnittstudie über die Einflussfaktoren auf die Einstellungen von Schülerinnen und Schülern gegenüber Peers mit unterschiedlichen Behinderungen. An der Erhebung nahmen insgesamt 1115 Schülerinnen und Schüler aus der vierten und siebten Jahrgangsstufe teil (vgl. Schwab 2015: 179).

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Untersuchung, dass die Einstellungen der teilnehmenden Schülerinnen und Schüler gegenüber Peers mit Behinderung als neutral bis vorsichtig positiv zu interpretieren sind. Jedoch zeigt sich bei dieser Studie auch, dass die Einstellungen gegenüber Peers mit körperlicher Behinderung generell positiver sind als Einstellungen gegenüber

Peers mit geistiger Behinderung beziehungsweise bei Peers mit Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Schwab 2015: 183).

Im Jahre 2012 hat der Fachbereich Wirtschaft der Fachhochschule Kiel eine quantitative Befragung von Personalverantwortlichen unter norddeutschen Unternehmen durchgeführt, um Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen zu untersuchen. Dabei wurden 4512 Unternehmen per E-Mail angeschrieben. Insgesamt nahmen 374 Personalverantwortliche an der Online-Befragung teil (vgl. Klaus/von Kajdacsy/Haverbier 2015: 46 ff.).

Als Orientierungspunkt fungierte eine sogenannte Globalfrage: ‚Menschen mit Behinderungen bereichern unsere Gesellschaft?‘ (vgl. ebd.: 55). Der Aussage stimmen 73 % der Teilnehmenden mit ‚eher‘ oder ‚stark‘ zu und 11,8 % stimmen mit ‚überhaupt nicht‘ oder ‚eher nicht‘ zu. Offenbar ein positives Ergebnis, jedoch zeigt sich bei näherer Betrachtung der Antworten zu dieser Frage die höchste Ausweichtendenz, denn 13,7 % der Teilnehmenden ließen diese Frage unbeantwortet (vgl. ebd.: 56). Dieser Sachverhalt verdeutlicht, dass viele der teilnehmenden Befragten Probleme damit haben, die Frage zu beantworten. Vermutlich zeigt sich hier das Phänomen der ‚sozialen Erwünschtheit‘ (vgl. ebd.: 57). ‚Soziale Erwünschtheit‘ ist in den Sozialwissenschaften bekannt und liegt vor, wenn Befragte nicht ihre wahre Meinung angeben, sondern bevorzugt sozial erwünschte Antworten geben, von denen die Befragten denken, eher auf Akzeptanz als auf Ablehnung in der Gesellschaft zu stoßen. Dies kann dann zur Verzerrung des wahren Antwortwertes führen (vgl. Bortz/ Döring 2006: 232f.). Da die oben genannte Globalfrage der Studie mit der Beantwortung eine generelle Aussage bezüglich Menschen mit Behinderungen trifft, ist es denkbar, dass die Teilnehmenden möglicherweise eine sozial erwünschte Antwort gaben.

Auch Günther Cloerkes weist in seinem 1997 erschienenen Buch ‚Soziologie der Behinderten‘ auf die Diskrepanz von gemessenen Einstellungen und tatsächlichem Verhalten hin: ‚Was wir denken und sagen und was wir schließlich tatsächlich tun, unterliegt nämlich nicht dem gleichen Einfluß [sic!] gesellschaftlicher Vorschriften [...]‘ (Cloerkes 1997:85). Mit anderen Worten deckt sich das wirkliche Verhalten einer Person gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht zwangsweise mit den angegebenen Einstellungen der Person gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung. Das kann bedeuten, dass die gemessenen Einstellungen aufgrund der positiven Selbstdarstellung der Befragten häufig günstiger ausfallen.

Zusammenfassend lässt sich mit einiger Vorsicht erkennen, dass sich die Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung tendenziell zum Positiven entwickelt haben, wobei

sich generell ein Defizit in Bezug auf die Untersuchung von Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung zeigt, d.h. allgemein findet Einstellungsforschung zu wenig statt. Dennoch lässt sich feststellen: Menschen mit einer geistigen Behinderung werden weniger häufig direkt abgelehnt und erfahren häufiger Toleranz in der Gesellschaft. Es bleibt jedoch fraglich, ob es sich dabei um tatsächliche Toleranz handelt oder, ob diese Toleranz eine Art ‚Pseudotoleranz‘ in Form einer vorgespielten Scheinakzeptanz vermuten lässt, die vielfach eher einer Duldung gleicht. Sicherlich kann eine höhere Präsenz von Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft und eine bessere Informiertheit über Menschen mit geistiger Behinderung die Einstellung in positiver Hinsicht beeinflussen. Generell jedoch, stellt die Thematik um die Einstellungen gegenüber Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Gesellschaft einen sensiblen, teilweise immer noch tabuisierten Bereich dar.

2.2.2 Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung

Primär werden Menschen mit einer Behinderung in der Gesellschaft als ‚Behinderte‘ wahrgenommen und eher selten eine Unterscheidung über ihr Geschlecht als Mann oder Frau vorgenommen (vgl. Kuhne/ Mayer 1993: 102; BZgA 2015: 12). Das verdeutlicht, dass bei Menschen mit Behinderung das ‚Frau sein‘ und das ‚Mann sein‘ in den Hintergrund rückt und von der Gesellschaft vordergründig nur die Behinderung gesehen wird.

Gegenüber Menschen mit Behinderung besteht oftmals das Vorurteil, sie seien unweigerlich aufgrund ihrer Behinderung auch in ihrer Sexualität behindert (vgl. Glöckner 1998: 136).

„Die gesellschaftliche Stellungnahme gegenüber der Sexualität insbesondere geistig und körperlich behinderter Menschen ist durch Tabuisierung und restriktives Verhalten gekennzeichnet“ (Bergeest 2007: 243). Sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung werden in der Gesellschaft häufig als Tabubruch erlebt. Menschen mit einer geistigen Behinderung werden entsexualisiert, d.h. als asexuelle Wesen wahrgenommen, die keine Sexualität haben geschweige denn brauchen (vgl. Kossat 2018: 91; Mattke 2004a: 47; Diehl 2001: 16; Glöckner 1998: 142; Walter 1992a: 32).

Die gesellschaftliche Ablehnung der Geschlechtlichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung und ihren sexuellen Bedürfnissen liegt auch an der Tatsache, dass es für die Öffentlichkeit schwierig ist, Menschen mit Behinderung als attraktive Sexualpartnerinnen und Sexualpartner wahrzunehmen. Man nimmt sie vielmehr als Menschen mit Beeinträchtigungen und Schwächen wahr und dies entspricht nicht den in der Gesellschaft vorherrschenden Schönheitsidealen und Leistungsdenken im Bereich der Sexualität. Guter Sex funktioniert nur in Verbindung mit

einem schönen, gesunden Körper (vgl. Achilles 2003: 9f.; Geifrig 2003: 12; Glöckner 1998: 142; Sandfort 2007: 42; Kossat 2018: 92).

In einem repressiven Kontext, in der die Gesellschaft Menschen mit Behinderung häufig als unbrauchbar und bemitleidenswert kategorisiert, sind die Möglichkeiten für Menschen mit Behinderung häufig gering, um Sexualität, Erotik und Liebe zu realisieren (vgl. Geifrig 2003:14). Im Bereich der Sexualität in Bezug auf das Menschenbild mit geistiger Behinderung gibt es in gesellschaftlicher Sicht noch zahlreiche Unsicherheiten, Überforderungen und Vorurteile. Die Vorurteile, Menschen mit geistiger Behinderung wären frei von sexuellen Wünschen und Bedürfnissen, entstehen nicht selten aufgrund einer gefühlten Unbehaglichkeit, die dieser Thematik entgegengebracht wird (vgl. Bosch 2013: 29). Nicht primär die geistige Behinderung in Form der Beeinträchtigung behindert oftmals das Erleben einer individuellen befriedigenden Sexualität, sondern gesellschaftliche Tabuisierungs- und Negierungsprozesse, wie z.B. sexualfeindliche Lebensbedingungen im sozialen Umfeld, beeinträchtigen Beziehungs- und Sexualverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Walter 1992a: 31).

In diesem Zusammenhang nennt der Psychologe Joachim Walter (1992a: 32) drei maßgebliche Arten von Vorurteilen: Verdrängung, Dramatisierung und Fehldeutung. Vorurteile, die im Anschluss näher erläutert werden.

Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung wird in der Gesellschaft vielfach verdrängt oder geleugnet, da immer noch die Auffassung in der Öffentlichkeit weit verbreitet ist, beide Begriffe sind nicht miteinander vereinbar. Es existiert eine Erwartung, dass Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem Erscheinen immerzu das ‚große Kind‘ bleiben, das zeitlebens naiv, unverdorben und geschlechtlos ist (vgl. Walter 1992a: 32). „Sie werden als wunderliche, ewige Kinder angesehen, die ein Niemandsland bewohnen, in das so etwas wie Sexualität niemals eindringen wird“ (Sinason 2000: 32).

Für den Menschen mit geistiger Behinderung ergibt sich aus diesem Kontext eine psychische Zwangssituation. Zum einen bestehen eigene sexuelle Wünsche, die vom sozialen Umfeld nicht akzeptiert werden und zum anderen wird die Anerkennung durch sein soziales Umfeld für die Entwicklung seiner Persönlichkeit benötigt. Um die soziale Zuwendung nicht zu verlieren, muss der Mensch mit geistiger Behinderung weiterhin das unschuldige Wesen bleiben, das keine Sexualität hat (vgl. Walter 1992a: 32).

Und dies, obwohl die Gesellschaft Menschen mit geistiger Behinderung Sexualität als Teil eines normalen Lebens vorlebt, ihnen aber gleichzeitig den Wunsch auf ihre eigene Sexualität als Teil eines normalen Lebens abspricht. Die Erfahrung von Partnerschaft, Erotik, Sexualität und auch die Erfüllung des Kinderwunsches kann für Menschen mit einer geistigen Behinderung

die Bestätigung der eigenen Normalität bedeuten, d.h. von anderen Menschen als gleichwertig gesehen und akzeptiert zu werden (vgl. Walter 1992c: 295).

Ferner geht aus zahlreichen Publikationen zum Thema Sexualität bezüglich Menschen mit geistiger Behinderung hervor, dass die körperliche geschlechtsbiologische Reifeentwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung in den meisten Fällen altersgemäß und unabhängig von intellektuellen Faktoren, also konform mit Menschen ohne Behinderung verläuft und alle Veröffentlichungen verweisen homogen darauf, dass es keine behindertenspezifische Sexualität gibt (vgl. Walter 1992a: 35; Leue-Käding 2004: 80; Specht 2013b: 291; Kossat 2018: 91).

Ein weiteres Vorurteil fokussiert die Sichtweise, dass sich die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung nur auf die rein körperliche Befriedigung reduziert, beziehungsweise nur einer animalischen Befriedigung gleicht. Walter (1992) spricht hier vom „Wüstling, der nicht in der Lage ist, seine sexuellen Triebwünsche auf sozial akzeptable Weise in personaler Beziehung zu befriedigen“ (Walter 1992a: 32). Dies impliziert, dass Menschen mit geistiger Behinderung moralisch und intellektuell nicht fähig sind, mit ihrer Sexualität so umzugehen und sie so auszuleben, wie es den Normen der Gesellschaft entspricht.

Die Öffentlichkeit befürchtet, dass aufgrund der Intelligenzminderung, Menschen mit geistiger Behinderung ihre Sexualität hemmungslos und aggressiv ausleben. Ist die Sexualität, die lau-ernde Energie, erstmal angeregt, sozusagen ‚schlafende Hunde geweckt‘, besteht die Angst, dass Sexualität unkontrolliert und ohne Grenzen gelebt wird. Diese Dramatisierung und Überbetonung der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung und die daraus resultierende Angst des Umfeldes, führen häufig dazu, sexuelle Bedürfnisse und Wünsche von Menschen mit geistiger Behinderung massiv zu unterdrücken (vgl. ebd.: 33).

Das letzte Vorurteil behandelt die Fehldeutung nichtsprachlicher Kommunikation. Häufig fehlt Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit, sich verbal oder sprachlich genauso auszudrücken wie Menschen ohne Behinderung. Aus diesem Grund greifen Menschen mit geistiger Behinderung zu alternativen Ausdrucksformen, wie Körpersprache oder non-verbale Kommunikation, um Gefühle und Wünsche zu äußern (vgl. Walter 1992a: 33). Menschen ohne geistige Behinderung können ihre Gefühle, z.B. das Ausdrücken von Zuneigung durch die Sprache vermitteln, Menschen mit geistiger Behinderung haben jedoch als einzige Möglichkeit oftmals nur Gesten und den körperlichen Kontakt, wie z.B. Streicheln, Anschmiegen oder andere Berührungen. Diese Äußerungsformen werden häufig missverstanden und führen zu Verunsicherungen. Die daraus resultierenden Fehlinterpretationen der Verhaltensweisen führen dazu,

Menschen mit geistiger Behinderung zu etikettieren, sie als distanzlos, unbeherrscht oder triebhaft zu bezeichnen. Walter (1992) spricht vom „klebrigen Distanzlosen“ (Walter 1992a: 33). Die Schwierigkeit liegt darin, die nonverbalen Verhaltensweisen als Kommunikationsformen richtig zu interpretieren. Es ist die Unfähigkeit und Ohnmacht vieler Menschen in der Gesellschaft und des Umfeldes sich für alternative Kommunikationsformen jenseits der gewohnten zu öffnen, nonverbale Verhaltensweisen situativ richtig zu interpretieren und diese nicht als ein distanzloses absichtliches Verhalten zu verstehen (vgl. ebd.: 33f.)

Insgesamt lässt sich erkennen, für die Gesellschaft sind geistige Behinderung und Sexualität sehr schwer in Verbindung zu bringen. Daraus resultierende Vorurteile, Unsicherheiten und Ängste über die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung verursachen eine enorme Stigmatisierung von Menschen mit geistiger Behinderung. Einstellungen und Vorurteile der Umwelt behindern und erschweren es Menschen mit geistiger Behinderung erheblich ihre Sexualität zu leben. Häufig erlauben es gesellschaftliche Zwänge Menschen mit geistiger Behinderung nicht, sexuelle Bedürfnisse und Wünsche zu zeigen, weil sie gesellschaftlichen Normen und Einstellungen nicht entsprechen. Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung ist jedoch keine besondere Art der Sexualität. Jeder Mensch erlebt seine Sexualität individuell und somit als einzigartig. Menschen mit geistiger Behinderung bilden keine Ausnahme.

2.2.3 Rechtliche Aspekte

In Deutschland sind die wesentlichen Rechte aller Menschen, einschließlich der Rechte, die das Thema Sexualität betreffen, im Deutschen Grundgesetz festgelegt. Hier gilt es vorrangig gemäß Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) die Unantastbarkeit der menschlichen Würde, Art. 2 GG, der Schutz der persönlichen Entwicklung und Freiheit und Art. 3 GG, die Gleichheit vor dem Gesetz im Kontext der Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung zu beachten. Diese Artikel des GG betreffen auch den Schutz der Privat- und Intimsphäre, also den Bereich selbständiger und privater Lebensführung, in dem Menschen ihre Persönlichkeit schützen und entwickeln können (vgl. Zinsmeister: 48; Krenner: 2003: 58). Die freie Entfaltung der Persönlichkeit im Art. 2 GG impliziert darüber hinaus das Recht auf Sexualität und das Verwirklichen einer Partnerschaft für alle Menschen (vgl. Hensle/Vernooij 2002: 317; Krenner 2003: 58). In Art. 3 Abs. 3 GG heißt es: „[...] Niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden“ (Art. 3 Abs. 3 GG). Diese Aussage reicht, um für die Plausibilität des Rechts von Menschen mit Behinderung auf Sexualität zu argumentieren (vgl. Krenner 2003: 57).

Zudem verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen im Dezember 2006 das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Die Behindertenkonvention (BRK) ist seit März 2009 geltendes Recht in Deutschland und konstituiert eine veränderte Perspektive auf Behinderung. Sie setzt Behinderung in Zusammenhang mit Barrieren in der Umwelt, die dafür verantwortlich sind, Menschen mit Beeinträchtigungen einzuschränken. Ziel ist eine umfassende Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und individuelle Autonomie für Menschen mit Behinderungen zu ermöglichen. Die Behindertenkonvention gehört zu den Errungenschaften in der Behinderten- und Menschenrechtspolitik (vgl. Hirschberg: 2011: 1; Arnade 2013: 35; Ortlund 2016: 20; Windisch 2017: 70).

Obwohl der Begriff der sexuellen Selbstbestimmung nicht explizit in der Behindertenkonvention genannt wird, lassen sich für den Kontext der sexuellen Selbstbestimmung relevante Regelungen aus Artikel 22 und 23, Achtung und Schutz der Privatsphäre, der Wohnung und Familie, ableiten (vgl. Arnade 2013: 39; Ortlund 2016: 20f.). Darin steht, verbunden mit dem Ziel, Diskriminierung zu beseitigen und Gleichberechtigung zu sichern, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf Partnerschaft, Ehe, Elternschaft und Familie besitzen (vgl. Arnade 2013: 40).

Damit wird deutlich, alle aufgeführten Regelungen bekräftigen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung aller Menschen mit Behinderung dezidiert.

2.2.4 Selbstbestimmung versus Fremdbestimmung?

Selbstbestimmung gewinnt explizit seit den 1990er Jahren als Leitgedanke in der Pädagogik bei Menschen mit geistiger Behinderung an Relevanz (vgl. Waldschmidt 1999: 9; Fornefeld 2008: 120; Stöppler 2014: 76). Entsprungen aus der in den 1960er Jahren entstandenen Independent-Living-Bewegung (Selbstbestimmt-leben-Bewegung) in den USA, die sich gegen Diskriminierung, Fremdbestimmung und Benachteiligung aufgrund von Behinderung einsetzte (vgl. Niehoff 2013: 59; Loeken/Windisch 2013: 23; Stöppler 2014: 76). Selbstbestimmung impliziert Entscheidungskompetenz und Willensfreiheit über sämtliche Angelegenheiten des Lebens, d.h. Selbstbestimmung ermöglicht, Entscheidungen auf Basis individueller Bedürfnisse, Wünsche und Wertevorstellungen selbstverantwortlich zu fällen und dementsprechend zu agieren (vgl. Loeken/Windisch 2013 23ff.; Mühl 2000: 80). Menschen mit Behinderung sind nicht Objekt pädagogischer Bemühungen, sondern müssen als selbstbestimmtes Individuum ihrer Entwicklung wahrgenommen werden (vgl. Fornefeld 2008: 124). Selbstbestimmung betrifft

alle Bereiche des Lebens. Sie bezieht sich auf kleine alltägliche Entschlüsse über die Schlafenszeit, über Kleidungs- und Speisewahl, betrifft aber auch bedeutende Entscheidungen der Lebensplanung, wie die Wahl des Ausbildungsplatzes, des Berufes, der Wohnform oder des Familienstandes (vgl. Niehoff 2013: 59). Selbstbestimmung bedeutet deshalb auch sexuelle Selbstbestimmung, also die Freiheit, Sexualität frei von Zwang, nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu erleben (vgl. Zinsmeister 2013: 48). Sexuelle Selbstbestimmung ist folglich eine Entwicklungsoption und -ressource unabhängig jeglicher Lebensvoraussetzung eines Menschen (vgl. Ortland 2017: 10) und [...] „beinhaltet, dass (bewusste oder unbewusste) individuelle Entscheidungen für oder gegen verschiedenste Formen sexuellen Lebens durch das Individuum in der jeweils aktuellen Lebenssituation selbst getroffen werden“ (Ortland 2017:10).

Grenzen finden sich bei der Verwirklichung sexueller Selbstbestimmung immer in der Persönlichkeit und den Rechten anderer Personen, bei Gewaltanwendungen, sexuellen Grenzverletzungen und gesetzlichen Regelungen (vgl. Ortland 2017:10).

Die Quelle der Selbstbestimmung liegt im Willen eines jeden Menschen, d.h. Selbstbestimmung erfordert zunächst das Wollen (vgl. Walther 2013: 82). Ausgehend von dieser Position, teilt Walther (2013) Selbstbestimmung in drei Komplexe. Den ersten Komplex beschreibt die Selbstverantwortung. Hierzu gehört das Wollen, initiativ zu sein und ein Motiv für das Gewollte zu haben, aber auch die Folgen des Handelns zu verantworten. Der zweite Komplex steht für Selbstleitung. Selbstleitung bedeutet, Kenntnisse und Informationen über sich selbst und seine soziale Umwelt zu besitzen und dementsprechend Möglichkeiten abwägen und auswählen zu können, um damit Entscheidungen zu treffen. Als dritter Komplex folgt die Selbstständigkeit, d.h. aufgrund von Handlungsmustern und Erfahrungen agieren zu können und das Wollen, seinen Willen zu verwirklichen (vgl. Walther 2013: 82ff.). Selbstbestimmung ist demnach ein lebenslanger Entwicklungs- und Lernprozess, der für Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit bietet, mit Hilfe eigener Stärken und Ressourcen, Entscheidungen selbst zu treffen, frei zu handeln und damit Ziele zu verwirklichen. Das bedeutet aber auch, Menschen mit geistiger Behinderung darin zu unterstützen und ihnen zu helfen, ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung zu entwickeln.

Jeder Mensch hat von Natur aus ein in ihm angelegtes System, das ihn zu eigenem Handeln bewegt (vgl. Speck 2016: 96; Weingärtner 2009: 65f.). Im Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung heißt das, diesen Selbstbestimmungsgedanken anzuerkennen, zu stärken und zu fördern und sich als Mensch ohne Behinderung zurücknehmen und nicht durch bevormundende Hilfe und vermeintliche Besserwisserei für sie zu entscheiden und zu agieren. Äußerungen, Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung müssen berücksichtigt,

verfolgt und im Sinne des pädagogischen Kontexts ‚für sich selber entscheiden lassen‘ respektiert werden (vgl. Niehoff 2013: 59; Weingärtner 2009: 66). Das bedeutet eben auch, durch soziale Beziehungen, Wege und Möglichkeiten zu erhalten, selbstbestimmt zu leben (vgl. Theunissen 2009: 45). Der Selbstbestimmungsgedanke soll eine Beständigkeit im Leben von Menschen mit Behinderung darstellen und eine bereits erworbene Unabhängigkeit schützen und wahren (vgl. Waldschmidt 1999: 225). An dieser Stelle wird jedoch darauf hingewiesen, dass Selbstbestimmung nicht gleich Selbständigkeit bedeutet, d.h. dass man nicht alles eigenständig machen muss. Ein Mensch mit einer Behinderung kann sehr stark abhängig von Hilfe und Unterstützung sein, dennoch wird es ihm möglich sein, ein hohes Ausmaß an Selbstbestimmung zu gewinnen, falls er in befriedigender Weise Einfluss ausüben kann (vgl. Niehoff 2013: 59f.; Weingärtner 2009: 33; Klauß 2003: 91). Bedeutend ist, dass „[...] es deshalb im Einzelfall immer wieder neu *ausgehandelt* werden muss, was Selbstbestimmung für den je konkreten Menschen mit seiner individuellen Biografie bedeuten kann“ (Katzenbach/Uphoff 2008:83).

Selbstbestimmung steht im Spannungsverhältnis zu Fremdbestimmung. Fremdbestimmung bedeutet für Menschen mit geistiger Behinderung „Bestimmt sein durch andere“ (Mühl 2000: 80), d.h. das Ausüben der Selbstbestimmung gestaltet sich schwierig bzw. unmöglich. Fremdbestimmung kann sich durch unterschiedlichste Facetten ausdrücken. Fremdbestimmung findet statt als unmittelbarer Zwang in Form von Drohungen oder Gewalt, aber auch in Form von Manipulation. Durch absichtliche Vorenthaltungen, einseitiger Bewertung und Verkürzung bei der Weitergabe von Informationen, aber auch durch das Ausnutzen des Abhängigkeitsverhältnisses, durch Androhung von Fürsorge- oder Liebesentzug sowie durch das Bestärken von Irrtümern können Menschen mit geistiger Behinderung dahingehend manipuliert werden, ihre eigenen Vorstellungen und Wünsche denen der fremdbestimmt handelnden Person zu unterstellen. Menschen mit geistiger Behinderung können beeinflusst werden, indem man ihnen z.B. Informationen über Sexualität verschweigt, damit man keine sogenannten ‚schlafende Hunde weckt‘. Fremdbestimmend zu handeln, bedeutet zweifellos Macht auszuüben und somit Menschen in ihrer Freiheit einzugrenzen. Machtmissbrauch kann sich in subtiler Weise zeigen und äußert sich in seiner extremen Erscheinungsform bis hin zu schwerwiegenden seelischen, körperlichen und sexuellen Übergriffen. Laut § 1 Sozialgesetzbuch (SGB) IX erhalten Menschen mit Behinderung Leistungen „um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligung zu vermeiden und ihnen entgegenzuwirken“. Übertragen auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen

mit geistiger Behinderung bedeutet das, rechtlich können nur Unterstützungsangebote zum Tragen kommen, die Selbstbestimmung anerkennen und unterstützen, wie z.B. Informationsangebote über Sexualität, Partnerschaft, Familienplanung usw. (vgl. Zinsmeister 2013: 51f.).

Im Zusammenhang mit Fremdbestimmung wird häufig soziale Abhängigkeit thematisiert (Mattke 2004b: 300; Weingärtner 2009: 69). Unbestreitbar existiert soziale Abhängigkeit in der Lebenswirklichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung. Hahn (1994) stellt fest: „Zusätzlich zur Selbstbestimmung benötigt der Mensch Abhängigkeitsverhältnisse, die ein gewisses Maß an Fremdbestimmung in sein Leben bringen“ (Hahn 1994: 85) und weist darauf hin, dass dieses Maß an Fremdbestimmung keinesfalls die Möglichkeiten der Selbstbestimmung schmälern darf und ausnahmslos der gewollten Befriedigung von Bedürfnissen dient und dieses Maß vom sozialen Umfeld nicht überschritten werden darf (vgl. ebd.). Bedeutend ist, in welcher Art und Weise soziale Abhängigkeit gehandhabt wird, in welcher Form Hilfen und Unterstützung umgesetzt werden verbunden mit dem Ziel, soziale Abhängigkeit zu reduzieren.

Die gravierendste Missachtung der sexuellen Selbstbestimmung ist sexualisierte Gewalt (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 89).

Primär handelt es sich bei sexueller Gewalt um Gewalt, die Sexualität benutzt. Sexualisierte Gewalt muss demnach auch keinen Aspekt der sexuellen Selbstbestimmung einnehmen. Sexuelle Selbstbestimmung kann unabhängig von sexueller Gewalt betrachtet werden, besonders dann, wenn Sexualität nach eigenem Verständnis, Interessen und Wünschen gelebt werden kann (vgl. Ortland 2016: 146; Zemp 2010: 30; Jeschke/Wille/Fegert 2006: 227). Sexuelle Selbstbestimmung zu verwirklichen, offen und transparent mit Sexualität umzugehen, sind wesentliche Herangehensweisen sexuelle Gewalt gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung zu reduzieren (vgl. Ortland 2016: 146).

Sexuelle Gewalt stellt im Leben eines Menschen mit geistiger Behinderung eine Extremform von Fremdbestimmung dar und umfasst somit einen bedeutenden Themenkomplex. Auf eine ausführliche Darstellung dieser Thematik muss im Rahmen der vorliegenden Arbeit verzichtet werden, weshalb auf weiterführende Literatur und Forschungsergebnisse verwiesen wird (Senn 1993; Noack/Schmid 1994; Zemp/Pircher 1996; Zinsmeister 2003; Fegert/Jeschke/Thomas/Lehmkuhl 2006; Mattke 2015).

Es zeigt sich, Selbstbestimmung impliziert zum einen das Wollen eines Subjekts und zum anderen die handelnde Umsetzung des Willens. Dennoch setzt Selbstbestimmung die Selbständigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung nicht zwingend voraus, d.h. auch in einem

bestehenden Abhängigkeitsverhältnis zum sozialen Umfeld können Menschen mit geistiger Behinderung weitgehend selbstbestimmt handeln, wenn es das soziale Umfeld zulässt und selbstbestimmtes Entscheiden und Handeln fördert und unterstützt. Die Erfahrung zu machen, selber etwas entscheiden zu können, in seinen Vorstellungen und Wünschen respektiert und gehört zu werden, stellt einen wesentlichen Aspekt dar, um ein sinnerfülltes Leben zu führen. Fraglich ist, ob es ein Leben ganz ohne Fremdbestimmung aufgrund sozialer Abhängigkeitsverhältnisse von Menschen mit geistiger Behinderung überhaupt geben kann. Ziel des sozialen Umfelds muss es deshalb sein, trotz Abhängigkeiten, fremdbestimmte Faktoren zu minimieren, um (sexuelle) Selbstbestimmung im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung zu generieren. Welche fremdbestimmten Lebensstrukturen Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer sexuellen Selbstbestimmung beeinflussen, werden im folgenden Abschnitt veranschaulicht.

2.3 Umgang des sozialen Umfelds mit Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung

Menschen mit geistiger Behinderung haben das uneingeschränkte Recht, ihre Sexualität, Erotik und Partnerschaft nach ihren individuellen Wünschen und Bedürfnissen, ohne Einschränkungen oder Verbote zu leben und dennoch ist dies dem sozialen Umfeld, wie Familie oder professionellen Begleitpersonen in Einrichtungen, oftmals nicht bewusst (vgl. Arnade 2010: 10).

Der Wunsch nach Partnerschaft und nach einer vertrauensvollen Beziehung zeigt sich an den repräsentativen Ergebnissen einer Befragung von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (vgl. BMFSFJ 2014: 40).

Alle befragten Frauen (sowohl die in Einrichtungen als auch in Haushalten lebenden Frauen) geben vergleichsweise zum Bevölkerungsdurchschnitt das Vermissen von engen Beziehungen wesentlich häufiger an (vgl. BMFSFJ 2014: 48) und lediglich 37 % der in Einrichtungen lebenden Frauen geben an, sexuelle Erfahrungen gemacht zu haben (vgl. ebd.: 40f.).

Den eindeutigen Wunsch nach einer Partnerschaft bestätigt ebenfalls die im Jahre 2006 veröffentlichte Erhebung von Jörg Fegert et al. Menschen mit geistiger Behinderung wurden anhand von qualitativen Interviews und Gruppendiskussionen zum Thema sexuelle Selbstbestimmung befragt. Die Auswertung zeigt:

„Dennoch ist für die meisten Interviewten der sexuell konnotierte Kontakt zum jeweils favorisierten Geschlechtspartner von enormer Bedeutung. Immer wieder fanden die Worte, die sexuelle Akte und sexuelle Erfahrungen beschreiben, Einzug in die Erzählungen. Unabhängig von der Art der Beziehung (z.B. ob nun mit oder ohne Körperkontakt) sind Partnerschaften für alle wichtig. Anhaltende, monogame Beziehungen sind als ideal zu erkennen“ (Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006:204).

Dies belegt auch die Untersuchung von Siebelink et al. aus dem Jahre 2006. Hier wurden 76 Menschen mit geistiger Behinderung unter anderem zu ihren sexuellen Wünschen befragt (vgl. Siebelink et al. 2006: 283). 68 % der Befragten geben ein Bedürfnis nach Geschlechtsverkehr an, 86 % das Bedürfnis nach Küssen, 85 % das Bedürfnis nach Zärtlichkeit wie Umarmen und 89 % der Befragten wünschen sich ganz einfach eine Freundin oder einen Freund (vgl. ebd.: 290).

Menschen mit geistiger Behinderung, die bei ihren Familien, in Wohngruppen oder in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe wohnen, erleben bei der Verwirklichung ihrer Sexualität nicht selten Hindernisse. Tagesabläufe werden größtenteils vom sozialen Umfeld strukturiert, durchgeplant und anhand von Regelungen bestimmt. Eltern, professionelle Begleitpersonen und auch institutionelle Entscheidungen bestimmen meist über die Realisierbarkeit der Sexualität im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung und nur selten die Menschen mit geistiger Behinderung selbst. Ihre oftmals fremdbestimmte Lebenssituation ist verantwortlich in wieweit Sexualität realisierbar, umgesetzt und erfüllbar gemacht wird, nicht ihre geistige Behinderung (vgl. Walter 1992a: 29ff.).

2.3.1 Kontext familiales Umfeld

Die bedeutendste und erste Sozialisationsinstanz im Leben eines Menschen bildet im Regelfall die Familie. Die Familienbeziehung ist entscheidend für die Identitätsbildung und Entwicklung eines Kindes und damit Voraussetzung für Lebens- und Lernerfahrungen (vgl. Speck 2016: 327; Wachtel 2016: 427f). Erziehung, Haltung und Verhaltensweisen der Familie prägen den Menschen selbst, die Entwicklung seiner Kompetenzen, die zukünftige Gestaltung und Wahrnehmung seines Lebens und damit sein Wohlergehen und Lebensgefühl (vgl. Speck 2016: 327; Diehl 2001: 16). Folglich ist der Umgang mit dem Thema Sexualität innerhalb der Familie ebenso prägend. In der Regel beginnt ein sexuell selbstbestimmtes Leben durch die Erfahrung, die eigene Sexualität zu entdecken, eine Partnerschaft einzugehen bis hin eine Familie eigenständig und ohne Einbindung der Eltern zu gründen. Menschen mit einer geistigen Behinderung sind nicht selten ihr ganzes Leben sozial abhängig von ihren Familien. Das heißt, sexuelle Erfahrungen sowie Partnerschaftserfahrungen unterliegen dem Einfluss und sozialer Kontrolle der Familie (vgl. Hennies/Sasse 2004: 68f.). Um Sexualität leben zu können, um eine Partnerschaft leben zu können, sind Menschen mit einer geistigen Behinderung verstärkt von der zustimmenden und fördernden Haltung ihrer Familie abhängig (vgl. ebd.: 68f.). Häufig jedoch

werden sexuelle Erfahrungen und Beziehungen durch die Eltern aufgrund von Unwissenheit, Unsicherheit, Angst und Sorge, aber auch aus Eifersucht oder Angst vor Trennung untersagt oder gehemmt (vgl. Speck 1992: 17; Hensle/Vernooij 2000: 309; Hennies/Sasse 2004: 69). Eifersucht oder Trennungsangst entsteht, wenn sich das Kind mit geistiger Behinderung einem anderen Menschen zuwendet und sich dadurch Eltern ihres Lebensinhaltes beraubt fühlen. Sorge und Überbehütung besteht bezüglich unangepassten Verhaltens in der Öffentlichkeit und der daraus resultierenden Intoleranz und Vorurteilen der Gesellschaft (siehe Abschnitt 2.1). Ängste haben Eltern beispielsweise vor sexualisierter Gewalt und Missbrauch, vor ungewollter Schwangerschaft und vor einer Enttäuschung ihres Kindes, z.B. Liebeskummer und emotionale Verletzungen verursacht durch eine andere Person. Unwissenheit, Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit sexuellen Themen und daraus resultierende ungeklärte Fragen sind Faktoren, die die Befürchtung unnötig ‚schlafende Hunde zu wecken‘ erzeugen (vgl. Speck 1992:18; Hensle/Vernooij 2000: 309; Ortlund 2008: 9; Achilles 2008: 16; Herrath 2013: 25). Der Umstand, dass viele Eltern es als sehr schmerzhaft und enttäuschend empfinden, Eltern eines Kindes mit geistiger Behinderung zu sein, welches die gesellschaftlichen Normen und Erwartungen nicht erfüllt, kann ebenso eine Rolle spielen. Der Schmerz und die Enttäuschung darüber bedingt nicht selten einen lebenslangen Verarbeitungsprozess. Mit diesen belastenden Gefühlen sehen sich Eltern wiederkehrend konfrontiert, besonders intensiv bei bedeutenden Ereignissen und sensiblen Thematiken wie das Erleben der Sexualität ihrer Kinder (vgl. Bosch 2013: 190).

Auch individuelle, repressive Erfahrungen der Eltern selbst hinsichtlich sexualfeindlicher Erziehung spielen eine Rolle beim Verdrängen der Sexualität ihres eigenen Kindes mit geistiger Behinderung. Wird der Verlauf der Sexualisation von Menschen mit geistiger Behinderung durch genannte Verhaltensweisen der Familie gestört, kann dies schließlich auch die Entwicklung eines positiven Selbstbildes stören und mitunter das Lebensglück eines Menschen mit geistiger Behinderung gefährden (vgl. Speck 1992: 21; Hensle/Vernooij 2000: 308f.; Diehl 2001:16). Im Gegensatz zu Menschen ohne Behinderung fällt es Menschen mit geistiger Behinderung meist schwer, sich gegen Verbote und das Intervenieren der Eltern aufzulehnen und abzugrenzen. Aufgrund der sozialen Abhängigkeit und dadurch stark ausgebildeten emotionalen Bindung an die Familie verdrängen Menschen mit geistiger Behinderung oftmals ihre sexuellen Bedürfnisse und verzichten auf ihre individuellen Beziehungsvorstellungen (vgl. Hennies/Sasse 2004: 69).

Folgend werden wesentliche Ergebnisse aus zwei empirischen Untersuchungen aufgeführt, die zwar nicht repräsentativ sind, aber dennoch die Problemlage erkennen lassen und einen Einblick in bestehende Grundeinstellungen von Eltern zur Sexualität von Kindern mit Behinderung vermitteln sollen.

Im Jahre 2001 führte Ulrike Diehl, Leiterin des Fortbildungsbereichs des Zentrums für Frühbehandlung und Frühförderung für Kinder mit Behinderung in Köln, mit neun Müttern im Alter zwischen 39 und 51 Jahren qualitative Interviews zum Thema „Einstellungen der Eltern zur Sexualität ihres körper- oder mehrfachbehinderten Kindes“ an der Universität Köln durch. Alle teilnehmenden Eltern sind sich einig, dass sie Sexualität „als menschliches Grundbedürfnis betrachten, aber Probleme haben, diese Bedürfnisse uneingeschränkt ihrem behinderten Kind zuzusprechen“ (Diehl 2001: 18). Außerdem geben die Mehrheit der befragten Mütter an, Sexualerziehung zwar zu bejahen, aber trotz der Zustimmung, selbst den Austausch über sexuelle Themen wie auch Sexualerziehung aus bereits geschilderten Gründen wie Sorge, Angst, Unsicherheit usw. mit ihren Kindern zu negieren. Für viele der Mütter stehen Therapien oder Operationen im Fokus, so dass Sexualerziehung zur Nebensache wird und keine Zeit dafür bleibt (vgl. ebd.:17).

Die zweite Untersuchung wurde im Jahre 2010 mit insgesamt 30 Familien bzw. Jugendlichen mit Trisomie 21 von Prof. Dr. Hellgard Rauh, Prof. Dr. Herbert Goetze und Steffen Bahre zum Thema ‚Der Umgang mit Sexualität und Familiengründungswünschen bei Jugendlichen mit Trisomie 21. Sicht der Jugendlichen selbst und ihrer Eltern‘ an der Universität Potsdam durchgeführt. Hier bejahen alle befragten Eltern prinzipiell die Möglichkeit auf Geschlechtsverkehr bei Jugendlichen mit Down-Syndrom, ein Drittel der Eltern allerdings mit der Einschränkung ‚im Prinzip ja, nach Prüfung der Umstände‘. Als Voraussetzungen für eine Zustimmung der Eltern werden hier ‚bei ausreichender Verhütung‘ und ein ‚ausreichendes Verständnis‘ über Sexualität genannt. 29 von 30 Eltern halten Sexualaufklärung für notwendig und hätten diesbezüglich bereits Gespräche mit ihrer Tochter oder ihrem Sohn geführt und würden dies auch zukünftig weiterhin forcieren (vgl. Rauh/Bahre/Götze 2013: 111).

Anhand der Ergebnisse der beiden Untersuchungen zeigt sich, dass es neben Ängsten und Unsicherheiten, die bei der Einstellung von Eltern zur Sexualität ihrer Kinder mit Behinderung herrschen, es durchaus Eltern gibt, die der Thematik liberal gegenüberstehen, d.h. Menschen mit Behinderung das gleiche Recht auf Sexualität zusprechen wie Menschen ohne Behinderung und dementsprechend ihren Kinder in der Thematik Akzeptanz und Unterstützung zusprechen. Es ist deutlich geworden, dass die Einstellung zur Thematik Sexualität und die hier genannten Verhaltensweisen innerhalb der Familie die sexuelle Sozialisation von Menschen mit geistiger

Behinderung beträchtlich erschweren und eingrenzen können. Bezugspersonen können aufgrund der sozialen Abhängigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung ohne deren Mitbestimmung über deren sexuelle Bedürfnisse, Beziehungswünsche und -vorstellungen bestimmen. Aber nicht nur familiäre Bedingungen beeinflussen die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung, sondern auch institutionelle Bedingungen nehmen erheblichen Einfluss.

2.3.2 Kontext professionelles Umfeld

Häufig leben Menschen mit geistiger Behinderung in Heimen, Wohngruppen oder anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe. Neben den Einstellungen und Verhaltensweisen des familialen Umfeldes zur Thematik Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung nimmt gleichermaßen die Einstellung und Sichtweise des professionellen Umfeldes auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung, aufgrund des auch hier bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses, eine bedeutende Rolle ein.

Die bereits im Abschnitt 2.2 dargelegten Vorurteile in der Gesellschaft sind auch im professionellen Umfeld zu finden. Diese können im Zusammenhang mit einer fehlenden oder geringen Reflexion der persönlichen Einstellung und der eigenen sexuellen Biografie der professionellen Begleitpersonen, die Möglichkeiten auf sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung erheblich einschränken (vgl. Ortland 2008: 87; Baab 2018: 7).

Eine Befragung von 640 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus sechs Eingliederungshilfen in Nordrhein-Westfalen und Niedersachsen durchgeführt von Professor Dr. Barbara Ortland im Jahre 2013 über sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung (vgl. Ortland 2016: 10) ergab, dass über 90 % der befragten Teilnehmenden der Meinung sind, dass die Bewohnerinnen und Bewohner der Wohneinrichtungen aufgrund ihrer Behinderung kein individuelles Sexualverständnis besitzen und behinderungsbedingt kein angemessenes Sexualverhalten erlernbar ist (vgl. ebd.: 92). Die Vielzahl der Mitarbeitenden wollen nicht realisieren, dass ihre Bewohnerinnen und Bewohner Sexualität besitzen und erleben wollen (vgl. ebd.: 93), weil sie in ihnen immer noch das „große Kind“ (Walter 1992a: 32) sehen. Fast zwei Drittel der Befragten bewerten das Sexualverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner von „Trieben gesteuert“ (Walter 1992a: 32) und unveränderbar (vgl. Ortland 2016: 93).

Häufig beurteilen professionelle Begleitpersonen aufgrund ihrer individuellen Vorstellungen über Werte und Normen das Sexualverhalten der Bewohnerinnen und Bewohner in Einrichtungen. Entspricht das Sexualverhalten nicht den eigenen Vorstellungen, führt das mitunter zu einer restriktiven und abweisenden Haltung. Professionelle Begleitpersonen entscheiden dann aus ihrer Perspektive, ob das sexuelle Verhalten und die sexuellen Bedürfnisse richtig oder falsch sind, dass kann als Konsequenz bedeuten, dass z.B. Sexualität gewissermaßen nur dann für richtig und gut geheißen wird, wenn sie in einer langfristigen Beziehung stattfindet (vgl. Mattke 2004a: 49f.; Jeschke/Wille/Fegert 2006: 284). Diese bevormundende Fürsorge – man spricht auch von Paternalismus – auf Basis eines vermeintlich besseren Wissens der professionellen Begleitpersonen schränkt sexuelle Selbstbestimmung erheblich ein (vgl. Zinsmeister 2013: 51f.).

Oftmals sind Menschen mit einer geistigen Behinderung in ihrer Fähigkeit zur Kommunikation eingeschränkt und können ihre Wünsche und Bedürfnisse bezüglich Sexualität nur schwer vermitteln. Hier bedarf es der Fähigkeit seitens der professionellen Begleitpersonen für verbale und nonverbale Kommunikation zugänglich zu sein, damit die konkreten Anliegen individuell nach den Vorstellungen der Menschen mit geistiger Behinderung geklärt und verstanden werden (vgl. Schaars 2006: 108f.; Pörtner 2014: 100f.). Zudem können Menschen mit einer geistigen Behinderung aufgrund schwacher verbaler Kommunikationsfähigkeit verstärkt auf eine unterstützende Kommunikation angewiesen sein, wenn es um Themen wie Kontaktaufnahme und Beziehungsgestaltung geht. Dies erfordert eine professionelle Begleitung, die Kommunikation fördert, als wichtig erkennt und in geeigneter Form anbietet (vgl. Hennies/Sasse 2004: 71f.).

Überdies sind professionelle Begleitpersonen angesichts des sozialen Abhängigkeitsverhältnisses leichter versucht gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung, Macht anzuwenden (vgl. Hahn 1992: 120). Dadurch wird es möglich, konfrontativen unbequemen Situationen aus dem Weg zu gehen, aber auch Unbehagen und Befürchtungen bezüglich der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung zu umgehen. Machtanwendungen können sich in Form von fremdbestimmten Maßnahmen und unterdrückende Regelungen bezüglich der Ausgestaltung der eigenen Sexualität äußern, wenn z.B. Übernachtungsregelungen bzw. Übernachtungsverbote in Einrichtungen und Regeln über Verhütungsmaßnahmen (pauschalisierte Empfängnisverhütung bei Frauen z.B. Sterilisationen, Drei-Monatsspritzen) aufgestellt werden, wenn Besuche angekündigt und diesen zugestimmt werden muss oder Homosexualität unterdrückt bzw. verboten wird (vgl. Specht 2001: 5; Jeschke/Wille/Fegert 2006: 237f.; Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 185ff.; Zemp 2010: 30).

Durch fremdbestimmte Maßnahmen kann auch das eigene Äußere von Menschen mit geistiger Behinderung beeinflusst werden, wenn etwa das soziale Umfeld über den Kleidungsstil und den Kleidungseinkauf bestimmt und nicht der Mensch mit geistiger Behinderung selbst. Bezugspersonen entscheiden dabei oftmals nach eigenen Überlegungen. Besonders bei betroffenen Frauen werden Entscheidungen über den Kleidungseinkauf nicht selten von Begleitpersonen mit der Hoffnung verbunden, vor sexuellen Übergriffen zu schützen. Damit wird die Möglichkeit, die eigene Persönlichkeit, das eigene Aussehen und Erscheinungsbild selbst zu gestalten, beschränkt (vgl. Sigot 2017: 270).

Die oftmals geringe Wahrung von Privat- und Intimsphäre in Einrichtungen stellt eine weitere Einschränkung sexueller Selbstbestimmung dar (vgl. Walter 1992a: 30; Jeschke/Fegert 2006: 420; Zemp 2010: 30; Römisch 2011: 63; BMFSFJ 2014: 39; Ortland 2016: 115). So wird es den Bewohnerinnen und Bewohnern in vielen Einrichtungen verwehrt, ihre Zimmertür abzuschließen. Die Möglichkeit ungestört und unbeobachtet alleine oder auch mit der Partnerin oder dem Partner Zeit zu verbringen, wird dadurch erschwert. Diese Problematik zwingt betroffene Personen dazu, sich heimlich an verschiedenen Orten zu treffen, wie z.B. Kellerräumen und Toiletten (vgl. Mattke 2004a: 50). Professionelle Begleitpersonen empfinden es mitunter als selbstverständlich, Privat- und Intimräume, wie Wohnzimmer und Badezimmer, ohne Ankündigung zu betreten. Den mangelnden Schutz der Privat- und Intimsphäre bestätigen auch die Ergebnisse der bereits genannten Studie von Barbara Ortland. Zwei Drittel der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter beachten die Intim- und Privatsphäre in den Wohneinrichtungen nicht und betreten beispielsweise die Badezimmer, ohne anzuklopfen (vgl. Ortland 2016: 115). Die Mehrheit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind der Auffassung, dass in Einrichtungen keine Möglichkeit für die Bewohnerinnen und Bewohner gegeben ist, ihre sexuellen Wünsche zu leben (vgl. ebd.:87). Aber auch bauliche und strukturelle Rahmenbedingungen, wie z.B. Mehrbettzimmer in Institutionen, schränken die Privat- und Intimsphäre ein. Es fehlen Rückzugsmöglichkeiten für ein ungestörtes Intimleben, um sowohl allein als auch mit einer Partnerin oder einem Partner sexuell aktiv zu werden. Gemeinschaftsbäder verhindern eine intime, persönliche Pflegesituation, da meist parallel mehrere Bewohnerinnen oder Bewohner die Waschräume nutzen. (vgl. Walter 1992a: 30; Hähner 1999: 23; Zemp 2010: 30; BMFSFJ 2014: 38). Pflegehandlungen im öffentlichen Raum, grenzüberschreitendes Verhalten und die daraus resultierende Entpersonalisierung der Menschen mit geistiger Behinderung können dazu führen, dass eine Entwicklung des Schamgefühls gestört sowie die Wahrnehmung über ein positives eigenes Selbst- und Körperbild stark beeinträchtigt wird. Körpergrenzen zu erfahren und sich

über ein individuelles Intimleben bewusst zu sein, wird oft durch die jahrelang andauernde Abhängigkeit im Pflegebereich erschwert (vgl. Henschel 2001: 12; Ortland 2007: 183; Küppers 2009: 46; Baab 2018: 7).

Auch der Unterschied in der Unterbringung in getrennt und gemischt geschlechtlicher Einrichtungen beeinflusst die Möglichkeit, sexuelle Kontakte zu knüpfen oder sexuell aktiv zu werden. Ein Vergleich mehrerer internationaler Studien von Conod Loïse und Servais Laurent (2008) zeigt, dass 82 % der befragten Bewohnerinnen und Bewohner, die in einer gemischt geschlechtlichen Einrichtung leben, eine Freundin bzw. Freund und/oder Geschlechtsverkehr haben. Vergleichsweise dazu äußern nur 4% der Befragten, die in getrennt geschlechtlichen Einrichtungen leben, eine Freundin bzw. Freund und/oder Geschlechtsverkehr zu haben (vgl. Conod/Servais 2008: 231).

Die starke Institutionalisierung des Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung beeinflusst in hohem Maße auch die Gelegenheit, sozialen Außenkontakte aufzubauen. Lebensmittelpunkt ist häufig die Wohneinrichtung oder die Beschäftigung in der Werkstätte. Auch Freizeitbeschäftigungen werden institutionell geplant und zumeist mit dem gleichen Personenkreis innerhalb der Institution organisiert, das bedeutet, individuelle, spontane Wünsche wie z.B. ungeplantes Ausgehen, sind institutionell nicht vorgesehen. Regeln bestimmen darüber, ob und wie lange Bewohnerinnen und Bewohnern Einrichtungen verlassen dürfen. Bestehende Einschränkungen in der Mobilität erschweren es, Begegnungserfahrungen zu machen. Begegnungsstätte können nicht aufgesucht werden, um möglicherweise eine Partnerin oder einen Partner kennenzulernen. Der Lebensbereich Sexualität wird im institutionalisierten Tagesablauf häufig als störend und als nicht vorgesehen behandelt (vgl. Walter 1992a: 30; Specht 2001: 5; Hennies/Sasse 2004: 70; Zinsmeister 2010: 16; Ortland 2012: 117).

Treffend konstatiert der Psychologe Ulrich Hähner (1997):

„Sozialerfahrungen werden eingeschränkt. Über Kontakte selbst zu bestimmen, ist kaum möglich, den Freund oder die Freundin zu besuchen wird zu etwas Außergewöhnlichem, und das alles findet auch noch unter ständiger Kontrolle statt. Die Privatheit fehlt, Geheimnisse gibt es nicht, Es ist eines der wesentlichen Merkmale von Behinderung, daß [sic!] immer und überdauernd die persönlichen Grenzen des Menschen mit Behinderung unterlaufen werden“ (Hähner 1997:123f).

Neben den bereits genannten Aspekten unterliegt ebenso das Recht auf sexuelle Aufklärung institutioneller Einwilligung. Sexualaufklärung wird in Einrichtungen der Behindertenhilfe zuweilen noch unzureichend gehandhabt. Große Defizite zeigen sich im Umgang mit sexueller Aufklärung. Die Notwendigkeit sexuelle Bildung zu vermitteln erscheint nicht gleichbedeutend

mit der Vermittlung anderer wichtiger Kenntnisse und Fähigkeiten. (Jeschke/Wille/Fegert 2006: 285). Sexualität wird erst dann thematisiert, wenn es konkrete Anlässe gibt (vgl. Diehl 2001: 17). Aber auch der Standpunkt, es bestehe kein Interesse und kein Verständnis seitens der Menschen mit geistiger Behinderung dient als Begründung, warum sexueller Aufklärung keine angemessene Bedeutung zugesprochen wird. Dieser Standpunkt wiederum lässt auf das Vorurteil über die Asexualität von Menschen mit geistiger Behinderung schließen (vgl. Jeschke/Wille/Fegert 2006: 285).

Die Thematik der sexuellen Selbstbestimmung wird in den Konzeptionen und Hausordnungen der Einrichtungen häufig nicht erwähnt. Dies hat zur Folge, dass den professionellen Begleitpersonen entsprechende Handlungsorientierungen fehlen und dies zu Handlungsunsicherheiten führen kann. Handlungssicherheit ist Voraussetzung professioneller Arbeit und notwendig, um im Bereich der sexuellen Bildung fundiert und geschützt tätig zu sein (vgl. Specht 2013a: 175).

Anhand der aufgeführten Darstellungen wird klar, fremdbestimmte Rahmenbedingungen sowie familiales und professionelles Umfeld im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung entscheiden über das Maß und die Möglichkeit der Verwirklichung sexueller Bedürfnisse und Wünsche. Der Psychologe Joachim Walter (1992) spricht von einer „sekundären sozialen Behinderung“ (Walter 1992a: 31) und verweist darauf, dass es meist nicht die primäre geistige Behinderung selbst ist, sondern (durch Fremdbestimmung also) „durch unser erzieherisches Verhalten, unsere Ge- und Verbote, wird die Sexualität geistigbehinderter [sic!] Menschen zu einer *behinderten* oder gar *verhinderten* Sexualität“ (Walter 1992a: 31).

2.4 Sexualwissen als Grundlage sexueller Selbstbestimmung

Selbstbestimmte Sexualität setzt Wissen und Informationen über Sexualität voraus. Laut UN-Behindertenkonvention verfolgt das Recht auf sexuelle Bildung das Ziel, das Leben möglichst aktiv, selbständig und selbstbestimmt zu bewältigen, um Sexualität verantwortungsbewusst und erfüllt umzusetzen (vgl. Wienholz 2017: 41).

Dieser Auftrag wird im Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2015) umgesetzt: „Ziel von Sexualaufklärung ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Voraussetzungen dabei zu unterstützen, einen aufgeklärten, selbstbestimmten (und verantwortungsvollen/ selbstverantwortlichen) Umgang mit Sexualität zu leben bzw. leben zu können“ (BZgA 2015:19).

Basierend auf den bereits beschriebenen bio-psycho-sozialen Gesundheitsbegriffes der WHO (siehe Abschnitt 1.1.2), der das individuelle Wohlbefinden im Kontext körperlicher, geistiger und sozialer Wechselbeziehung versteht, unterstützt und fördert Sexualaufklärung das Recht auf sexuelle Gesundheit und stärkt somit die gesamte Gesundheitssituation (vgl. BZgA 2015: 7f.). Ausgehend von diesem Verständnis impliziert Sexualaufklärung nicht nur die Wissensvermittlung zu biologischen Abläufen, Kenntnisse über den eigenen Körper, Verhütungspraktiken und Körperhygiene. Vielmehr muss Sexualaufklärung zu den Emotionen der Menschen vordringen und zugleich die Vielfalt individueller Lebensweisen, Lebenskontexte, Beziehungsaspekte, Werte und unterschiedlicher ethischer Perspektiven anerkennen (vgl. ebd.: 8). Sexualaufklärung versteht sich als das Näherbringen von Informationen, vermittelt Werte und Haltungen bezüglich Sexualität und Beziehungen verbunden mit der Förderung von Kommunikation und Motivation und muss deshalb so strukturiert sein, dass Menschen mit Beeinträchtigungen erreicht werden und dementsprechend Beratung und Hilfe verwirklicht werden (vgl. ebd.: 19). Folglich impliziert Sexualaufklärung nicht nur einen einmaligen Prozess, sondern vielmehr einen Prozess, der lebenslang, entwicklungsbegleitend und kontinuierlich angelegt sein muss (vgl. ebd. 18; Koch 2013: 36).

2.4.1 Relevanz sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Für Menschen mit einer geistigen Behinderung ist Sexualaufklärung von enormer Bedeutung, damit eigene Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen selbstbestimmt geäußert und eingefordert werden können (vgl. BZgA 2015: 6). Besonders Menschen mit geistiger Behinderung erweisen sich häufig noch im Erwachsenenalter als unzureichend aufgeklärt (vgl. Specht 2013b: 295). Das mag zum einen daran liegen, dass sich zwar die körperliche geschlechtsbiologische Reifeentwicklung nicht von Menschen ohne Behinderung unterscheidet (siehe Abschnitt 2.2), aber dennoch die psychisch-intellektuelle Entwicklung erheblich variieren kann und somit das individuelle Sexualverhalten und -erleben beeinflusst. Körperliche Veränderungen werden zwar wahrgenommen, aber häufig nicht verstanden. Menschen mit geistiger Behinderung fällt es mitunter schwer, sexuelle Bedürfnisse, Fragen und Wünsche altersgemäß auszudrücken, weil sie häufig nicht wissen, wie sie sich ausdrücken sollen. Das kann z.B. bedeuten, dass eine Frau erstmals mit 40 Jahren das Bedürfnis nach einer Partnerschaft und Sexualität zeigt (vgl. Walter 1992b: 164f.; Specht 2013b: 295). Zum anderen erhalten Menschen mit geistiger Behinderung oftmals auf Fragen, die im Verlauf der körperlich-sexuellen Reifeentwicklung aufkommen,

keine Resonanz und keine Antwort (vgl. Specht 2013b: 295). Menschen mit geistiger Behinderung haben oftmals keine oder eine mangelhafte Sexualerziehung erhalten (vgl. Ortland 2016: 10). Die Möglichkeiten Sexualwissen zu erwerben, gestaltet sich für Menschen mit geistiger Behinderung eindeutig schwerer. Die Gründe hierfür sind eine unzureichende Sexualaufklärung, kaum Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner für entsprechende Themen zu haben, fehlende Möglichkeiten, um ungestört auf Aufklärungsmedien zuzugreifen und schriftsprachbasierte Materialien zur Information zu nutzen oder falls die Möglichkeit besteht, das Aufklärungsmaterial zu verstehen (vgl. Ortland 2016: 192; BZgA 2015: 24). So kommt es vor, dass Männer mit geistiger Behinderung nicht wissen, wie sie mit einer Erektion umgehen sollen oder Frauen mit geistiger Behinderung kein Wissen über Menstruation besitzen. Aus dieser Unkenntnis heraus, können sexuelle und biologische Prozesse als beängstigend wahrgenommen werden. Der Mangel an Wissen und Wahrnehmung des eigenen Körpers kann dafür verantwortlich sein, wenn Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem sexuellen Verhalten Auffälligkeiten zeigen, wie z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit (vgl. Specht 2013b: 295; Ortland 2016: 102). Auch kann die psychische Gesundheit darunter leiden, wenn Informationen durch die Medien nicht hinterfragt und einfach übernommen werden, z.B. durch den Konsum pornografischer Filme und den darin gezeigten Sexualtechniken (vgl. Leue-Käding 2006: 105).

Um die Relevanz und den Bedarf an sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung zu klären, werden nun Ergebnisse mehrere Studien dargelegt.

Die Schweizer Psychologin und Behindertenaktivistin Aiha Zemp (2002) stellt in ihrer Forschungsstudie über „Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderungen in Institutionen“ fest: „Sowohl bei den Frauen wie bei den Männern zeigt sich ein Notstand hinsichtlich Sexualaufklärung“ (Zemp 2002: 611). Bei den 130 befragten Frauen und Männern im Alter zwischen 18 und 78 Jahre geben 52 % der Frauen und 66 % der Männer an, keine sexuelle Aufklärung erfahren zu haben oder können auch diesbezüglich gestellte Fragen nicht zuordnen (vgl. ebd.: 617).

Die im Jahre 2006 veröffentlichte Studie von Jörg Fegert et al. (siehe Abschnitt 3) thematisiert ein Modellprojekt über sexuelle Selbstbestimmung der Bewohnerinnen und Bewohner sowie sexualisierte Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung in Berlin und Rostock. Befragt wurden Bewohnerinnen und Bewohner im Alter zwischen 13 und 27 Jahren anhand 20 qualitativer Interviews oder Gruppendiskussionen (vgl. Jeschke/Thomas 2006: 52f.). Die Antworten zum Themenfeld ‚allgemeine Einstellungen zu Sexualität‘ lassen darauf schließen, dass die meisten der Befragten Sexualität als etwas Negatives bzw. Verbotenes bewerten. In den Aussagen zeigt sich ein Konflikt zwischen empfundenen Normen und

individuellen Wünschen und Bedürfnissen (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 137ff.). Einige der Befragten geben an, dass sexuelles Verhalten, wie z.B. Selbstbefriedigung, gesellschaftlich nicht erwünscht wäre (vgl. ebd.: 126). Im Umgang und Wissen bezüglich Verhütung bestehen bei einigen der Befragten enorme Defizite. Die Handhabung von Verhütungsmitteln kann praktisch nicht umgesetzt werden. Als Grund hierfür wird unter anderem mangelnde Sexualaufklärung genannt, die häufig nur einmalig und unzureichend stattfindet (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 142f.). Unvollständiges Wissen auf dem Gebiet Verhütung und über die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten verunsichern Bewohnerinnen und Bewohner im positiven Umgang mit Sexualität (vgl. ebd.: 150).

Mangelnder Wissensstand wird ebenfalls von Seiten professioneller Begleitpersonen angenommen. Der überwiegende Teil der befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Studie von Barbara Ortland (siehe Abschnitt 3.2) nehmen an, dass die Bewohnerinnen und Bewohner aufgrund fehlender sexueller Aufklärung zu wenig über die Thematik Sexualität wissen (vgl. Ortland 2016: 92).

Aus der bereits erwähnten Studie von Siebelink et al. (siehe Abschnitt 3) geht hervor, dass den meisten der befragten Menschen mit geistiger Behinderung bewusst ist, dass durch Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft möglich ist, aber auch hier ein mangelnder Wissensstand bezüglich Verhütung und Sexualverhalten besteht, so erkennen z.B. nur 59 % der Befragten ein Kondom auf einem gezeigten Bild und nur 51 % der Befragten können eine dargestellte Masturbation auf einem Bild benennen (vgl. Siebelink et al. 2006: 289).

Professor Andrew Jahoda und Dr. Jaycee Dawn Pownall der Universität Glasgow veröffentlichten im Jahre 2014 eine Befragung bei der 30 junge Erwachsene mit geistiger Behinderung zum Thema sexuelles Verständnis teilnahmen (vgl. Jahoda/Pownall 2014: 430). Auch hier zeigen sich Wissenslücken und Falschannahmen bezüglich Wirkungsweisen und der Anwendung von Verhütungsmitteln. 29 der Teilnehmenden vertreten z.B. die Auffassung, falls der Mann die Anti-Baby-Pille einnimmt, wird bei ihm die Ejakulation verhindert und somit eine Schwangerschaft verhütet: „*The male takes it, it stops him coming*“. Ferner nehmen 13 der Befragten an, dass Waschen nach dem Geschlechtsverkehr auch vor Schwangerschaft schütze. 17 der Befragten wissen nicht, wie ein Kondom wirkt und 15 der Teilnehmenden nicht, wie man es benutzt. Überdies antworten 17 der 30 Befragten auf die Frage, ob die Pille sexuell übertragbare Krankheiten verhindere mit: „*Yeah, it just does*“ (vgl. Jahoda/Pownall 2014: 435).

Eine weitere Erhebung ‚Teilhabechancen an sexueller Bildung Jugendlicher mit kognitiven Einschränkungen‘ der Universität Leipzig, gefördert durch die BZgA, befasste sich mit den Möglichkeiten und Grenzen sexueller Bildung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit

kognitiven Einschränkungen im Alter von 13 und 26 Jahren. Es wurden 42 Interviews mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die eine Förderschule für geistig Behinderte oder eine Werkstatt für Menschen mit Behinderungen in Sachsen besuchen und deren Hauptbezugspersonen, geführt (vgl. Wienholz 2017: 38). Auch hier zeigen sich bei den Befragten Wissenslücken in Form von ungenauen Äußerungen. Die Erklärung des Begriffes ‚Geschlechtsverkehr‘ empfinden viele der Interviewten als peinlich und unangenehm und wird meist mit der Angst einer Schwangerschaft in Verbindung gebracht. Die Frage: ‚Weißt du, wie Babys entstehen?‘ wird von den Befragten mit weniger scheu beantwortet, jedoch meistens falsch, kurz oder ungenau. Die befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen bezogen ihre Kenntnisse vorrangig aus dem Aufklärungsunterricht der Schule, wobei deutlich wurde, dass dieser meist auf ein Mindestmaß reduziert wurde. Viele der Teilnehmenden, insbesondere die Älteren, können sich nicht mehr eindeutig an Inhalte erinnern, nehmen den Aufklärungsunterricht dennoch als bedeutungsvoll wahr, besonders, wenn Anschauungsmaterial eingesetzt wurde (vgl. Wienholz 2017: 38). Am häufigsten wird sich an das Thema Verhütung erinnert, jedoch nicht in Verbindung zum Schutz gegen sexuell übertragbare Krankheiten, sondern primär im Kontext der Prävention gegen ungewollte Schwangerschaften (vgl. ebd.: 39). Viele erhoffen sich jedoch Informationen über Nähe, Liebe, Zärtlichkeit und Partnerschaft. So wünschen sich zwei Drittel der befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung Informationen rund um das Kennenlernen und Flirten. Nur die Hälfte der Befragten geben an, über Personen zu verfügen, die sich mit ihnen über sexuelle Themen austauschen (vgl. ebd.: 39f.). Die aufgeführten Untersuchungsergebnisse geben Hinweise auf ein unzureichendes Sexualwissen von Menschen mit geistiger Behinderung. Damit zeigt sich die enorme Relevanz einer lebenslangen kontinuierlichen sexuellen Aufklärung im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung.

2.4.2 Auftrag sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Sexualität ist eine kontinuierliche Komponente im Leben eines jeden Menschen, beginnt mit der Geburt und ist ein bedeutender Faktor bei der Persönlichkeitsentwicklung und Ausbildung der Identität (vgl. Pro Familia 2011: 5; BZgA 2015: 8). Bildung und Erziehung sind wesentliche Aspekte der Persönlichkeitsentwicklung und Identitätsförderung. Folglich ist sexuelle Aufklärung ein Teil von Bildung und Erziehung (vgl. Bosch/Suykerbuyk 2006: 47).

Sexualaufklärung ist gleichermaßen im Kindes- wie im Erwachsenenalter entscheidend und ein lebenslanger Prozess (vgl. Jeschke/ Wille/ Fegert 2006: 256; Stöppler 2008: 567; Pro Familia

2011: 8; BZgA 2015: 18). Eine wiederholt stattfindende, in den Alltag integrierte, sexuelle Aufklärung ist besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung, damit die Themen verinnerlicht werden können und Verhaltensstabilität gelingt (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 220; Walter 2010: 9; Pro Familia 2011: 8;).

Die wesentliche Aufgabe von sexueller Aufklärung liegt in der Schaffung einer sexualitätsbejahenden Umgebung, in der Sexualität frei thematisiert werden kann und Sexualaufklärung auf eine hohe Resonanz stößt. Besondere Bedeutung erfährt diese Aufgabe im Zusammenhang mit ‚Behinderung und Sexualität‘, da dieser Bereich deutlich mit Vorurteilen belegt ist (vgl. BZgA 2015: 27).

Bei der Vermittlung und Darstellung der Inhalte von sexueller Aufklärung muss auf die individuellen Kommunikations- und/oder Lernanforderungen der Menschen mit geistiger Behinderung geachtet werden (vgl. ebd.: 27). Die Art der Vermittlung sollte laut Specht und Walter (2013) folgende Prinzipien beachten: „Einfachheit“ (Gestaltung „leichter Sprache“), „Lebendigkeit“ (abwechslungsreiche Methoden), „Multi-Sinnlichkeit“ (kreative Elemente), „Wiederholung“ (durch regelmäßiges Gesprächsangebot), „Anschaulichkeit“ (Bildmedien) und „Bereikbaarheit“ (Einsatz von Gegenständen zum haptischen Erleben), (Specht/Walter 2013: 334).

Menschen mit geistiger Behinderung bilden keine homogene Personengruppe und besitzen verschiedene Kompetenzen und Eigenschaften, deshalb sollte sexuelle Aufklärung unter Berücksichtigung individueller Interessen und Wünschen gestaltet werden (vgl. Pro Familia 2011: 4). Explizit umfasst die Aufgabenstellung von Sexualaufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung, Perspektiven zur sexuellen Selbstbestimmung zu unterstützen und zu ermöglichen (vgl. Jeschke/Wille/Fegert 2006: 256; BZgA 2015: 27). Ziel sexueller Aufklärung sollte sein, Hilfen für ein positives Selbstkonzept anzubieten und als Hilfe zur Selbsthilfe zu einem erfüllten Leben beitragen (vgl. Speck 1993: 316; Stöppler 2008: 566).

Zu den zentralen Bereichen der Sexualaufklärung zählen die Wissenserweiterung durch die Vermittlung von Informationen, das Erwerben neuer Einstellungen durch Handlungsmotivation und das Erlernen neuer Verhaltensweisen durch die Förderung von Kompetenzen. Dabei beinhaltet die Informationsvermittlung, z.B. zum einen Themen rund um sexuelle Beziehungen, Verhütung, Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung, Körperhygiene, sexuell übertragbare Krankheiten, Selbstbefriedigung, biologische Abläufe und die Entwicklung des Körpers und zum anderen auch Informationen über unterschiedliche Werte und Normensysteme, verschiedenen Lebensweisen, Grenzüberschreitungen, sexualisierte Gewalt und über die Wirkung einer positiv erlebten Sexualität in Bezug auf die biologische und die emotionale Gesundheit

(vgl. BZgA 2015: 28f.). Das Themengebiet der Handlungsmotivation umfasst z.B. das Wahrnehmen und Annehmen des eigenen Körpers zur Verbesserung eines positiven Selbstbildes, die Entwicklung einer persönlichen Sinnlichkeit, Partnerschaftssuche, Beziehungsgestaltung und auch den Umgang mit Macht- und Ohnmachtserfahrungen (vgl. ebd.: 30). Kompetenzen werden gefördert z.B. durch Identitätsbildung, durch Stärkung der Selbstbehauptung, durch das Erlernen Grenzen zu akzeptieren und auch selbst zu setzen und durch den Aufbau von Kommunikations- und Handlungsfähigkeit bezüglich Partnerschaft, Familienplanung, Verhütung, sexuell übertragbaren Krankheiten, Sexualität und den Auswirkungen von sexuellen Handlungen (vgl. ebd.: 31).

Die aufgeführten Beispiele zeigen nur einen Ausschnitt der möglichen Themenbereiche von sexueller Aufklärung. Sexuellaufklärung ist nicht genormt und die Aufgabenstellung wird individuell für die jeweiligen Bedürfnisse, Wünsche und Fragen definiert (vgl. BZgA 2015: 27). Bedeutung findet sexuelle Aufklärung auch im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt. Sexuelle Aufklärung erweist sich als Schutz- und Präventionsmaßnahme gegen sexuellen Missbrauch und sexualisierter Gewalt. Das Wissen über sexuelle Selbstbestimmung kann Menschen mit geistiger Behinderung dazu verhelfen, sexuelle Übergriffe als diese wahrzunehmen, sich diesen zu widersetzen oder Hilfe einzufordern (vgl. Bosch/Suykerbuyk 2006: 54; Pro Familia 2011:16; Specht 2013a: 182; Specht 2013b: 295; BZgA 2015: 41).

2.4.3 Umsetzung sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung

Die Schule ist anhand ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages zu Sexuellaufklärung verpflichtet. Besonders bei Menschen mit geistiger Behinderung reicht jedoch die in der Schule meist nur einmal geleistete Sexuellaufklärung nicht aus (vgl. BZgA 2015: 13). Bei der Umsetzung von sexueller Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung nehmen die Eltern einen großen Stellenwert ein (vgl. Leue-Käding 2006:104; Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 219; Ortlund 2008: 90; Küppers 2009: 56; BZgA 2015: 12). Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht nur im Kindesalter sondern oftmals auch noch im Erwachsenenalter für Pflege und Betreuung zuständig und haben wie bereits im Abschnitt 2.2 dargestellt, differenzierte Einstellungen, Verhaltensweisen und Haltungen bezüglich der Sexualität ihrer Kinder mit geistiger Behinderung. Diese wirken sich dementsprechend im Umgang mit Sexuellaufklärung aus. So gibt es Eltern, denen es keine Schwierigkeiten bereitet, ihre Kinder sexuell aufzuklären und wiederum andere, die dabei auf umfassende Hilfen und Informationen angewiesen sind (vgl. Küppers 2009: 56; BZgA 2015: 12).

Sexualaufklärung nimmt auch im Alltag institutioneller Einrichtungen wie Wohngruppen, Heimen und Werkstätten Raum ein. Für professionelle Begleitpersonen in der Rolle als aufklärende Personen bedeutet das, persönliche Auffassungen und Vorstellungen dürfen die sexualpädagogische Arbeit nicht dominieren und die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung müssen sensibel und wertschätzend erfasst und respektiert werden (vgl. Specht 2013b: 294). Sexualpädagogische Arbeit setzt fachliche, methodische und selbstreflektierende Kompetenzen voraus. Um diese Kompetenzen zu gewinnen, bedarf es angemessener Fortbildungsmaßnahmen, kollegiale Beratungen sowie begleitende Supervisionen. Sicherheit im Umgang mit sexueller Aufklärung bieten professionellen Begleitpersonen konzeptionelle Verankerungen in den Einrichtungen (vgl. Specht 2013a: 174f). Durch angebotene Hilfen soll die Thematik ‚Sexualität‘ in das alltägliche Leben integriert werden, damit es professionellen Begleitpersonen möglich wird, aufgeschlossen und sicher Sexualaufklärung umzusetzen (vgl. BZgA 2015: 19). Die praktische Umsetzung von sexueller Aufklärung hängt von der Zustimmung des Teams ab. Unterstützend können speziell ausgebildete sexualpädagogische Fachkräfte involviert werden. Diese Unterstützung kann eine Entlastung und eine Ressource für professionellen Begleitpersonen, familiales Umfeld und Menschen mit geistiger Behinderung darstellen, z.B. bei der Bereinigung von entstandenen Konflikten. Die Haltung kann sich durch unterstützende Maßnahmen in Form von Gesprächen, Beratungen, Reflexion und Bewusstmachung neu orientieren. Grundsätzlich müssen Menschen mit geistiger Behinderung, professionelle Begleitpersonen und familiales Umfeld aktiv und gemeinsam in das Konzept ‚sexuelle Aufklärung‘ eingebunden sein, Wünsche, Meinungen und Verhaltensmöglichkeiten sind zu respektieren (vgl. Küppers 2009: 56; Ortland 2008: 93; Baab 2018: 9).

Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Bedeutung der Zusammenarbeit und gegenseitigen Unterstützung des familialen Umfeldes und professioneller Bezugspersonen. Aufgrund der besonderen Lebensumstände und Belastungen müssen die verschiedenen Bedürfnisse der Familien nach Informationsgewinnung, Beratung, Kontakt, Kommunikation und Entlastung berücksichtigt werden. Grundlegende Voraussetzung dafür ist ein offener und wertschätzender Umgang miteinander. Das bedeutet zum einen, dass Eltern die Fachkompetenz der professionellen Begleitpersonen respektieren und im Gegenzug, Fachkräfte das Engagement der Eltern achten (vgl. Pro Familia 2011: 19; Eckert 2008: 52ff.).

3 Forschungsdesign und methodisches Vorgehen

In diesem Abschnitt werden das Forschungsdesign und das methodische Vorgehen der vorliegenden Arbeit beschrieben. Zu Beginn wird die Forschungsfrage festgelegt. Im nächsten Schritt wird die für dieses Forschungsvorhaben gewählte qualitative Sozialforschung vorgestellt. Anschließend die Erhebungsmethode des leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews begründet und definiert. Ferner wird die Auswahl der befragten Expertinnen und Experten erläutert, die Vorbereitung und Durchführung der Einzelinterviews erklärt sowie näher auf die Forschungsethik eingegangen. Abschließend wird die Auswertungsmethode der qualitativen Inhaltsanalyse beschrieben.

3.1 Forschungsfrage

Die Forschungsfrage der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf den Umgang mit Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung seitens professioneller Begleitpersonen, des familialen Umfeldes und der Menschen mit geistiger Behinderung selbst. Mittels der angewandten Untersuchung soll die Wirkungserwartung von sexueller Aufklärung mithilfe von Einzelinterviews ermittelt werden, basierend auf folgender Fragestellung:

„Welche Wirkungserwartungen haben Menschen mit geistiger Behinderung, professionelle Begleitpersonen und familiales Umfeld an sexuelle Aufklärung?“

Anhand der Ergebnisse soll gezeigt werden, welche Bedeutsamkeit Sexualität und sexuelle Aufklärung für die befragten Expertinnen und Experten in der Lebenswelt von Menschen mit geistiger Behinderung einnehmen und inwieweit mit sexueller Aufklärung positive als auch negative Erwartungen und Wirkungen verbunden werden. Das Forschungsinteresse und Ziel liegen darin, zu einer Sensibilisierung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung und gleichzeitiger Bewusstseinsbildung zu dieser Thematik beitragen zu können. Es soll ein tieferes Verständnis für Menschen mit geistiger Behinderung und deren Begleitpersonen und auch für die individuellen Besonderheiten ihrer Lebenssituation entstehen. Durch eine bewusste Auseinandersetzung können sich vorhandene Einstellungen gegenüber dem Thema Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung wandeln und etablieren.

3.2 Qualitative Sozialforschung

Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, konkrete Details, Hintergrundinformationen, Erwartung und Wirkung, Einstellungen und Werthaltungen zu erfassen. Dafür bietet sich die qualitative Forschung an. Qualitative Forschung erhebt „den Anspruch, Lebenswelten «von innen heraus» aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“ (Flick/von Kardorff/Steinke 2010: 14). Im Vordergrund stehen dabei die Sichtweisen des Subjektes (vgl. Flick 2011: 29), d.h. im Zentrum steht die Erhebung der subjektiven Sichtweisen der Menschen mit geistiger Behinderung, des familialen Umfeldes und der professionellen Begleitpersonen. Dafür werden in der qualitativen Forschung die Teilnehmergruppen der Untersuchung gezielt ausgewählt und anhand einer offenen Fragestellung umfassend befragt, um dadurch Neues zu entdecken, Thesen zu bilden, aber auch bestehende Theorien zu überprüfen. Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es deshalb nicht, eine möglichst hohe Repräsentativität zu erreichen, sondern wenig ausgewählte Fälle in ihrer Komplexität zu analysieren und auf theoretischer Ebene Generalisierungen zu ermöglichen (vgl. Flick 2009: 24f.). Die offene Fragestellung ermöglicht den Teilnehmenden mehr Freiheiten, für sie bedeutende Themen aufzugreifen und relevante Zusammenhänge darzustellen (vgl. ebd.: 27).

Eine der wichtigsten Erhebungsmethoden der qualitativen Forschung stellt das qualitative Interview dar und wird im folgenden Abschnitt näher erläutert.

3.3 Leitfadengestütztes Experteninnen- und Experteninterview

Für die vorliegende Arbeit wurde als Erhebungsmethode das Expertinnen- und Experteninterview gewählt. Die Interviews wurden im Rahmen eines persönlichen Gesprächs mithilfe eines erstellten Leitfadens geführt. Das Leitfadeninterview mit Expertinnen und Experten als sozialwissenschaftliche Erhebungsmethode gilt als ein nichtstandardisierter Typ. Als Basis für das Interview dienen zuvor erstellte Fragen als Leitfaden (vgl. Gläser/Laudel 2010: 111).

Das Ziel der Untersuchung bestimmt maßgeblich die Wahl der Methode. Der Themenbereich dieser Arbeit beansprucht die Behandlung verschiedener Teilaspekte und konkret definierbare Aussagen zu Sexualität und sexueller Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung, des familialen Umfeldes und professioneller Begleitpersonen (vgl. Gläser/Laudel 2010: 111). Im Zentrum der Methode steht die ausgewählte Zielgruppe der Expertinnen und Experten, die

als Befragte des unmittelbaren Untersuchungsgegenstandes über ein hohes Maß an kontextbezogenem Wissen und Expertise verfügen (vgl. Mayring 2010: 33). „Subjektive Bedeutungen lassen sich nur schwer aus Beobachtungen ableiten. Man muss hier die Subjekte selbst zur Sprache kommen lassen; sie selbst sind zunächst die Experten für ihre eigenen Bedeutungsinhalte“ (Mayring 2002: 66). Die vorliegende Untersuchung möchte genau diese subjektiven Bedeutungsinhalte erfassen.

Leitfadeninterviews strukturieren das Gespräch durch einen bereits zuvor angefertigten Interviewleitfaden (siehe Anhang). Dabei handelt es sich um eine Auflistung von offenen Fragen, die alle relevanten Themen abdecken sollte. Der Interviewleitfaden stellt ein sinnvolles Erhebungsinstrument zur Ermittlung von subjektiven Theorien und Alltagswissen unter Gewährleistung von höchstmöglicher Offenheit dar und ist besonders gut geeignet, wenn die Untersuchung konkrete Themen anspricht und Textpassagen interpretiert werden (vgl. Helfferich 2009: 179ff.)

Es muss ein Kommunikationsprozess gesichert sein, der dem kulturellen Hintergrund der Befragten angepasst ist, damit das Informationsziel für die Untersuchung erbracht werden kann. Das gelingt nur, wenn sich ein vertrauensvolles und offenes Gesprächsklima entwickelt, bei dem der Interviewende auf eine erzählgenerierende Gesprächsführung und Fragestellung achtet. Umso besser die Atmosphäre während des Gespräches ist, desto engagierter, gründlicher und umfassender wird sich der Befragte einbringen (vgl. Gläser/Laudel 2010: 114f). Der Leitfaden dient lediglich als Werkzeug, darf unter keinen Umständen den Gesprächsverlauf ignorieren, d.h. wichtige Fragen müssen zum richtigen Zeitpunkt gestellt werden, aber auch Gelegenheit für Diskussionen ermöglicht werden (vgl. ebd.: 187).

Bei den Experteninnen- und Experteninterviews dieses Forschungsvorhabens soll besonders darauf geachtet werden, dass den Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern die Möglichkeit geboten wird, die Fragen frei zu beantworten und zu erzählen, was ihnen wichtig erscheint. Anhand umfassender Beantwortung motiviert durch zusätzliche Fragen des Interviewenden, kann es gelingen, neue Faktoren zu entdecken (vgl. Gläser/Laudel 2010: 42). Resultierende Themen können aufgegriffen und durch entsprechende Fragen vertieft werden. Dabei ergibt sich die Chance, weitere wesentliche Aspekte für die Forschungsfrage zu thematisieren und auszuwerten.

3.3.1 Auswahl der Expertinnen und Experten

Als Zielgruppen der Experteninnen- und Experteninterviews wurden für die Gruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, Betroffene selbst, für die Gruppe des familialen Umfelds, Mütter von Kindern mit geistiger Behinderung und für die Gruppe der professionellen Begleitpersonen, Fachkräfte, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten, festgelegt.

Erstrebenswert ist, dass alle ausgewählten Expertinnen und Experten das Untersuchungsfeld möglichst gut repräsentieren (vgl. Gläser/Laudel 2010: 98). Das setzt u.a. voraus, dass die Befragten über relevante Informationen verfügen und auch bereit sind, genaue Informationen weiterzugeben (vgl. ebd.: 117). Die Teilnehmenden werden als Expertinnen und Experten in eigener Sache wahrgenommen und diesbezüglich richtet sich die Forschungsfrage an die Menschen, die als Expertinnen und Experten über Wirkungen und Erwartungen an sexuelle Aufklärung aus ihrer Sicht erzählen.

Zunächst wurde durch die Autorin Kontakt zu einer Heilpädagogischen Tagesstätte einer Behinderteneinrichtung in Bayern aufgenommen und eine telefonische Anfrage beim zuständigen Tagesstättenleiter gestellt, ob eine Durchführung von Interviews mit den jeweiligen Zielgruppen möglich ist. Dies wurde positiv bestätigt. Daraufhin wurde das Forschungsvorhaben, das Ziel und die Methode des leitfadengestützten Experteninnen- und Experteninterviews vorgestellt. Der Tagesstättenleiter stellte dann die Kontakte zu zwei männlichen jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung, zu zwei Müttern von Kindern mit geistiger Behinderung und zwei professionellen Begleitpersonen her. Helfferich (2009: 175) spricht hier von einem „Zugang über «Türwächter» (Gatekeeper)“. Schlüsselpersonen bitten Interviewpartnerinnen und Interviewpartner am Gespräch teilzunehmen. Die Kontaktaufnahme wird dadurch erleichtert, da die Schlüsselperson bekannt ist und als vertrauensvoll gilt. Die ‚Türwächter‘ müssen bei Weitergabe von sensiblen Daten (Telefonnummer, Name usw.) die Teilnehmenden um deren Einverständnis bitten (vgl. Helfferich 2009: 175).

Die beiden männlichen jungen Erwachsene mit geistiger Behinderung sind über 18 Jahre alt, leben in einer Wohngruppe in einer Einrichtung und besuchen die Berufsschulstufe im Förderzentrum mit Förderschwerpunkt geistige Entwicklung und sind 14tägig am Wochenende auf Heimfahrt bei ihren Familien. Um eine Vertrauensbasis mit den zwei jungen Erwachsenen aufzubauen, hospitierte die Autorin für drei Tage in der Behinderteneinrichtung, um beide junge Erwachsene kennenzulernen. Dadurch gestalteten sich die Interviews mit den beiden äußerst positiv und vertraut.

Die beiden Mütter haben ein Durchschnittsalter von 53,2 Jahren und ihre beiden Kinder (15 und 16 Jahre alt) mit geistiger Behinderung besuchen eine Heilpädagogische Tagesstätte für geistige Kinder und Jugendliche.

Beide professionelle Begleitpersonen arbeiten in einer Heilpädagogischen Tagesstätte für Menschen mit einer geistigen Behinderung. Sie verfügen über eine langjährige Berufserfahrung (20 Jahre und 14 Jahre), haben Fortbildungen auf dem Gebiet der Sexualpädagogik besucht und bieten regelmäßig seit dem Jahre 2009 Sexualaufklärungskurse für Menschen mit geistiger Behinderung in der Einrichtung an.

3.3.2 Vorbereitung und Durchführung der Einzelinterviews

Auf Grundlage des vorangegangenen Theorieteils wurde jeweils ein eigener Interviewleitfaden für die entsprechende Zielgruppe der Menschen mit geistiger Behinderung, des familialen Umfeldes und der professionellen Begleitpersonen erstellt. Jeweils eigens erstellte Fragen erscheinen sinnvoll, da jede Zielgruppe einen individuellen Zugang zur Thematik mitbringt und dadurch über spezifisches Wissen verfügt, das für den Forschungsgegenstand von Bedeutung ist. Wie bereits in Abschnitt 3 erwähnt, dient der Leitfaden nur als Gerüst des Interviews und bietet jederzeit die Möglichkeit nachzufragen. Diese Möglichkeit ist besonders bei tabuisierten Themen hilfreich und sinnvoll (vgl. Helfferich 2009: 168). Da sich die Forschungsfrage mit der Thematik Sexualität und sexuelle Aufklärung befasst, wird diesbezüglich davon ausgegangen. Die Interviewleitfäden sind im Anhang aufgeführt.

Alle Interviews wurden als Einzelinterviews geführt. „Der große Vorteil des Einzelinterviews besteht darin, dass der Interviewte seine Äußerungen direkt kommentieren kann und jeweils die Möglichkeit der Nachfrage besteht“ (Niebert/Gropengießer 2014: 124).

Die Interviews mit den männlichen jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung und den professionellen Begleitpersonen wurden face-to-face in der Einrichtung, die beiden Mütterinterviews aufgrund des „social distancing“ während der COVID-19-Pandemie telefonisch geführt. Alle Interviews wurden im aktuellen Forschungsvorhaben für die anschließende Transkription und Auswertung aufgezeichnet. Insgesamt wurden 6 Interviews geführt. Die Gesprächslängen variierten zwischen 01:54:26 Stunde und 35:41 Minuten, im Durchschnitt ergab sich eine Interviewlänge von 59:39 Minuten. Die befragten Mütter erzählten bei den Interviews am längsten. Vor der Durchführung der Interviews wurde den Befragten eine Einverständniserklärung zur Teilnahme an den Interviews sowie eine Datenschutzerklärung vorgelegt.

Zu Beginn der Befragung wurden sogenannte ‚Icebreaker‘ Fragen gestellt, um die Situation aufzulockern, eine gewisse Vertrauensbasis und eine angenehme Atmosphäre zu schaffen.

Die Gliederung des Leitfadens ist thematisch. Sogenannte Einstiegsfragen führen an die Thematik heran, die für das Forschungsvorhaben von Interesse sind. Die Fragen im Leitfaden wurden so angeordnet, dass die Themenbereiche aneinander anknüpfen und somit einen Sinnzusammenhang ergeben. Die Fragen wurden für jede der einzelnen Zielgruppen individuell abgestimmt und formuliert. Leider muss an dieser Stelle auf konkrete Ausführungen und Beispiele wegen des begrenzten Rahmens der vorliegenden Arbeit verzichtet werden. Es wird auf die entsprechenden Interviewleitfäden im Anhang dieser Arbeit verwiesen.

Während des Interviews verhielt sich die Interviewende flexibel und nicht strikt an den Leitfaden, um so den Gesprächsfluss nicht zu unterbrechen. Die Formulierung der Fragen erfolgte möglichst offen, um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden und ein möglichst freies Erzählen anzuregen.

3.4 Forschungsethik

Die Auseinandersetzung und Einhaltung grundlegender Aspekte und Fragen einer ethisch-verantwortungsvollen Forschung ist ein wichtiges Qualitätsmerkmal jedes Forschungsvorhabens. Da in der vorliegenden Arbeit junge männliche Erwachsene mit geistiger Behinderung als Experten in eigener Sache befragt werden, ist eine ethische Reflexion für das Forschungsvorhaben zwingend. Ethische Sensibilität ist unerlässlich, weil Menschen mit geistiger Behinderung „in besonderem Maße vulnerabel sind, d. h. Menschen, die aufgrund eines prekären sozialen Status, eingeschränkter kognitiver Möglichkeiten und eines erhöhten Maßes an Angewiesenheit auf Unterstützungssysteme in der Ausübung ihres Anspruchs auf Selbstbestimmung eingeschränkt sind“ (Dederich 2017: 4). Qualitative Forschung setzt forschungsethische Überlegungen voraus, weil hier eine Beziehung zwischen Befragten und Fragenden entsteht, die respektvoll, vertrauensvoll und wertschätzend gestaltet sein sollte. Folglich lässt sich festhalten, dass der Forschungsethik die informierte Einwilligung (informed consent) der Befragten, die Achtung der Menschenrechte sowie der Menschenwürde, die Anonymisierung und Einhaltung des Datenschutzes sowie die Überprüfung der Vulnerabilität und der Schutz der Teilnehmenden vor Schädigung zugrunde liegt (vgl. Dederich 2017: 5ff.; Miethe 2013: 929ff.; Buchner 2008: 516ff; Schnell/Heinritz 2006: 22ff.). Auf alle genannten Punkte und Aspekte wurde bei der Durchführung dieses Forschungsvorhabens geachtet.

Die informierte Einwilligung ist ein zentraler Punkt bei qualitativen Interviews und bedeutet, dass eine Aufklärung der Beforschten über das Ziel und die Hintergründe der Forschung, über die Länge, Ablauf und möglichen Belastungen der Teilnahme und über das Vorgehen mit Daten und Ergebnisse stattfindet. Besonders hervorzuheben ist hier die Freiwilligkeit und die Möglichkeit das Interview jederzeit zu beenden, um sich vor Schäden oder Nachteile schützen zu können. Bei Menschen mit geistiger Behinderung muss darauf geachtet werden, dass die Inhalte beim Prozess der informierten Einwilligung verstanden werden (vgl. Dederich 2017: 6; Miethe 2013: 929).

Aus diesem Grund wurde vor den Interviews ein Aufklärungsgespräch über oben angesprochene Punkte mit den beiden jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in „leichter Sprache“ geführt. Beide sind in der Lage, selbst eine Entscheidung zu treffen und verfügen über die sprachliche Kompetenz, Fragen zu beantworten. Grundsätzlich muss bei Interviews mit Menschen mit geistiger Behinderung bedacht werden, dass Fragen miss- oder fremdverstanden werden können, denn es kann nicht vorausgesetzt werden, „daß [sic!] der andere in der gleichen Welt lebt wie ich und daß [sic!] wir die Welt im wesentlichen [sic!] gleich erfahren, daß [sic!] sich unsere Bedeutungen decken oder daß [sic!] wir uns zumindest «problemlos» darüber verständigen können“ (Hitzler 1993: 231).

Eine gesicherte Anonymisierung der Daten gewährleistet eine weitere Verhinderung vor Schädigung und Nachteilen für alle Teilnehmenden. Geltende Datenschutzbestimmungen sind einzuhalten, d.h. die erhobenen Daten sind sicher aufzubewahren und ausschließlich für das wissenschaftliche Forschungsvorhaben zu verwerten (vgl. Helfferich 2009: 191f.).

Alle geführten Interviews der aktuellen Forschung wurden aufgezeichnet, nachfolgend transkribiert und ausgewertet. Namen und Wohnorte der Beteiligten und ebenso der genaue Standort der Behinderteneinrichtung, in der die professionellen Begleitpersonen tätig sind, werden nicht genannt und begrenzen sich lediglich auf das Land Bayern. Die Transkription ist in anonymisierter Form dargestellt. Alle aufgezeichneten Daten werden nach dem Forschungsprozess gelöscht.

Insgesamt ist das Thema der aktuellen Forschung eine Herausforderung, deren Umgang Feingefühl und Sensibilität voraussetzt. Über Sexualität und sexuelle Aufklärung zu sprechen ist ein persönliches, intimes Thema und basiert insbesondere auf der Freiwilligkeit zum Gespräch der Teilnehmenden und der Wertschätzung der zu Befragenden seitens der Autorin. Zudem wurde bei der Durchführung darauf geachtet, genügend zeitliche Ressourcen bereitzustellen.

3.5 Auswertungsverfahren – qualitative Inhaltsanalyse

Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse ist eine systematische, methodisch kontrollierte Analyse, „indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Kategoriensystem bearbeitet“ (Mayring 2002: 114). Anwendbar sind verschiedene Techniken. Hinsichtlich der aktuellen Forschung eignet sich eine „inhaltliche Strukturierung“ (Mayring 2010: 98ff.) des Datenmaterials, welches die Möglichkeit bietet, anhand eines Kategoriensystems (siehe Anhang 1) die Materie zu klassifizieren. Textinhalte werden zusammengefasst und den Kategorien zugeordnet. Einzelne Dimensionen sind so strukturiert, dass sie auf der Fragestellung basieren, theoretisch begründbar sind und zu den formulierten Aussagen passen. Damit Textpassagen entsprechenden Kategorien zugeordnet werden können, werden Kategorien ggf. Unterkategorien klar definiert und mit Ankerbeispielen hinterlegt. Bei Abgrenzungsproblemen zwischen den einzelnen Kategorien greifen zusätzliche Kodierregeln, um eindeutige Zuweisungen zu ermöglichen (vgl. Mayring 2002: 98ff.). Der Kodierleitfaden ist in Anhang 11 dargestellt.

Deduktiv gebildete Kategorien werden in einem Materialdurchlauf überdacht und durch induktive Kategorien erweitert, um den erhobenen Daten der Befragten gerecht zu werden. Im letzten Schritt werden die zugeordneten Textstellen paraphrasiert und generalisiert.

Voraussetzung für die Auswertung der in den Interviews gewonnen Daten ist die Transkription. Die schriftliche Fixierung der Interviews erfolgte in der vorliegenden Arbeit durch die wörtliche Transkription, d.h. die verbal erfassten Daten werden komplett erfasst und dienen als Grundlage für eine umfassende Interpretation (vgl. Mayring 2002: 89). Alle Transkripte der Interviews können im Anhang nachgelesen werden.

Im Anschluss des Auswertungsverfahrens der erhobenen Daten folgt eine Darstellung der Ergebnisse, um diese anschließend zu analysieren und zu interpretieren.

4 Darstellung der Forschungsergebnisse

Die Ergebnisse der leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews werden im Anschluss anhand der fünf gebildeten Kategorien sowie deren Unterkategorien deskriptiv dargestellt. Sich wiederholende, übereinstimmende Nennungen werden zusammenfassend formuliert. Die aufgeführten Zitate aus den Interviews werden durch Klammern mit entsprechender Nummer der Expertinnen- und Experteninterviews und Zeilenangaben gekennzeichnet.

4.1 Sexualität

Hier werden die Ergebnisse der ersten Kategorie ‚Sexualität‘ anhand der Unterkategorien ‚Verständnis und Einstellung‘ beschrieben, um den weitgefassten Terminus Sexualität auf diese Arbeit bezogen zu erfassen.

4.1.1 Verständnis von Sexualität

Ein befragter junger Erwachsener mit geistiger Behinderung versteht unter Sexualität, einerseits Freizeit mit seiner Freundin zu verbringen (vgl. B/4-6) und *„einfach was machen, was romantisch ist.“* (B/6) andererseits gehöre Körpernähe, wie Küssen auch dazu (vgl. B/8). Weiter beschreibt er, *„wenn ich länger mit meiner Freundin zusammen bin, ja, dann habe ich den Wunsch schon, mit ihr zu schlafen.“* (B/54-55).

Der zweite beschreibt Sexualität und Liebe mit folgenden Worten *„Liebe ist, wenn man jemanden lieb hat, wie ich die Mama mag. Mit der Mama kann man keinen Sex haben. Wenn ich eine Freundin hätte, hätte ich die auch lieb, wie die Mama, aber hätte auch Sex. Müsste sie aber fragen, aber von mir aus doch.“* (A/8-10).

Beide Mütter erklären, Sexualität gehöre für sie zum menschlichen Dasein, zum Leben, zum Alltag (vgl. C/363-367; D 37-38; D/40) und jeder Mensch wolle seine Sexualität individuell ausleben (vgl. C/233; D/37). Beide verbinden Sexualität mit Partnerschaft und Liebe und nicht nur als Reduktion auf das rein Körperliche (vgl. D/136-140; D/292; D/345-346), weil *„ganz viel Zwischenmenschliches dabei passiert.“* (C/364).

Eine Mutter betont *„das war für mich ein schönes Zeichen zu sehen, dass unsere Tochter dem ‚Frau werden‘ positiv entgegensieht.“* (D/32-33).

Menschen mit geistiger Behinderung stehen Sexualität *„eher bejahend und positiv gegenüber“* (E/32-33) meint eine professionelle Fachkraft, während die zweite Fachkraft ein positives bzw. negatives Verständnis von Sexualität stark davon abhängig macht, wie Menschen mit geistiger Behinderung sozialisiert werden (vgl. F/48-50) und erklärt: *„Ich denke, es macht einen Unterschied, ob du in einer Familie wohnst, wo das ein Thema ist, über das man positiv reden kann oder, ob man z.B. in einer Wohngruppe ist, in der es ganz viele Regeln gibt und in der es Geschlechtertrennung gibt. Das alles macht einen Unterschied. Entscheidend ist der Umgang der Hauptbezugspersonen mit dem Thema Sexualität.“* (F/53-56).

4.1.2 Einstellung zur Sexualität

Auf die Frage, wie es sei, ihr Kind als sexuelles Wesen wahrzunehmen, beschreibt eine Mutter: *„Ja, grundsätzlich finde ich das nicht schlimm. Ich finde es halt immer schwierig, wenn mein Kind sexuelles Verhalten in der Öffentlichkeit zeigt, also damit kann ich schwer, also da habe ich mich halt auch geschämt, wenn mein Kind die Regeln nicht einhält“* (C/93-95) und gibt weiter an *„also die Gesellschaft ist ganz woanders bei dem Thema Sexualität und geistige Behinderung und deshalb bin ich auch ein wenig unter Druck geraten, dass mein Kind funktionieren muss. Ich von mir aus hätte mir da nicht soviel gedacht, aber das kam schon von außen und dann war ich halt sensibilisiert.“* (C/119-122). Sie erzählt weiter, dass ihr Kind häufig noch mit dreizehn Jahren beim Schwimmen am See keine Badehose getragen hätte, weil das Bewusstsein für gesellschaftliche Normen nicht vorhanden gewesen sei und als es kleiner war, das durfte und gewohnt war (vgl. C/33-36). Die Mutter berichtet weiter, ihr Kind *„wurde dann so lang geärgert von anderen Kindern und ist halt nackig über die Wiese und ein Grundstück gelaufen.“* (C/38-39).

Eine professionelle Begleitperson spricht davon, welche große Belastung es für die Eltern sei, wenn ihr Kind *„sich anders als die Norm oder als die Gesellschaft sich das erwartet.“* (F/337-338) in der Öffentlichkeit verhält. Viele Eltern seien verunsichert über das sexuelle Verhalten und würden die Sorge in sich tragen *„oh Gott, das ist jetzt nicht mehr normal‘, da müssen wir uns medizinischen Rat holen oder da gibt es ja auch Nachbarn oder Freunde, die dann sagen, dass wäre nicht mehr normal, was das Kind da macht, wenn es, z.B. in der Öffentlichkeit masturbiert.“* (F/347-350). Auch bestünden Ängste wegen den zu tragenden Konsequenzen bei den Eltern, bemerkt eine Fachkraft weiter und erzählt: *„Eltern haben halt Angst. Es gab auch schon Fälle, wo Siebzehnjährige eine Anzeige bekommen haben, weil am Spielplatz die Hose runtergelassen wurde. Das macht halt einen Unterschied, wenn ein dreijähriger Junge sich an eine Hecke stellt und pinkelt und dann kommt ein Siebzehnjähriger und stellt sich auch an die Hecke und pinkelt hin. Das macht man halt als Siebzehnjähriger nicht mehr am Spielplatz. Bei einem Dreijährigen sagt da kein Mensch was, wenn er da hinpinkelt. Bei dem Siebzehnjährigen sagen halt alle, das geht nicht. Und dann kriegt man ein Problem.“* (F/356-362).

Die generelle Einstellung der Gesellschaft zu Menschen mit geistiger Behinderung und zu deren Sexualität beschreibt eine Mutter mit den Worten:

„Grundsätzlich, würde ich mal sagen, wird ein Mensch mit geistiger Behinderung gesellschaftlich eher belächelt, aber dass ein Mensch mit geistiger Behinderung auch eine Sexualität hat, dass dieser Mensch auch Gefühle und Empfindungen hat, das wird dann immer auf das rein Sexuelle, auf das Triebgesteuerte reduziert, aber dass ein Mensch mit geistiger Behinderung auch vielleicht eine Liebesbeziehung will, ganz einfach eine Freundin oder Freund sucht, oder was in dem Menschen diesbezüglich vor sich geht, das wird denen gar nicht zugestanden. Das Gefühl habe ich.“ (C/419-425).

Ebenfalls weist die zweite Mutter darauf hin, dass die Gesellschaft generell nicht mit Behinderungen umgehen kann und Vorurteile und Diskriminierung bestehen (vgl. D/350-352) und die Thematik Sexualität und geistige Behinderung immer noch ein Tabuthema für die Gesellschaft darstellt (vgl. D/356-358; D/366-368).

„Auch öffentlich darzustellen, wie sich Menschen mit geistiger Behinderung küssen, zärtlich berühren usw. Das sich auch Menschen mit geistiger Behinderung liebevoll begegnen können auch als Paar. Das würde auch zeigen, dass ein Intimleben ganz normal möglich ist. Das ist ja immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft, das muss man in die Öffentlichkeit bringen, damit das als Selbstverständlichkeit gesehen wird und zu einem Umdenken kommt. Das gehört halt einfach zum Leben dazu.“ (D/371-376).

Auf die Problematik, dass die Gesellschaft nicht wisse, wie sie Menschen mit geistiger Behinderung begegnen soll, verweisen beide professionelle Begleitpersonen (vgl. F/365-366; F/529-532), besonders wenn es um die Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung geht. *„Das Thema Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung wird oft vergessen von der Gesellschaft, wird einfach tabuisiert.“ (E/27-28).*

Eine professionelle Begleitperson berichtet von Erfahrungen im Bekanntenkreis, wenn es heißt *‘Die dürfen Kinder kriegen, die haben Sex?’ Also, meiner Meinung nach, ist das nicht angekommen in der Gesellschaft, dass Menschen mit geistiger Behinderung genauso das Recht auf alleine leben, Sexualität, Partnerschaft, Ehe haben wie alle anderen auch.“ (E/21-24).*

4.2 Lerneffekte

In diesem Abschnitt wird dargestellt, welche Relevanz sexuelle Aufklärung einnimmt, welche Bildungsinhalte sexueller Aufklärung für die einzelnen Zielgruppen bedeutend sind und inwieweit Lerninhalte verstanden und umgesetzt werden können.

4.2.1 Relevanz

Eine professionelle Begleitperson und eine Mutter weisen in Bezug auf die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung auf die Diskrepanz der körperlichen und kognitiven Entwicklung hin (vgl. F/355-356). *„Das kognitive Verhalten kann halt, obwohl schon fünfundzwanzig Jahre alt, eines drei- oder vierjährigen Kindes entsprechen und trotzdem ist die körperliche Entwicklung und eben dann auch das sexuelle Verhalten wie bei einem Erwachsenen. Das ist eine entscheidende Diskrepanz.“* (F/31-34). Diese Diskrepanz ist ein wichtiges Thema und relevant bei sexueller Aufklärung, beschreibt eine Mutter und drückt es so aus: *„Der Körper ist meist viel weiter wie der Kopf. Das muss man sich halt immer wieder bewusst machen, das gehört für mich auch zum Thema sexuelle Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung.“* (C/409-411).

Alle Befragten befürworteten sexuelle Aufklärung und sind sich über die große Relevanz von sexueller Aufklärung bewusst (vgl. A/13; B/13-14; C/222; D/51; E/7-8; F/91).

Eine professionelle Begleitperson stellt dazu fest: *„Und ich sag jetzt mal, die Menschen mit geistiger Behinderung haben ein sexuelles Bedürfnis, egal, ob wir sie aufklären oder nicht. Aber mit sexueller Aufklärung ist es halt auf jeden Fall besser.“* (E/150-152).

Die Mütter, sowie die professionellen Begleitpersonen, heben mehrmals hervor, dass Sexuaufklärung kontinuierlich, wiederholend und lebensbegleitend in den Alltag integriert sein müsse (vgl. C/224; D/158-159; D/163-165; E/107-111; E/139-141; F/99; F/101; F/305-306; F/433), denn *„es ist ja auch ein kontinuierlicher geistig, seelischer und körperlicher Entwicklungsprozess.“* (D/165-166). Eine Mutter erklärt, dass Aufklärung *„einfach gelebt, einfach als Lebensbegleitung ermöglicht“* (D/59) werden sollte und bemerkt: *„Es ist eine Interaktion, bei der ich meinem Kind entweder Informationen anbiete und gleichzeitig warte ich, bis mein Kind auf mich zukommt.“* (D/73-74).

Regelmäßige Wiederholungen seien besonders wichtig für Verständnis und Umsetzung bei der Thematik rund um sexuelle Aufklärung (vgl. C/236-237; C/380-381; C/414-415; C/429; D/158-159; E/105; E 107-108; E/139; F/98; F/101; F/230; F/234), weil Menschen mit geistiger Behinderung durch ihre Behinderung *„viele Informationen wieder vergessen“* (F/98).

Eine professionelle Begleitperson gibt an: *„Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es viele Teilnehmende gibt, die sich immer wieder für die Sexuaufklärungskurse anmelden und auch*

immer wieder unterschiedliche Fragen haben und letztlich in dem Prozess auch sagen, dass es für sie sehr wichtig sei.“ (F/102-105).

Weiter macht die Fachkraft darauf aufmerksam, dass sich generell weniger Möglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung bieten würden, sich Informationen selbständig zu besorgen, da sie weniger Zugänge, z.B. zu Medien bzw. Internet hätten und häufig nicht lesen könnten. Auch der Kontakt zu Peergroups als Informations- und Austauschquelle fehle häufig (vgl. F/91-97).

Die fehlende Möglichkeit für Menschen mit geistiger Behinderung, Freunde im privaten Umfeld zu finden, um sich z.B. über sexuelle Themen auszutauschen, bestätigt eine Mutter. Menschen mit geistiger Behinderung *„sind meist schon als Kind, Jugendlicher und Erwachsener vollkommen isoliert.“* (D/256-257) und sie weist darauf hin, wie wichtig es aus diesem Grunde sei, in den Behinderteneinrichtungen über Sexualität zu sprechen (vgl. D/259-262).

Einer der jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung gibt an, weder mit seinen Eltern noch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wohngruppe über Sexualität zu sprechen und wisse auch nicht, ob seine Eltern versucht hätten, diesbezüglich mit ihm zu reden. Er betont, dass die angebotenen Aufklärungskurse in der Einrichtung wichtig für ihn waren, weil hier mit ihm über Sexualität gesprochen wurde und er an diesen wiederholend teilnehmen könne (vgl. A/33-37). Auch der zweite berichtet: *„Mit meinen Eltern konnte ich nicht reden, die mussten viel arbeiten gehen, also keine Zeit.“* (B/18-19) und erzählt weiter, dass auch er bereits mehrere angebotene Aufklärungskurse besucht hätte, um dazuzulernen (vgl. B/12-13) und nun bei Fragen *„zu denen, die den Aufklärungskurs gemacht haben.“* ginge (B/39-40).

Als ihr Kind älter wurde, so berichtet eine Mutter, wollte es Aufklärungsthemen nicht mehr mit ihr und der Familie besprechen (vgl. C/206-207). Die andere Mutter betont, es sei ein Vertrauensakt, dass ihr Kind auf sie zukäme und sie als Ansprechpartner wahrnehme (vgl. D/86-87). Eine Fachkraft berichtet, dass eben auch Menschen mit geistiger Behinderung oftmals lieber mit sexualpädagogischem Personal von außen als mit ihren Eltern oder den Fachkräften in ihren Wohngruppen über Sexualität sprechen wollen (vgl. E/98-99). *„Das ist ja so, mit Mami und Papi mag man auch nicht immer darüber sprechen.“* (E/100-101).

4.2.2 Verständnis

Beide junge Erwachsenen mit geistiger Behinderung geben an, bereits in der Schule am Sexualaufklärungsunterricht, sowie an angebotenen Sexualaufklärungskursen in ihrer Einrichtung,

teilgenommen zu haben. Beide verweisen darauf, dass in den angebotenen Sexualaufklärungskursen ihrer Einrichtung mehr Informationen vermittelt werden, die Themen genauer besprochen werden, man nachfragen könne, dadurch die Themen besser verstanden werden und man die Kurse öfter besuchen könne (vgl. A/20-26; B/16-17).

Auf die Frage, welche Inhalte behalten wurden, erklärt ein junger Erwachsener: „*Einfach alles, weil es einfach neu ist, das mit Sex, so darüber zu sprechen und was ich davon kannte.*“ (B/16-17) und gelernt hätte er, „*Wie man Gleitgel verwendet und ich habe meinen Körper besser kennengelernt. Ich weiß, wie was heißt und wo was ist und warum es so sein muss.*“ (B/23-24). Der andere meint: „*Ich weiß jetzt, dass Sex ja was völlig Normales ist.*“ (A/27) und „*ganz normal mein Körper, wo was ist*“ (A/28). Weiter einfallen würde ihm noch: „*Irgendwas war da. Dass Menschen irgendwann dann anders werden, dass, wenn Menschen in der Pubertät ist [sic!], dass da Sachen auftreten können. Das habe ich echt nicht gewusst und dass es normal ist. Und ich weiß jetzt, wo was ist, auch bei den Mädchen. Eier haben nur Frauen und Samen nur Männer, also Eierstöcke und Samenleiter.*“ (A/15-18).

Konkrete Wissensfragen, wie z.B. ‚Welche Verhütungsmittel kennst du? Wie und warum benutzt man Verhütungsmittel?‘ wurden kurz beantwortet: „*Kondome, haben wir geübt im Kurs. Damit keine Babys entstehen.*“ (A/51) und „*Kondome. Ich glaube schon, dass ich sie hernehmen kann.*“ (B/44). Auf Nachfrage der Interviewerin, ob es noch weitere Verhütungsmittel gäbe, kam fragend die Antwort: „*Eine Tablette für die Frau?*“ (B/46).

Bei Beantwortung der Frage: ‚Ab welchem Alter man Sex haben dürfe?‘ wird von einem der jungen Erwachsenen geraten: „*Zwanzig, siebzehn?*“ (A/54).

Der zweite beantwortet die Frage so: „*So ca. ab 14 Jahren, natürlich nicht in der Schule oder so.*“ (B/49).

Beide Kinder der befragten Mütter hatten bereits in der Schule Sexualaufklärung, sowie an einem Sexualaufklärungskurs durch sexualpädagogisches Fachpersonal in der Heilpädagogischen Tagesstätte, die sie besuchen, teilgenommen (vgl. C/189-191; D/99-102).

Bei der Frage, ob der Inhalt der Sexualaufklärung verstanden und erinnert wird, meint eine Mutter: „*Manchmal ja, manchmal nein.*“ (C/373) und berichtet weiter, sie hätte schon den Eindruck, dass ihr Kind überlege, wie sexuelle Handlungen auf andere wirken würden (vgl. C/373-374). Lernerfolge sähe sie darin, dass ihr Kind eine bessere Körperwahrnehmung hätte. Das zeige sich darin, dass z.B. Selbstbefriedigung ausschließlich ohne Zuschauer im eigenen Zimmer und auch kein Nacktsein mehr in der Öffentlichkeit stattfinde (vgl. C/375-377). Überdies findet sie, baue er Verstandenes in den Alltag ein (vgl. C/382-383).

Die zweite Mutter meint, dass ihr Kind noch nicht alles verstehe und erklärt: *„Sexuelle Aufklärung muss halt kontinuierlich an die Entwicklung angepasst werden.“* (D/158-159).

Beide Fachkräfte betonen, dass sexuelle Aufklärung individuell an Menschen mit geistiger Behinderung und deren Bedürfnisse angeglichen werden muss (vgl. E/8-9; E/84-86; F/265-267), dazu werde auch die Kommunikation durch Verwendung von leichter Sprache angepasst (vgl. E/88-89; F/80). Wichtig, zum Verständnis sei auch sehr viel Anschauungsmaterial, wie z.B. Bildkarten, ein Gummipenis usw. (vgl. F/218-219; F/222-223).

Eine einfache Sprache zu benutzen, damit ihr Kind sexuelle Aufklärung verstehe und Missverständnisse ausgeschlossen würden, empfindet ebenfalls eine Mutter als wichtig, weil dadurch eine Überforderung durch das Thema verhindert würde (vgl. C/159-161).

Einig sind sich die professionellen Begleitpersonen darüber, dass sie oftmals nicht wissen, welche Inhalte von sexueller Aufklärung verstanden werden und dies auch von der Schwere der geistigen Behinderung abhängt. Hier komme es auf den Einzelnen an, wie Inhalte umgesetzt und verstanden werden können. Beide stimmen auch hier wieder überein, dass eine kontinuierliche Wiederholung bedeutend ist (vgl. E 105-110; F/230-234). Eine Fachkraft erzählt: *„Trotzdem gibt es auch hier Situationen, äh, ich hatte mal eine Kurseinheit über Verhütung, Penis und Selbstbefriedigung und am Ende war ich mir nicht klar, was verstanden wurde, äh, aber es gab so einen Moment, da habe ich an einem Gummipenis gezeigt, wie Selbstbefriedigung funktioniert und da sagte dann ein Teilnehmer mit Down Syndrom: ‘Haha, Spaß’. Da dachte ich mir dann: ‘Ok, er hat es wahrscheinlich verstanden’.“* (F/220-224).

Übereinstimmend berichten die Fachkräfte, dass sich durch sexuelle Aufklärung sexuelle Verhaltensauffälligkeiten in der Öffentlichkeit reduzieren würden (vgl. E/133-136).

„Verhaltensauffälligkeiten, die vorher beschrieben wurden, wie z.B. Onanieren in öffentlichen Räumen oder so, das solche Dinge einfach weg sind. Da zeigt sich der Lerneffekt. Manchmal sind es nur Informationen die Menschen mit geistiger Behinderung einfach nicht wissen, die sie lernen müssen. Man vermittelt ihnen, Selbstbefriedigung ist völlig in Ordnung, aber halt im eigenen Zimmer, wenn man alleine ist und nicht, wenn man am Tisch sitzt oder im Auto sitzt oder in der Werkstätte beim Arbeiten usw. Da kommt dann als Reaktion von ihnen: ‘Ach so’. Und manchmal ist es halt genau eine Information, die Menschen mit geistiger Behinderung fehlt.“ (F/256-263).

4.2.3 Prioritätensetzung

„Bei meinem Kind ist das Thema Verhütung sehr wichtig, sehr wichtig.“ (C/264) äußert eine Mutter und weist darauf hin, dass ihr Kind eine Beziehung führe und es für deshalb von Bedeutung sei, sich über Verhütung Gedanken zu machen (vgl. C/267). Lachend bemerkt sie „Und dann wollte mein Kind wissen, ob man vom Küssen schwanger werden kann.“ (C/182-183).

Unerlässlich bei sexueller Aufklärung seien aber auch emotionale Dinge, Kompetenzstärkung, Grenzen setzen und Körperwahrnehmung (vgl. C/228-231; C/256). „Kinder sollen in erster Linie gestärkt werden.“ (C/258) bemerkt eine Mutter, „wir müssen sie halt schützen, indem man sie halt stärkt.“ (C/256-257) und verweist hier auf den Schutz vor sexuellen Übergriffen (vgl. C/260) und „natürlich eine Aufklärung, wie Kinder entstehen, ist ganz wichtig.“ (C/234).

Der Wunsch der anderen Mutter sei es, dass auf keinen Fall „nämlich das Körperliche vollkommen vom Psychischen getrennt wird, dass man nur statisch und gefühllos mit Begriffen operiert, man den Körper letztlich vollkommen isoliert betrachtet und das Psychische außer Acht lässt. Das Seelenleben muss die Basis sein.“ (D/128-131), denn für sie sei sexuelle Aufklärung ein weitgedehnter Begriff und beinhalte nicht nur biologische Abläufe (vgl. D/57-58).

Eine der beiden professionellen Begleitpersonen gibt an, dass für manche Eltern Priorität bei Sexualaufklärung das Thema Verhütung sei, aber erfahrungsgemäß nicht bei der Mehrzahl der Eltern (vgl. F/180-182). Die Fachkraft schildert ein Beispiel aus seiner Praxis: „also ich hatte schon eine Mutter, die einfach zu mir kam und meinte, sie würde am liebsten ihre Tochter sterilisieren, weil sie auf gar keinen Fall will, dass ihre Tochter ein Kind bekommt. Das ist natürlich erstmal eine ganz heftige Aussage!“ (F/181-183).

Die zweite Fachkraft bemerkt: „Bei den Müttern der Mädchen ist die Verhütung am wichtigsten.“ (E/92).

Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen „ist Verhütung schon ein Thema“ (F/203), damit die Bewohnerinnen und Bewohner lernen, wie die Anwendung von Verhütungsmitteln funktioniert und auch, dass ein Kondom vor sexuell übertragbaren Erkrankungen schütze (vgl. F/207-209). Für Frauen, die kommunizieren würden, Geschlechtsverkehr haben zu wollen, sei es für Mitarbeitende auch wichtig das „geeignete Verhütungsmittel“ (F/206) zu finden (vgl. F/203-206).

Verhütungsfragen hätten aus professioneller Erfahrung heraus, meint eine Fachkraft, bei Menschen mit geistiger Behinderung selbst nicht die oberste Priorität (vgl. F/193-194). Verhütung sei „für sie ein kleines Thema.“ (F/197). Vielmehr gehe es „um Körperwahrnehmung, sehr viel

um Gefühle.“ (F/195-196), „denn Sexualität hat viel mit Emotionen zu tun, viel mit Lust und mit Spaß zu tun.“ (F/272-273).

Grundsätzlich solle bei der Auswahl der Lerninhalte, erklärt eine Fachkraft, auf die Bedürfnisse der Teilnehmenden eingegangen werden und hier läge bei manchen der Fokus auf Beziehungsgestaltung und Partnerschaft und bei anderen auf Selbstbefriedigung, Körperhygiene und Körperwahrnehmung (vgl. F/265-269). Im Bereich der Körperwahrnehmung würden häufig *„Fragen wie ‘Bin ich schön genug?’ oder ‘Bin ich attraktiv genug?’“* (F/121-122) von den Teilnehmenden gestellt, bemerkt eine professionelle Begleitperson.

Weiteres wichtiges Thema bei Sexualaufklärung, erklärt eine Fachkraft, wäre die Vorbereitung auf die Pubertät (vgl. E/13). Gleichermäßen wichtig sei es aber auch, dass Menschen mit geistiger Behinderung lernen, über Sexualität offen zu reden (vgl. E/15-16), zu erkennen, was gefällt und nicht gefällt und dementsprechend eigenständig Grenzen zu setzen als Prävention vor sexuellen Übergriffen (vgl. E/126-130).

Ein junger Erwachsener mit geistiger Behinderung antwortet auf die Frage, welche Themen für ihn wichtig bei sexueller Aufklärung sind: *„Wie man lernt, wie man mit seiner Freundin flirtet, mit ihr umgeht, was man mit ihr macht, wie man sie richtig streichelt. Und wie es funktioniert, mit meiner Freundin Sex zu haben.“* (B/88-89). Ähnlich der zweite: *„Wie ich eine Freundin finde, wo ich die kennenlerne. Und Flirten will ich lernen.“* (A/88).

4.3 Lebensqualität

Eine professionelle Begleitperson betont: *„Und natürlich hat sexuelle Aufklärung eine unglaublich große Bedeutung für Menschen mit geistiger Behinderung auch für ihre Lebensqualität, Gesundheit und sexuelle Selbstbestimmung“* (F/278-280). Sexualität stehe im Zusammenhang mit Lebensqualität (vgl. E/131), erklärt die zweite Fachkraft und meint: *„Durch sexuelle Aufklärung steigt die Lebensqualität auf jeden Fall.“* (E/132).

Nachfolgend werden die Ergebnisse anhand drei gebildeter Unterkategorien aufgezeigt, wie sich sexuelle Aufklärung auf die Lebensqualität auswirkt.

4.3.1 Bio-psycho-soziale Gesundheit

Einer der beiden jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung erklärt, er habe durch sexuelle Aufklärung mehr Informationen erhalten, seine Fragen wurden beantwortet (vgl. A/27-28) und ihm sei bewusst: *„, dass ich es schön finde, wenn mich jemand streichelt. Ich mag streicheln und kuscheln und dann geht's mir auch viel besser.“* (A/28-29). Auch im weiteren Verlauf des Interviews verwendet er nochmal den Ausdruck ‚besser gehen‘, indem er darauf verweist: *„Es ist mir dann besser gegangen, als jemand mit uns darüber gesprochen hat, die vom Aufklärungskurs, weil ich habe schon gewusst, dass es das Thema gibt.“* (A/34-36).

Eine *„gesunde Körperwahrnehmung ist schon wichtig“* (D/84-85) für das Wohlbefinden ihres Kindes, findet eine Mutter und stellt fest: *„Es ist auch wichtig, sich überhaupt zu betrachten, wie man selber aussieht“* (D/67) und es sei notwendig, mit seinem Kind über die Veränderungen des Körpers zu sprechen und man müsse immer wieder vermitteln und bestätigen, dass *„alles gut entwickelt sei und alles schön aussieht“* (D/82-83).

Dadurch, dass in den Sexualaufklärungskursen von den Teilnehmenden erlernt würde, über Sexualität zu reden, denkt eine professionelle Begleitperson: *„sie fühlen sich grundsätzlich besser und sollen sich auch gut fühlen in ihrem Körper“* (E/124-125). Auch Verhaltensveränderungen würden sich positiv auf das Wohlbefinden auswirken. *„Bei den Jungs und Männern war es ja auch so, dass sie manchmal aggressiv waren, bis man festgestellt hat, sie haben zwar onaniert und rumgespielt, aber nie bis zum Schluss, sie haben nie ejakuliert. Und als sie das durch sexuelle Aufklärung gelernt haben, wie das funktioniert und was sie machen müssen, dann ist der Druck weggefallen, wie es so schön heißt, dann ist auch oft die Aggressivität gesunken.“* (E/133-137).

Weiter erklärt die Fachkraft, existiere auch das Recht auf sexuelle Gesundheit (vgl. E/150) und diese benötige zur Umsetzung sexuelle Aufklärung, denn *„Zu wissen, dass man auf sexuelle Gesundheit auch achten muss, mit Kondomen gegen sexuell übertragbare Krankheiten.“* (E/153-154), sei wichtig.

Ebenfalls ein Thema bei Menschen mit Behinderung jeden Alters sei Pornografie, stellen beide Fachkräfte fest (vgl. F/116-117; F/128-132; F/196-197; E/80-81). Ebenso eine Mutter erwähnt die Thematik Pornografie (vgl. C/203; C/229). *„Weil sie Pornofilme sehen, konsumieren und ganz viele Fragen dazu haben, weil sie es nicht verstehen. Auch diese Diskrepanz, was sehe ich*

im Fernsehen und wie läuft es in der Realität ab, hier bestehen auch häufig Verunsicherungen bei beiden Geschlechtern“ (F/117-120). Dazu bemerkt die zweite Fachkraft: „Menschen mit geistiger Behinderung können häufig nicht unterscheiden zwischen Film und Realität. Da setzt sexuelle Aufklärung auch an und ist wichtig.“ (E/276-278).

4.3.2 Selbstbestimmung

Beide professionell Tätige stimmen überein, dass sexuelle Aufklärung zur Kompetenzstärkung beiträgt. *„Man hat ja auch das Recht auf sexuelle Aufklärung zur Kompetenzstärkung und die ist eben wichtig für die Lebenspraxis.“ (E/155-156) und sexuelle Aufklärung bedeute „für Menschen mit geistiger Behinderung eine enorme Kompetenzstärkung, wenn man seine eigenen Gefühle erkennen kann, ausdrücken kann und benennen kann.“ (F/280-281). Beide geben außerdem an, dass es wichtig für Menschen mit geistiger Behinderung sei, eigene Grenzen zu kennen, zeigen zu können, was man will oder nicht will und dies auch übermitteln zu können (vgl. E/128-129; D/282-284), „Generell zu lernen, selbstbestimmt `nein` zu sagen.“ (E/127-128).*

Besonders Menschen mit geistiger Behinderung seien *„ganz oft fremdbestimmt“ (F/286), bemerkt einer der Professionellen, deshalb „müssen sie unbedingt lernen, dass sie bei dem Thema um ihre Sexualität selbst mitentscheiden dürfen und nicht immer jemand anders, wie professionelle Begleitpersonen oder auch Eltern.“ (F/287-288). Es sei eben auch gut, wenn Betroffene sich gegen unbegründete, willkürliche oder nicht verstandene Handlungen des sozialen Umfeldes widersetzen würden und durch sexuelle Aufklärung ihre Kompetenzen diesbezüglich gestärkt würden (vgl. F/289-291). Dies zeige sich, so die Fachkraft, wenn z.B. Betroffene einen angemessenen Umgang mit ihrer Privatsphäre seitens der Mitarbeitenden einfordern und selbständig, Mitarbeitende in Wohngruppen darauf ansprechen würden, dass diese doch vor Betreten des Zimmers anklopfen sollen (vgl. F/306-312) oder Fragen aufkommen, „wie z.B.: `Eigentlich darf mein Freund bei mir übernachten, wie machen wir das, wie setzen wir das durch?`“ (F/124-125). „Solche Dinge sind halt super, hat was mit Selbstbestimmung zu tun.“ (F/322-323).*

Weiter beschreibt die Fachkraft: *„denn mehr sexuelles Wissen zu haben, heißt mehr Kompetenzen zu haben und kann eben auch bedeuten, dass Menschen mit geistiger Behinderung mehr Bedürfnisse einfordern oder ansprechen. Es wird ja auch vermittelt, dass jeder Mensch ein Recht auf Sexualität und ein Recht auf sexuelle Aufklärung hat.“ (F/292-295).*

Das sexuelle Aufklärung zur Kompetenzstärkung beiträgt, erläutert eine professionell Tätige mit einem Beispiel: „*Oder wir hatten auch ein siebzehnjähriges Mädchen, die durch den Sexualaufklärungskurs erfahren hat, sie ist siebzehn, also sie dürfte Sex haben. Ich habe dann zu ihr gesagt: 'Ok, rechtlich spricht da nix dagegen, dann musst du halt einfach mal schauen, wie das geht, sprich mit deinen Erziehern'. Das Mädchen ging dann auch zu den Mitarbeitenden und teilte ihnen mit: 'So, ich habe erfahren, ich darf Sex haben'. Das löst natürlich in der Wohngruppe was aus, aber dann muss man halt eine Lösung finden. Aber am Ende ist es halt so, ja und die Mitarbeitenden müssen sich zumindest damit auseinandersetzen.*“ (F/323-329).

Die andere Fachkraft stellt fest, dass aufgrund der durchgeführten Sexualaufklärungskurse in ihrer Einrichtung, mehr Fragen von den Bewohnerinnen und Bewohnern zu sexuellen Themen gestellt würden (vgl. E/113) und bemerkt: „*Das hat auch mit sexueller Selbstbestimmtheit zu tun, Fragen zu stellen und Antworten zu erwarten.*“ (E/116-117). Ergänzend fügt die Fachkraft hinzu, generell sei es so, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der Wissenserweiterung durch sexuelle Aufklärung sicherer werden würden (vgl. E/122-123).

Eine Mutter erklärt: „*Selbstbestimmung gehört ja auch zum Menschsein dazu.*“ (D/118) und ergänzt, es sei die Aufgabe der Eltern, Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. D/118-119) und „*einen Weg zur Selbstbestimmung zu ebnen, damit die Kinder ihren persönlichen Lebensweg gehen können. Und hierzu gehört ja auch sexuell aufgeklärt zu sein.*“ (D/119-121).

Für die zweite Mutter habe Selbstbestimmung mit der Frage zu tun, dass ihr Kind selbst darüber entscheide, wie weit es sexuell aktiv in der Partnerschaft sei und wie die Verhütung gehandhabt würde und sie dabei beratend zur Seite stünde (vgl. C/264-266). Aufgefallen sei ihr, nachdem ihr Kind am Sexualaufklärungskurs teilgenommen habe, „*sagt er öfter nein, wenn ihn was stört.*“ (C/374).

Die jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung geben an, bei ungewollten Berührungen oder ungewollten Handlungen durch eine andere Person zu zeigen, dass sie das nicht wollen, laut ‚Stopp‘ zu schreien oder auch Hilfe zu holen. Sich so zu verhalten, geben beide an, würden ihnen die Betreuerinnen und Betreuer sagen und hätten sie im Sexualaufklärungskurs gelernt (vgl. A/83-85; B/83-85).

Einer stellt fest, er habe durch den Sexualaufklärungskurs auch erfahren, dass er seine Freundin zu sich einladen dürfe (vgl. B/24-25), „*das hat sich bestärkt durch den Kurs.*“ (B/25).

4.3.3 Wünsche – Partnerschaft, Liebe, Sexualität

Angesprochen auf die Wünsche bezüglich Partnerschaft, Liebe und Sexualität äußert ein junger Erwachsener mit geistiger Behinderung: *„Ich wünsche mir eine Freundin, ja schon. Zusammenwohnen.“* (A/75) und fährt fort, wenn er eine Freundin hätte, wünsche er sich, alleine mit ihr in einem Zimmer in der Wohngruppe sein zu können (vgl. A/76-78).

Der zweite erklärt: *„Ich wünsche mir eine Familie. Ja, wünsch ich mir. Mit allem Drum und Dran. Mit Liebe, Kuschneln, Frau und Kinder. Genau. Liebe und Beziehung wollen alle Menschen und vielleicht noch ein bisschen Sex.“* (B/77-79) und auch er wünsche sich, mit seiner Freundin *„irgendwann allein in meinem Zimmer mit ihr zu kuschneln, schmuse, einfach allein und ungestört zu sein.“* (B/72-73).

Die Mutter, deren Kind bereits einer Partnerschaft hat, stellt fest, dass Liebe und Sexualität sehr wichtig seien (vgl. C/315) und die Beziehung ihr Kind positiv verändert hätte. Ihr Kind sei selbstsicherer geworden, sei nicht mehr so impulsiv und aggressiv. Außerdem sei ihr Kind selbständiger geworden, hätte Abstand zu ihnen als Eltern gewonnen (vgl. C/349-351) und ihr Kind sei *„ganz einfach auch beschäftigt, mit WhatsApp und Telefon, was bei Kindern, die sonst keine sozialen Kontakte im außerfamiliären und nicht die Schule betreffenden Umfeld pflegen können, sehr wichtig ist.“* (C/353-355). Auch hätte sich das Selbstwertgefühl ihres Kindes durch das wertschätzende Verhältnis zum anderen Elternpaar gesteigert (vgl. C/352-353). Die Mutter könne sich vorstellen und fände es gut, wenn beide zusammen in eine Wohngruppe ziehen könnten (vgl. C/302).

Ebenso die andere Mutter wünscht sich, dass für ihr Kind eines Tages eine Beziehung möglich sei (vgl. D/198-199), denn *„Beziehungen sind ja das Wichtigste im Leben, was das Leben schön und angenehm macht und nicht nur freundschaftliche, sondern auch partnerschaftliche Beziehungen.“* (D/196-198). Auch sie wünsche sich ein Wohnen in Form einer Wohngemeinschaft (vgl. D/199-200) und erhoffe sich, *„weil alleine Wohnen ja nicht geht“* (D/200), dass es möglich wäre, dass Paare zusammen mit einer Begleitperson zur Beaufsichtigung leben könnten (vgl. D/201-202).

„Eine Ehe kommt ja aus rein rechtlichen Gründen schon gar nicht in Frage, also so ohne Weiteres.“ (D/206-207) erklärt eine Mutter auf die Frage, ob sie sich vorstellen könne, dass ihr Kind heirate. Hier müsse die Geschäftsfähigkeit geprüft werden, gibt sie an, ob eine Ehe wegen der Rechtssituation möglich sei und für eine Eheschließung wäre ein Gutachten einer Klinik

und eine Bestätigung durch einen Richter notwendig (vgl. D/207-212). Die Mutter erklärt, dass sie in der Ehe keine Vorteile sehen würde und bemerkt: *„Also zur Ehe würde ich sagen nein, zu einer Partnerschaft ganz klar ja, das wünsch ich von Herzen, also wenn das der Lebensweg ist.“* (D/214-215). Zum Thema Kinderwunsch, meint die Mutter, müsse man als Eltern herausfinden, wie bedeutend dieser Wunsch für ihr Kind sei und ob sich ihr Kind der Tragweite dieses Wunsches bewusst sei (vgl. D/244-246). *„Aber nur dann, wenn wir wirklich das Gefühl haben, ein Kinderwunsch gehört zum Leben dazu.“* (D/249-2250), bemerkt die Mutter, also *„, wenn mein Mann und ich uns dann wirklich im Klaren darüber wären, das ist Bestimmung, das ist der Weg, also wenn wir wirklich intuitiv das Gefühl hätten.“* (D/245-247) würden sie das ermöglichen (vgl. D/249) und dann *„müsste man halt die Voraussetzungen dafür schaffen.“* (D/247-248).

Die andere Mutter, deren Kind bereits eine Partnerschaft hat, meint: *„man muss sie ja jetzt nicht hinweisen und ihnen sagen `Hey, es ist toll, wenn ihr Kinder kriegt`. Aber, wenn es so wäre, fände ich es toll, wenn sie es kriegen dürften.“* (C/319-320). Sie fügt hinzu, dass dies nur mit genügend Unterstützung von außen möglich sei, denn sie hätte schon bedenken, dass das Paar überfordert damit sei und das Paar es alleine niemals schaffen würde, denn das Paar könne auch so nicht alleine wohnen. Sie meint weiter, dass eine Unterstützung durch das familiäre Umfeld nicht ausreichen würde und auch nicht umsetzbar wäre (vgl. C/320-327) und erklärt: *„Da muss man realistisch sagen: `Nein, ich kann das auch nicht leisten`. Will der Staat das dann aufbringen, die Gesellschaft?“* (C/338-339).

Eine professionelle Begleitperson findet: *„Wichtig ist, ein Bewusstsein zu schaffen, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung den Wunsch und das Bedürfnis nach Partnerschaft, Liebe, Sexualität und Kinder haben, aber es eben gleichzeitig die große Aufgabe ist, dass Angebote dafür geschaffen werden müssen, damit man das auch bedienen kann.“* (F/541-544), denn *„Es ist der Wunsch nach Normalität und der ist gerechtfertigt und verständlich und wird ihnen ja auch tagtäglich vorgelebt.“* (F/554-555). Die Fachkraft wünsche sich Wohngruppen, in denen Paarwohnen möglich wäre (vgl. F/449-450).

Bestätigt wird der Wunsch nach Partnerschaft, Liebe und Sexualität ebenso durch die andere Fachkraft: *„Aber mal ganz ehrlich, natürlich wollen und wünschen sich Menschen mit geistiger Behinderung auch Partnerschaft, Liebe und Sexualität für ihr Lebensglück.“* (E/262-263).

4.4 Herausforderungen

Anschließend wird dargestellt, welche Herausforderungen das Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung an Menschen mit geistiger Behinderung, das familiale Umfeld und die professionellen Begleitpersonen stellt.

4.4.1 Innere Haltung

Mehrfach betonen beide professionelle Begleitpersonen im Verlauf der Gespräche, wie die innere, individuelle Haltung der einzelnen Fachkräfte zur Thematik Sexualität deren Reaktionen und den Umgang mit Regeln und Verboten bzw. mit Bejahung und Zustimmung in den Behinderteneinrichtungen beeinflussen (vgl. E/52-54; E/183-184; E/190-192; E/234-235; F/379-380). Es hänge von der inneren Haltung ab (vgl. E/54), was im Bereich Sexualität erlaubt oder verboten würde, meint eine professionelle Begleitperson, *„wie es der einzelne Mitarbeitende umsetzen kann oder auch will und was für gutgeheißen wird. Für den einen ist es ok, für den anderen nicht und dann wird es aber auch nicht umgesetzt oder schwieriger.“* (E/55-57).

Sexuelle Aufklärung, so sind sich beide Fachkräfte einig, könne nur von Mitarbeitenden umgesetzt werden, die dem Thema Sexualität offen gegenüberstehen (vgl. E/142-143; F/276). *„Denn das macht auch was mit einem selbst. Man muss sich ja auch selber und seine eigene Sexualität hinterfragen und da offen sein.“* (E/143-144) und *„Herausforderung wird sexuelle Aufklärung nur, wenn man selber ein Problem damit hat.“* (E/164).

Eine Mutter sieht die innere Haltung der professionell Tätigen verbunden mit dem Thema Sexu-
a-
aufklärung ebenso als Herausforderung und meint: *„Unabdingbar damit verbunden, mit der eigenen Persönlichkeitsreife, Persönlichkeitsentwicklung der Begleitperson, wie sie selber mit dem Thema Sexualität umgeht. Ob es da von der eigenen Haltung her ein Problem damit gibt oder ob es als ein schönes Thema empfunden wird. Es kommt immer darauf an, wie die eigene Sichtweise ist.“* (D/275-278).

Beide Professionelle berichten, dass generell der Umgang mit Sexualität individuell von der inneren Haltung jedes einzelnen, von den eigenen Normen und Werten abhängt (vgl. E/53-55; F/520) und weiter erklärt eine Fachkraft, es läge daran, ob positive oder negative Erfahrungen bezüglich des Themas Sexualität gesammelt wurden und wie dann je nach dem mit dem Thema umgegangen bzw. wie das Thema umgesetzt wird (vgl. F/524-527). *„Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Einrichtungen, aber auch die Eltern, sind halt verklemmt und manche sind halt offen für das Thema. Manche kriegen ja schon, nur wenn sie das Wort Sex hören, einen*

roten Kopf.“ (F/521-523). Dabei betont eine der beiden professionellen Begleitpersonen, wäre es gerade, was das Thema sexuelle Aufklärung betreffe, natürlich von Vorteil und sehr hilfreich, wenn sich die Eltern dafür interessieren würden (vgl. F/ 245-246) und meint, dass das manchen Eltern sehr gut gelänge (vgl. F/246) und „*Manchen Eltern gelingt es halt nicht, weil ihnen das Thema einfach unangenehm ist.*“ (F/248).

Analog zu den professionellen Begleitpersonen stimmen beide Mütter überein, dass die innere Haltung zu Sexualität der Fachkräfte über den Umgang mit sexuellen Themen, wie z.B. sexueller Aufklärung, entscheidet. Problematisch empfinden beide eine sexnegative Haltung (vgl. C/ 390-396; D/273-277).

Beide Mütter berichten, dass sie mit dem Thema sexuelle Aufklärung offen umgehen und wenn von ihren Kindern gewollt, auch diesbezügliche Angebote, wie z.B. gemeinsam ein Aufklärungsbuch ansehen, bereitgestellt würden. Aufkommende Fragen bezüglich sexueller Themen ihrer Kinder, so berichten beide Mütter, werden beantwortet (vgl. C/171-176; D/68-70).

4.4.2 Ängste, Überbehütung und Unsicherheiten

Beide professionelle Begleitpersonen benennen die Angst der Eltern und professionell Tätigen aufgrund sexueller Aufklärung könnten sogenannte ‚schlafende Hunde geweckt‘ werden (vgl. E/41-42; F/251; F/296-297). Es würde davon ausgegangen, „*weil, wenn die Menschen mit geistiger Behinderung wissen, wie es geht, dann fangen sie alle an, noch viel auffälliger zu werden und noch viel mehr Sex haben zu wollen.*“ (F/252-253). Beide berichten jedoch aus ihrer Erfahrung heraus, dass sich diese Befürchtungen nicht bestätigen und meist nur eine anfängliche Angst seitens des familialen und professionellen Umfeldes sei. Sexuelle Aufklärung zeige vielmehr aufgrund des erweiterten Sexualwissens positive Auswirkungen (vgl. E/41-44; D/254-256). Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten würden weniger, wie z.B. Onanieren an öffentlichen Orten (vgl. F/255-256).

Eine Mutter bestätigt, dass es für sie als Familie eine Herausforderung darstellte, mit sexueller Aufklärung zu beginnen: „*Der erste Schritt, wie mache ich es, welche Reaktionen zeigen sich, sehr herausfordernd.*“ (C/400-401).

Ebenfalls beide professionell Tätige berichten von der „*Angst vor Konsequenzen*“ (E/57-58) die bei vielen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Behinderteneinrichtungen bestünde (vgl. F/175-176; E/210-212). Ängste, wie, „*z.B. falls in meinem Nachtdienst ein Kind gezeugt*

wird, muss ich für das Kind Unterhalt zahlen.“ (E/65). Aus diesen Ängsten würden Unsicherheiten resultieren, die dann zu dazu führen würden, z.B. Sexualverkehr oder das Zusperrn der Zimmertür zu verbieten (F/174; E/193-195). Mitarbeitende würden dann aus Angst handeln, „wenn etwas passiert, wenn die doch Sex haben, wenn die schwanger wird, dann verbiete ich es lieber.“ (E/58-59).

Hier spiele auch die Angst vor Konflikten mit den Eltern eine Rolle, erklärt die Fachkraft weiter, z.B. bei Verhütungsfragen auch im Erwachsenenbereich. Die Fachkraft erläutert ein Beispiel. Eine volljährige Frau mit geistiger Behinderung nimmt die Pille, ohne zuvor die Eltern informiert zu haben (vgl. E/213-220). Das könne natürlich die Frau mit geistiger Behinderung selber entscheiden, schildert die Fachkraft weiter. Viele Mitarbeitende würden tendenziell diese Thematik im Austausch mit den Eltern nicht ansprechen und diese Information verheimlichen. Hier ginge es den Mitarbeitenden lediglich darum, Konflikte zu vermeiden, um die Beziehung zu den Eltern positiv aufrecht zu erhalten (vgl. E/220-222).

Eine wichtige Rolle im Umgang von Fachkräften mit Menschen mit geistiger Behinderung, so meinen beide professionell Tätigen (vgl. E/200; F/383-384) spiele „*das Beschützen wollen*“ (F/383-384), so wollen Mitarbeitende die Bewohnerinnen und Bewohner „*möglichst vor jeglicher potentiellen negativen Erfahrung*“ (F/384) schützen. Beide Fachkräfte beschreiben, dass Mitarbeitende natürlich darauf achten müssten, den Schutz vor sexualisierter Gewalt zu sichern, häufig dabei ‚zu behütend‘ reagieren würden (vgl. F/385-389; F/ 397-400; E/192-193). „*Missbrauchserfahrungen und diese Vorstellung ist für viele Mitarbeitende ganz schlecht auszuhalten, weil man sie ja schützen möchte.*“ (F/404-405).

Dass ihren Kindern sexualisierte Gewalt widerfahren könne, macht beiden Müttern Angst. Beide Mütter geben an, es sei wichtig, dass ihre Kinder durch das soziale Umfeld geschützt und gestärkt würden (vgl. D/173; D 178-183; C/256-257).

Eine Mutter berichtet, dass sie ihr Kind schon mal häufiger an einer öffentlichen Toilette bei den Kondomkästen aufgefunden hätte und erklärt: „*Und dann habe ich dann so Angst gekriegt. Also, dass mein Kind angesprochen wird, weil, ist ja auch so ein Opferkind, halt eine leichte Beute. Und dann habe ich wieder Angst bekommen wegen sexuellen Übergriffen.*“ (C/129-131).

Eine professionelle Begleitperson äußert: „*Eltern sind auch oft so überbehütend.*“ (E/202) und würden ihr Kind mit geistiger Behinderung als ‚ewiges Kind‘ wahrnehmen und aufgrund dessen ihrem Kind keine Sexualität zusprechen oder die Thematik Sexualität verdrängen (vgl. E/202-204). Ebenso die andere Fachkraft äußert sich folgendermaßen: „*Sie werden definitiv*

„mehr behütet, man versucht, die Thematik ‚miteinander Sex zu haben‘ möglichst lange hinauszuzögern.“ (F/400-401).

4.4.3 Fremdbestimmung

„Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben halt ganz viel Fremdbestimmung immer wieder, weil Erwachsene, Eltern, Geschwister, Einrichtungen, professionelle Begleitpersonen usw. für sie entscheiden, was für sie gut ist.“ (F/527-529), erklärt eine Fachkraft.

Auch, wenn die Motivation der Mitarbeitenden beim Aufstellen von Verboten und Regeln aus Gründen des ‚Beschützen wollen‘ vor Negativerfahrungen resultiert (vgl. E/200; F/ 396-398), so stellen beide Fachkraft fest, *„das kann man halt nicht. Das ist halt auch Fremdbestimmung“ (E/200-201)* und nähme Menschen mit geistiger Behinderung auch die Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu sammeln (vgl. F/170-171). Auch wenn Fremdbestimmung mit einer guten Absicht stattfindet, um vor Negativerfahrungen zu bewahren und behüten zu wollen (vgl. F/396-398), verdeutlicht eine Fachkraft, so müsse man letztendlich erkennen, *„dass Menschen ohne geistige Behinderung müssen nicht immer zuerst ihre Mama oder Betreuende fragen und auf Rückmeldung warten, ob es passt oder nicht.“ (F/398-400).*

Die zweite Fachkraft schildert, dass auch im Erwachsenenbereich von den Mitarbeitenden pädagogisch hinterfragt würde, ob eine Beziehung für Gutgeheißenen würde (vgl. E/191), *„ob das auch ‚gut ist so‘“ (E/190-191)* und dann dementsprechend Verbote, wie z.B., dass Zimmertüren nicht abgeschlossen werden dürfen, ausgesprochen würden (vgl. E/194-195). Die professionelle Begleitperson schlussfolgert: *„Da muss es besser werden. Weil sie haben dann natürlich trotzdem Sex. Sie haben dann z.B. auf den Toiletten Sex, wenn es ihnen in den Wohngruppen verboten wird. Man kann es halt nicht verhindern.“ (E/195-198).* Dass ein Verbot von sexuellen Kontakten nicht eingehalten werde und heimlich auf andere Räume ausgewichen würde, bestätigt auch die zweite professionelle Begleitperson (vgl. F/162-165).

Beide Professionelle stellen fest, dass Menschen mit geistiger Behinderung verglichen mit Menschen ohne Behinderung in gewisser Weise immer abhängig von ihrem sozialen Umfeld seien (vgl. E/239-240; F/157-158), aber wichtig sei, *„dass wir diese Abhängigkeit so gering wie möglich halten.“ (E/244-245).*

Eine Mutter spricht von der Beziehung zu ihrem Kind von einer *„Abhängigkeitsbeziehung“ (D/266).* Sie versuche jedoch ihrem Kind möglichst viel Selbständigkeit und Freiheiten zu erfüllen (vgl. D/185-188), *„aber natürlich in einem vernünftigen Maß, weil es ansonsten gefährlich werden würde.“ (D/188-189).* Aufgrund verbaler Verständlichkeitsschwierigkeiten seitens

ihres Kindes mit geistiger Behinderung (vgl. D/190), könne sie ihr Kind „*ja alleine nirgends hingehen lassen.*“ (D/187).

Auf die Frage, ob die Fachkraft meine, ob Menschen mit geistiger Behinderung von den professionellen bzw. familialen Bezugspersonen das Einverständnis für eine Partnerschaft brauchen würden, bemerkt die Fachkraft Folgendes: „*Tendenziell würde ich sagen, es läuft noch so, quasi Kontrolle. Man muss erstmal an den Eltern vorbei, sich vorstellen oder in einer Wohngruppe eben, dort sind das die Betreuenden. Es gab durchaus schon Fälle, bei denen Mitarbeitende entschieden haben, dass das nicht der richtige Partner bzw. Partnerin für die Bewohnerin bzw. den Bewohner ist und daraufhin entschlossen haben, die Beziehung nicht zu erlauben. Es gab dann auch irgendwelche komischen Regeln, wie ihr müsst mindestens ein halbes Jahr zusammen sein und dann dürft ihr Sex zusammen haben. Also sehr weit entfernt von der Realität, die andere Menschen, nicht behinderte Menschen ja erleben. Das ist schon verrückt.*“ (F/151-158). Mitarbeitende würden für Betroffene darüber entscheiden, ob das jetzt der richtige Partner oder passende Sexualpartner sei, schildert die Fachkraft weiter (vgl. F/391-392). „*Diese Entscheidung wird den Betroffenen dann abgesprochen*“ (F/392-394), auch wenn die Betroffenen selbst versichern würden, dass es ihr Wunsch und Wille sei (vgl. F/393-394) und schlussfolgert: „*es ist manchmal einfach viel Fremdbestimmung und das ist dann echt schwierig.*“ (F/405-406).

Als Eltern würden sie einer Partnerschaft von Herzen zustimmen, äußert sich eine Mutter, wenn sie als Eltern das Gefühl hätten, der Partner wäre „*vom Charakter her eben geeignet*“ (D/224).

Fremdbestimmung durch das familiäre Umfeld zeigt sich im Gespräch mit einem jungen Erwachsenen bei der Frage, was er sich in Bezug auf Liebe, Sexualität und Partnerschaft wünsche: „*Kinder nicht so, Mama hat gesagt ich soll am besten kein Kind haben.*“ (A/70).

Der andere junge Erwachsene erzählt, dass er den Wunsch hätte, seine Freundin zu sich nach Hause einzuladen und mit seiner Mutter darüber gesprochen hätte: „*Ich habe meine Mama schon mal gefragt, aber die hat gesagt, bis ich nicht gelernt habe, meine Aggressionen unter Kontrolle zu bekommen, darf ich keine Freundin mit nach Hause bringen.*“ (B/60-62).

In der Wohngruppe, in der er lebt, meint er weiter, sei es auch nicht erlaubt, Sex zu haben (vgl. B/49-50). „*Ich habe nachgefragt und habe auch die Regeln von der Gruppe gelesen*“ (B/50-51).

Ein junger Erwachsener berichtet darüber, dass es ihm peinlich gewesen sei, sich zu duschen, als er einen Gips am Arm gehabt hätte (vgl. A/38-40): „*Es muss halt eine Tüte über den Arm gemacht werden, dann geht sie wieder. Aber zuvor muss ich mich ausziehen bis auf Unterhose, halbnackig vor der Erzieherin stehen und dann die Erzieherin rufen und dann kommt sie und tut die Tüte drüber. Das stört mich. Ich mag das nicht, das würde dir auch nicht gefallen.*“ (A/42-45). Er fügt hinzu, er würde sich nicht trauen, der Erzieherin das zu sagen, denn „*die Betreuerinnen meinen es nur gut mit mir.*“ (A/46-47).

4.5 Unterstützungsmöglichkeiten

In dieser Kategorie werden Möglichkeiten der Unterstützung für das familiäre Umfeld, für professionell Tätige und Betroffene zum Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung dargestellt.

4.5.1 Entlastung

Beide Mütter sind sich einig, dass angebotene Sexualaufklärungskurse und auch Gespräche über Sexualität in den Einrichtungen durch Professionelle grundsätzlich eine große Erleichterung seien (vgl. C/200; D/91-92). „*Das ist nämlich eine totale Entlastung, weil ich alleine kann das ja auch nicht.*“ (D/262-263). Eine Mutter findet, sexuelle Aufklärung sollte nicht allein in den Händen der Eltern liegen und erklärt: „*wenn sexuelle Aufklärung mehrgleisig stattfindet ist es immer gut, als das Thema nur bei den Eltern zu lassen.*“ (C/201-202).

Dies bestätigen ebenfalls beide professionelle Begleitpersonen (vgl. E/91-92; E/157; E/160; F/189-190). „*Aber grundsätzlich sind die Eltern erstmal wahnsinnig erleichtert, dass sie das Thema rund um sexuelle Aufklärung und Sexualität abgeben können. Für viele Eltern ist das irgendwie sowas, wie `ich habe keine Idee, wie ich das machen soll`“*(F/184-186). Von Eltern würden generell Aussagen kommen, wie „*Gott sei Dank, macht ihr das*“. (E/95).

Aber nicht nur für das familiäre Umfeld, sondern auch für einige Mitarbeitende in Einrichtungen sei es oftmals eine Erleichterung, wenn sexuelle Aufklärung durch sexualpädagogisches Fachpersonal übernommen würde (vgl. F/299-301), bemerkt eine Fachkraft und einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seien „*ganz oft froh, wenn sie das erstmal auslagern können.*“ (F/304-305).

4.5.2 Zusammenarbeit

Beide Mütter betonen die Wichtigkeit und den großen Bedarf der Zusammenarbeit zwischen familialem und professionellem Umfeld (vgl. C/402-403; D/325-328). *„Ja, natürlich ist der enge Austausch zwischen den Eltern und professionellen Begleitpersonen von großer Bedeutung besonders bei diesem Thema, wichtiger noch wie bei vielen anderen Themen.“* (D/311-313).

Eine Mutter wünscht sich eine *„fruchtbare Erziehungskooperation“* (D/318), denn sie findet, dass die Thematik rund um Sexualität einen offenen, aktiven und regelmäßigen Austausch benötigt (vgl. D/319; D/329; D/337). Sie meint: *„Weil gerade auch das Sexuelleben und sexuelle Aufklärung ein laufendes Thema sein wird.“* (D/343-344), wäre diese Aufgabe nur in Teamarbeit zwischen professionellen Begleitpersonen und Eltern möglich, erklärt eine Mutter (vgl. D/338). Ebenso definiert die zweite Mutter sexuelle Aufklärung als *„Alltagsthema“* (C/406) und deshalb müssen sich Fachkräfte und Eltern damit auseinandersetzen (vgl. C/407).

Beide Mütter sehen den Bedarf beim Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung für ihre Kinder (vgl. C/403-404), *„dass Kinder gute Begleitpersonen zur Seite gestellt bekommen“* (D/253) und ihre Kinder mit diesem Thema nicht alleine gelassen werden und *„nicht in die Isolation gehen.“* (D/254).

Die befragten professionellen Begleitpersonen bekräftigen, dass eine offene Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Eltern und Fachkräften besonders beim Thema Sexualität wichtig sei (vgl. E/236-239; F/501-502). *„Häufig gibt es auch differenzierte Meinung zwischen den professionellen Begleitpersonen und den Eltern.“* (F/494-495), deshalb sei, bezogen auf die Elternarbeit, der wichtigste Teil, dass das Thema Sexualität gut kommuniziert werde (vgl. F/495-496), *„d.h. in Bezug auf sexuelle Aufklärung, zu erklären, was wird gemacht. Anhand von Elternabenden, z.B. die angebotenen Sexualaufklärungskurse vorzustellen, welche Inhalte es gibt.“* (F/496-498). Eltern würden dann wissen, was auf sie zukäme und dies würde zu *„vielmehr Sicherheit und Klarheit“* (F/500) führen.

4.5.3 Fortbildung, Reflexion und Supervision

Eine Mutter meint, sexualpädagogische Angebote übermittelt von dafür ausgebildeten Fachkräften, seien für Kinder und Eltern, aber auch für die Betreuerinnen und Betreuer in den Einrichtungen unterstützend und wichtig, denn Menschen mit geistiger Behinderung hätten bei dem Thema einen besonderen Bedarf (vgl. C/402-404; C/416-419).

Beide befragten professionell Tätigen finden es besonders wichtig, regelmäßige Fortbildungen für Mitarbeitende zum Thema sexuelle Aufklärung und Sexualität anzubieten (vgl. E/62-64; E/168-169; F/82-85; F/422-423).

Häufig basieren aufgestellte Verbote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf Angst vor Konsequenzen und Unsicherheiten (E/210-211; F/174-178). „*Deshalb braucht es Kontinuität und ständig Fortbildungsangebote für alle, dass die Mitarbeitenden sich sicher fühlen.*“ (E/212-213).

Beide professionelle Begleitpersonen heben die Bedeutung sexualpädagogischer Leitlinien bzw. eines sexualpädagogischen Konzeptes hervor (vgl. E/48; E/60-61; E/172; F/73), denn, „*mit Sexualität soll ja bejahend umgegangen werden*“ (E/173).

Alle Mitarbeitenden könnten in den sexualpädagogischen Leitlinien nachlesen, was in den einzelnen Bereichen erlaubt oder verboten sei, und sich somit Sicherheit verschaffen, erläutert eine Fachkraft (vgl. E/48-50). Wichtig sei, dass man ein sexualpädagogisches Konzept „*zum Leben erweckt*“ (F/435), dass sich alle Mitarbeitenden damit auseinandersetzen und es dementsprechend umsetzen (vgl. F/437-438). Oftmals fehle eine Auseinandersetzung der Mitarbeitenden mit den sexualpädagogischen Leitlinien und darin läge die Problematik, meint eine Fachkraft: „*dann hilft halt auch kein sexualpädagogisches Konzept, wenn sich daran keiner hält oder auch nicht muss.*“ (E/259-260).

Eine Fachkraft glaubt, ein großes Thema sei auch die rechtliche Beratung der Mitarbeitenden, denn auch hier wären viele Mitarbeitende verunsichert (vgl. F/406-408). „*Hier existieren komische Phantasiegeschichten, z.B. wenn ein Kind entsteht, dass sie persönlich dafür Unterhalt zahlen müssten.*“ (F/409-410).

Eine Mutter und beide professionell Tätige betonen die Wichtigkeit der eigenen Reflexion jeder Bezugsperson von Menschen mit geistiger Behinderung zum Thema Sexualität (F/411-413; E/170-171; D/283-288). Der Umgang mit dem Thema Sexualität, meint die Mutter, sei unabdingbar mit der eigenen Persönlichkeitsreife und Persönlichkeitsentwicklung der Begleitpersonen verbunden (vgl. D/275-276) und wichtig sei, „*dass die Bezugspersonen an sich selbst Entwicklungsarbeit leisten.*“ (D/280-281).

„*Grundvoraussetzung ist Selbstreflexion und zwar nicht einmal, sondern fortlaufend für jeden, der mit Menschen, Jugendlichen mit geistiger Behinderung zu tun hat, das betrifft natürlich auch die Eltern. Wir müssen immer selbstreflektieren, weil nur, wenn ich mich selbst kennengelernt habe und weiter selbst kennenlerne, desto besser kann ich damit umgehen und auch mit*

den Menschen. Wenn ich keine Ahnung von mir selbst habe, kann ich auch den anderen Menschen nicht erfassen.“ (D/302-308).

Mitarbeitende müssten sich darüber bewusst werden, äußern beide Fachkräfte, dass sie ihre eigene Haltung zu sexuellen Themen den Menschen mit geistiger Behinderung nicht aufdrängen können (E/173-175; F/416-420), das bedeute z.B. falls Mitarbeitende die Einstellung haben, für sie sei es wichtig, keinen Geschlechtsverkehr vor der Ehe zu praktizieren, dann müssten sie diese Einstellung bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung *„auf die Seite schieben. Die eigenen Werte zurücknehmen.“* (E/175).

„Seine eigenen Werte und Normen auch zurückzustecken.“ (E/144-145), bemerkt eine Fachkraft, wäre auch für sie von Anfang an nicht leicht gewesen, aber wenn sich z.B. Menschen mit geistiger Behinderung entscheiden, eine Dreierbeziehung zu führen und dabei glücklich seien, wäre ihre eigene Wertevorstellung nicht von Bedeutung, auch wenn sie es persönlich nicht für gutheißen würde (vgl. E/145-148) und schlussfolgert: *„Das musste ich lernen, ein Lernprozess eben.“* (E/149), denn unabhängig von seinen eigenen Werten und Normen *„kann man das trotzdem lernen, sich mit Sexualität auseinanderzusetzen, besonders, wenn man es im Beruf braucht.“* (E/267-268).

Die professionellen Begleitpersonen sind sich einig, hierfür wären unterstützende Hilfen notwendig, z.B. im Team reflektieren, um dadurch mehr Sicherheit bezüglich sexueller Aufklärung und Sexualität zu bekommen (vgl. E/176-177; F/421). Denkbar, meint eine Fachkraft, seien sexualpädagogische Beratungen speziell für die Teams oder einzelne Mitarbeitende und auch Supervisionen. Fortbildungen seien immer empfehlenswert, denn gerade hier würden viele Beispiele besprochen (vgl. F/421-423).

5 Diskussion

In diesem Abschnitt erfolgt die Diskussion der deskriptiv dargestellten Ergebnisse. Es werden die Ergebnisse der Expertinnen- und Experteninterviews und die theoretischen Ergebnisse der Literaturrecherche diskutiert, um der eingangs gestellten Forschungsfrage und der Thematik Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung gerecht zu werden.

5.1 Sexualität und Vielfalt

Das individuelle Verständnis der Befragten von Sexualität nimmt Einfluss auf die Wirkungserwartung an sexuelle Aufklärung und darf bei der Diskussion nicht fehlen. Auch gesellschaftliche Einstellungen zu Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung müssen bei der Thematik berücksichtigt werden.

Sexualität lässt sich nicht eindeutig definieren, lässt eine Bandbreite von Interpretationen zu und kennzeichnet sich durch Vielfältigkeit (vgl. Ortland 2008:16; Lautmann 2002: 20). Sexualität erklärt sich anhand verschiedener Perspektiven und Dimensionen abhängig vom jeweiligen Bedeutungskern des befragten Individuums, des Kulturkreises oder der wissenschaftlichen Disziplinen (vgl. Sielert 2015: 36).

Beide befragten Mütter (vgl. Abschnitt 4.1.1) nehmen Sexualität als etwas sehr Individuelles wahr und erklären, jeder Mensch möchte seine Sexualität persönlich und einzigartig ausleben. Beide sind der Meinung, dass Sexualität zum menschlichen Dasein und zum Lebensalltag gehört und entsprechen damit der Definition der WHO, dass Sexualität eine kontinuierliche Komponente im Lebensverlauf eines Menschen ist (vgl. WHO 2006: 5). Eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.1.1) freut sich darüber, dass ihr Kind dem ‚Frau werden‘ positiv entgegensieht. Schlussfolgernd kann beiden Müttern ein bejahendes, positives Verständnis von Sexualität bestätigt werden.

Beide Mütter reduzieren Sexualität nicht nur auf eine rein körperliche Funktion, sondern verbinden damit Partnerschaft und Liebe, d.h. Sexualität betrifft den gesamten Menschen und schließt Erleben, Gefühle und Intellekt mit ein (vgl. Ortland 2008:17).

Ebenso verbinden die beiden interviewten männlichen jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.1.1) mit geistiger Behinderung Sexualität mit einer liebenden Beziehung kombiniert mit Körpernähe, sexueller Aktivitäten und Geschlechtsverkehr.

Beide Mütter sowie die jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.1.1) verstehen demnach Sexualität in ihrer Multifunktionalität (vgl. Abschnitt 2.1.1.1). Sielert (1993) spricht von vier Sinnkomponenten: Beziehungsaspekt, Lustaspekt, Identitätsaspekt und Fortpflanzungsaspekt (vgl. Sielert 1993: 45). Dabei betont eine Mutter (Abschnitt 4.1.1), dass Sexualität die Komponente des Zwischenmenschlichen einschließt und hebt damit die Beziehungsdimension hervor, d.h. Sexualität ist für sie eine Form der Kommunikation und ist bedeutend als soziale Bindungsfunktion (vgl. Beier/Loewit 2011: 12ff.).

Anzumerken ist, dass weder die interviewten Mütter noch die befragten jungen Erwachsenen beim Thema Sexualität den Aspekt der Fortpflanzung erwähnen.

Dies könnte damit begründet sein, dass das familiäre Umfeld die Problematik in einer Elternschaft ihrer Kinder mit geistiger Behinderung als zusätzliche Belastung und Sorge empfindet und deshalb eine Elternschaft nicht forciert wird (vgl. Abschnitt 2.3.1).

Das individuelle Verständnis von Sexualität wird davon geprägt wie Menschen mit geistiger Behinderung in ihrem sozialen Umfeld sozialisiert werden (vgl. Abschnitt 2.3.1; Hennies/Sasse 2004: 68f.). Eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.1.1) bestätigt, dass das Verständnis von Sexualität entscheidend davon abhängt, ob das soziale Umfeld bejahend oder negierend mit dem Thema Sexualität umgeht. Insbesondere für Menschen mit einer geistigen Behinderung liegt der Unterschied darin, ob man z.B. in einer sexbejahenden Familie aufwächst und lebt, die dem Thema Sexualität offen gegenübersteht oder in einer Behinderteneinrichtung mit vielen Regeln und Verboten dem Thema Sexualität betreffend.

Tröster (1990) beschreibt, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht selten mit einer gesellschaftlich negativen Einstellung konfrontiert sind (vgl. Tröster 1990: 56).

Cloerkes (1997) nennt in diesem Zusammenhang, Menschen mit einer geistigen Behinderung entsprechen oftmals nicht den Erwartungen der Gesellschaft nach Leistungsfähigkeit, Gesundheit, Intelligenz und ästhetischen Aussehen (vgl. Cloerkes 1997: 86; Abschnitt 2.2.1). Insbesondere im Bereich der Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung herrschen gesellschaftliche Tabuisierungs- und Negierungsprozesse. Menschen mit geistiger Behinderung werden entsexualisiert, d.h. Sexualität wird ihnen abgesprochen (vgl. Walter 1992a: 31f.; Bergeest 2007: 243; Abschnitt 2.2.2).

Diese Aspekte reflektieren sich ebenfalls in den geführten Interviews.

Gesellschaftlichen Druck und Scham beim Thema Sexualität bezüglich ihres Kindes mit geistiger Behinderung empfindet eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.1.2), wenn ihr Kind die gesellschaftlichen Normen nicht einhält, wenn ihr Kind dann „funktionieren muss.“ (C/121). Zusätzlich beklagt sich die Mutter über soziale Reaktionen der Gesellschaft, wie ‚Spott und Hänseleien‘ durch andere Kinder (vgl. Cloerkes 1997: 79). Weiter erzählt die Mutter, dass Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug auf ihre Sexualität oftmals von der Gesellschaft auf das „*rein Sexuelle, auf das Triebgesteuerte reduziert*“ (C/422-423) werden und ihnen tiefergehende Gefühle und Empfindungen abgesprochen werden.

Walter (1992) beschreibt diesen Gedanken als ein bestehendes Vorurteil der Gesellschaft und spricht vom „Wüstling, der nicht in der Lage ist, seine sexuellen Triebwünsche auf sozial akzeptable Weise in personaler Beziehung zu befriedigen“ (Walter 1992a: 32), das bedeutet, Menschen mit geistiger Behinderung werden aufgrund ihrer Intelligenzminderung von der Gesellschaft als für nicht fähig empfunden, Sexualität so zu leben, wie es den Normen der Gesellschaft entspricht.

Eine professionelle Begleitperson (vgl. Abschnitt 4.1.2) bestätigt die Belastung und Verunsicherung für das familiäre Umfeld durch die Öffentlichkeit, wenn sich ihre Kinder gegensätzlich der gesellschaftlichen Normen verhalten und berichtet, dass sich Eltern oftmals mit der Sorge konfrontiert sehen, welches sexuelle Verhalten ‚normal‘ ist und welches sexuelle Verhalten ‚nicht normal‘ ist.

Beide befragten Mütter und beide befragten professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.1.2) sind der Meinung, dass gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft Vorurteile und Diskriminierung herrschen. Insbesondere stellt die Thematik Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft dar. Das Bedürfnis und der Wunsch nach Sexualität, Liebe und Partnerschaft von Menschen mit geistiger Behinderung werden tabuisiert und negiert. Das Bewusstsein, dass Menschen mit geistiger Behinderung das Recht auf Partnerschaft, Ehe, Elternschaft und Familie besitzen, ist in der Gesellschaft nicht vorhanden, wirft eine professionelle Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.1.2) ein und verweist auf die bestehende Rechtsgrundlage (vgl. Arnade 2013: 40; Abschnitt 2.2.3).

In Art.3 Abs.3 GG steht „[...] Niemand darf aufgrund seiner Behinderung benachteiligt werden“, laut Krenner (2003) legitimiert und bekräftigt dieser Auszug zweifelsfrei das Recht auf Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Krenner 2003: 57).

Die Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.1.2) bemerkt, im gesellschaftlichen Umfeld mit Äußerungen wie „**Die dürfen Kinder kriegen, die haben Sex?**“ (E/21-22) konfrontiert zu werden. Diese Äußerung spiegelt die bereits in der Literatur beschriebene gesellschaftliche Stellungnahme: es herrschen Vorurteile, Diskriminierung und Unsicherheiten gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung und der Bereich Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung wird tabuisiert und negiert (vgl. Abschnitt 2.2.1; Abschnitt 2.2.2).

5.2 Notwendigkeit sexueller Aufklärung als kontinuierliche Lebensbegleitung und Wissenserweiterung

Bei Menschen mit geistiger Behinderung unterscheidet sich die körperlich-geschlechtsbiologische Reifeentwicklung nicht von Menschen ohne Behinderung, jedoch kann die psychisch-intellektuelle Entwicklung erheblich variieren (vgl. Walter 1992b: 164f.; Specht 2013b: 295; Abschnitt 2.4.1).

Auf die Diskrepanz der körperlichen und kognitiven Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung weisen eine Mutter und eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.2.1) hin. Die Mutter erwartet sich in diesem Zusammenhang, dass das Bewusstsein über die Diskrepanz der kognitiven und körperlichen Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung bezüglich sexueller Aufklärung berücksichtigt werden muss. Darauf verweisen auch Specht (2013) und Walter (1992). Häufig kommen im Verlauf der körperlich-sexuellen Reifeentwicklung Fragen auf, auf die Menschen mit geistiger Behinderung keine Resonanz erhalten, weil sie ganz einfach nicht wissen, wie sie fragen sollen oder sich verbal ausdrücken sollen. Häufig bleiben Menschen mit geistiger Behinderung unzureichend aufgeklärt (vgl. Specht 2013b: 295). Sexuaufklärung muss demnach so strukturiert sein, dass Menschen mit geistiger Behinderung erreicht werden (vgl. BZgA 2015: 19).

Das bedeutet, Sexuaufklärung darf keinen einmaligen Prozess darstellen, sondern muss lebenslang, entwicklungsbegleitend und kontinuierlich erfolgen (vgl. Koch 2013: 36; BzGA 2015: 18), denn Sexualität ist eine kontinuierliche Lebenskomponente, bedeutet lebenslange Entwicklungsaufgabe und ist ein wichtiger Faktor der Persönlichkeitsbildung und Ausbildung der Identität (vgl. WHO 2006: 5; vgl. Ortland 2008: 17; Pro Familia 2011: 5; BzGA 2015: 8). Hierauf verweisen auch die geführten Interviews. Sowohl die befragten Mütter als auch die interviewten professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.2.1) betonen mehrmals, dass Sexuaufklärung kontinuierlich, wiederholend und lebensbegleitend in den Alltag integriert werden muss. Eine Mutter erklärt, ihr Kind durchläuft einen kontinuierlich geistigen, seelischen und körperlichen Entwicklungsprozess und aus diesem Grund muss sexuelle Aufklärung als Lebensbegleitung ermöglicht werden. Bosch und Suykerbuyk (2006) erklären sexuelle Aufklärung als Teil von Erziehung und Bildung (vgl. Bosch/Suykerbuyk 2006:47).

Ebenso beide Mütter empfinden Sexuaufklärung als integrativen Baustein allgemeiner Bildungs- und Erziehungsarbeit.

Eine professionelle Begleitperson (vgl. Abschnitt 4.2.1) gibt an, erfahrungsgemäß nehmen Menschen mit geistiger Behinderung wiederholend an den angebotenen Sexualaufklärungskursen teil, weil sich in den verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Fragen ergeben oder viele Informationen einfach auch wieder vergessen werden.

Eine wiederholende in den Alltag integrierte sexuelle Aufklärung ist bedeutend, damit Themen verinnerlicht werden können und Verhaltensstabilität gelingt (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006:220; Abschnitt 2.4.2)

Wichtig sind, meint eine professionelle Begleitperson (vgl. Abschnitt 4.2.1), die wiederholenden Angebote auch deshalb, weil Menschen mit geistiger Behinderung weniger Zugänge haben, um sich selbständig Informationen zu besorgen, z.B. durch Medien. Falls die Möglichkeit besteht, scheitert es oftmals daran, die Aufklärungsmaterialien zu verstehen. Häufig fehlt Menschen mit geistiger Behinderung auch die Chance, soziale Außenkontakte aufzubauen und haben deshalb keine Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, um sich über sexuelle Themen auszutauschen (vgl. Abschnitt 2.4.1). Auch im familialen Umfeld gelingen oftmals Gespräche über Sexualität nicht. Das zeigt sich auch in den geführten Interviews mit den jungen Erwachsenen. Beide (vgl. Abschnitt 4.2.1) geben an, nicht mit ihren Eltern über Sexualität zu sprechen bzw. nicht mit ihnen über Sexualität sprechen zu können. Um das Sexualwissen zu erweitern, erklären beide, suchen sie als Ansprechpartnerinnen bzw. Ansprechpartner bei Fragen rund um sexuelle Themen die sexualpädagogischen Fachkräfte in ihrer Einrichtung auf und erweitern ihr Wissen mit wiederholenden Teilnahmen an Sexualaufklärungskursen.

Eine professionelle Begleitperson (vgl. Abschnitt 4.2.1) erklärt, dass viele Menschen mit geistiger Behinderung lieber mit sexualpädagogischen Fachkräften über Sexualität sprechen. „*Das ist ja so, mit Mami und Papi mag man auch nicht immer darüber sprechen*“ (E/100-101). Das bestätigt eine befragte Mutter (vgl. Abschnitt 4.2.1) und erklärt, dass ihr Kind als es älter wurde, nicht mehr mit ihr über Aufklärungsthemen sprechen wollte.

Um das abrufbare Sexualwissen der beiden befragten jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.2.2) zu ermitteln, wurden konkrete Wissensfragen, wie ‚Welche Verhütungsmittel kennst du?‘ und ‚Wie und warum benutzt man Verhütungsmittel?‘ gestellt. Die Antworten waren kurz und ungenau. Kondome kennen beide Interviewten. Bei Nachfrage, ob es auch für Frauen Verhütungsmittel gibt, meint einer der Befragten zögerlich: „*Eine Tablette für die Frau?*“ (B/46). Beide glauben, ein Kondom anwenden zu können. Bei der Frage, ab welchem Alter es gesetzlich erlaubt ist, Geschlechtsverkehr auszuüben, wurde von beiden geraten. Die Antworten variieren zwischen „*ca. vierzehn Jahren?*“ (B/49) und „*zwanzig, siebzehn?*“ (A/54).

Obwohl Detailkenntnisse fehlen, kann bei den Befragten (vgl. Abschnitt 4.2.2) davon ausgegangen werden, dass sexuelle Aufklärung für beide ein bedeutendes und prägnantes Thema darstellt, denn auf die Frage, an welche Inhalte sich erinnert wird, meint einer der beiden: „*Einfach alles, weil es einfach neu ist, das mit Sex, so darüber zu sprechen und was ich davon kannte*“ (B/16-17). Offenbar erscheint es für den jungen Erwachsenen wichtig, grundsätzlich die Gelegenheit zu bekommen, über Sexualität sprechen zu können. Eine sexualitätsbejahende Umgebung zu schaffen, in der Sexualität frei thematisiert wird, formuliert auch die BZgA (2015), als wesentliche Aufgabe sexueller Aufklärung (vgl. BZgA 2015: 27).

Sexuelle Aufklärung fördert allein durch das Reden über Sexualität, die Möglichkeit identitätsbildende und identitätsstützende Erfahrungen zu sammeln und dient demzufolge der Entwicklung der Identität (vgl. Walter/Hoyler-Herrmann 1987: 107).

Erkennbar wird anhand des ungenauen Detailwissens der beiden jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung, dass sexuelle Aufklärung wiederholend stattfinden muss, damit Menschen mit geistiger Behinderung durch kontinuierliche Wiederholungen die Möglichkeit erhalten, Sexualwissen zu verstehen und zu verinnerlichen (vgl. Abschnitt 2.4.2).

Welche Inhalte sexueller Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung umgesetzt und verstanden werden, hängt individuell vom Einzelnen ab, stimmen beide professionell Tätige (vgl. Abschnitt 4.2.2) überein und äußern, dass die Inhalte individuell an den Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung angepasst werden müssen. Pro Familia (2011) verweist darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung keine homogene Personengruppe bilden, verschiedene Kompetenzen und Eigenschaften besitzen, deshalb sollte sexuelle Aufklärung unter Berücksichtigung individueller Interessen und Wünschen gestaltet werden (vgl. Pro Familia 2011: 4). Bei der Vermittlung und Darstellung der Inhalte von sexueller Aufklärung muss auf die individuellen Kommunikations- und/oder Lernanforderungen geachtet werden (vgl. BZgA 2015: 27; Abschnitt 2.4.2). Beide befragten Fachkräfte (vgl. Abschnitt 4.2.2) betonen, dass die Verwendung von leichter Sprache, Anschauungsmaterial und ständige Wiederholung für das Verständnis bedeutend sind (vgl. Specht/Walter 2013: 334). Ebenfalls eine befragte Mutter erwartet, dass eine einfache Sprache benutzt wird, damit ihr Kind sexuelle Aufklärung verstehen kann und Missverständnisse ausgeschlossen werden (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Eine Mutter bemerkt (vgl. Abschnitt 4.2.1), Lernerfolge von sexueller Aufklärung bei ihrem Kind sieht sie darin, dass ihr Kind Verstandenes in den Alltag integriert. Sexuelle Verhaltensauffälligkeiten sind verschwunden und das Verhalten hat sich stabilisiert, z.B. Selbstbefriedigung findet ausschließlich alleine im eigenen Zimmer statt. Auch Walter (2010) weist darauf

hin, dass sexuelle Verhaltensauffälligkeiten verschwinden oder sich ‚normalisieren‘, wenn Sexualität von Bezugspersonen thematisiert wird und wiederholend aufgeklärt wird (vgl. Walter 2010: 9).

Dass sich sexuelle Verhaltensauffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung durch sexuelle Aufklärung reduzieren, bestätigen beide professionelle Begleitpersonen (Abschnitt 4.2.1), denn ein Inhalt sexueller Aufklärung bildet die Informationsvermittlung über unterschiedliche Werte und Normensysteme (vgl. BZgA 2015: 28f.), dass z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit verboten ist und andere Personen sich dadurch gestört fühlen.

Verantwortlich für sexuelle Verhaltensauffälligkeiten kann der Mangel an Wissen und Wahrnehmung des eigenen Körpers von Menschen mit geistiger Behinderung sein (vgl. Specht 2013b: 295; Ortlund 2016: 102). Diese Informationen fehlen Menschen mit geistiger Behinderung oftmals, wie man sich ‚passend‘, den gesellschaftlichen Normen und Werten entsprechend, in der Öffentlichkeit verhält. Der Lerneffekt zeigt sich zumeist nach Informationsweitergabe, wenn z.B. kein Onanieren mehr an öffentlichen Orten stattfindet (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Beide interviewten professionelle Begleitpersonen (vgl. Abschnitt 4.2.3) geben an, dass die oberste Stelle der Prioritätenliste bei den Inhalten von sexueller Aufklärung für familiäre und professionelle Hauptbezugspersonen das Thema Verhütung einnimmt. Dem stimmt eine befragte Mutter zu und erklärt, dass ihr Kind eine Beziehung führt und Verhütung deshalb wichtig ist. Hensle und Vernooij (2000) stellen fest, der große Stellenwert der Verhütung bei sexueller Aufklärung liegt nicht selten am hohen Sicherheitsbedürfnis der Eltern und professionellen Hauptbezugspersonen verbunden mit der Vorstellung und der Konsequenzen einer ungewollten Schwangerschaft (vgl. Hensle/Vernooij 2000: 309; Abschnitt 2.3.1).

Eine Fachkraft verdeutlicht es mit einem Beispiel aus der Praxis: *„also ich hatte schon eine Mutter, die einfach zu mir kam und meinte, sie würde am liebsten ihre Tochter sterilisieren, weil sie auf gar keinen Fall will, dass ihre Tochter ein Kind bekommt.“* (F/181-183).

Das lässt die Vermutung zu, dass das hohe Sicherheitsbedürfnis der Hauptbezugspersonen vor einer ungewollten Elternschaft verantwortlich für die Diskrepanz bei der Prioritätensetzung sexueller Aufklärung zwischen den Betroffenen und dem familialen und professionellen Umfeld ist. Während für das familiäre und professionelle Umfeld das Thema Verhütung dominiert, liegen die Prioritäten bei beiden befragten jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung (vgl. Abschnitt 4.2.3) vordergründig in der Beziehungsgestaltung. Beide wollen durch sexuelle Aufklärung lernen, wie man eine Frau kennenlernt, wie man flirtet, wie man mit einer Frau umgeht,

aber auch wie es „funktioniert“ (B/89), mit einer Frau Geschlechtsverkehr zu haben. Das Thema Verhütung nennen beide nicht.

Eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.2.3) bestätigt, dass Verhütungsfragen erfahrungsgemäß keinen hohen Stellenwert bei Menschen mit geistiger Behinderung haben, sondern Themen wie Körperwahrnehmung und Emotionen im Vordergrund stehen.

Laut BZgA (2015) umfasst sexuelle Aufklärung sowohl Themengebiete der Handlungsmotivation, der Kompetenzförderung, der Kommunikations- und Handlungsfähigkeit bezüglich Partnerschaft, Verhütung, sexuell übertragbare Krankheiten und Auswirkungen sexueller Handlungen (vgl. BZgA 2015: 30f.). Diese Aspekte zeigen sich bei den Angaben über die Wünsche der Inhalte sexueller Aufklärung bei allen Interviews. Beide Mütter (vgl. Abschnitt 4.2.3) empfinden es als wichtig, nicht nur biologische Abläufe zu vermitteln, sondern auch auf emotionale Bereiche einzugehen, wie z.B. Körperwahrnehmung und Grenzen setzen. Eine Mutter wünscht sich u.a. für ihr Kind, Kompetenzstärkung durch sexuelle Aufklärung zum Schutz vor sexuellem Missbrauch an. Eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.2.3) bemerkt, sexuelle Aufklärung vermittelt Menschen mit geistiger Behinderung eigene Grenzen zu setzen und einzufordern auch als Prävention vor sexuellen Übergriffen. In der Literatur wird beschrieben, dass sich sexuelle Aufklärung als Schutz- und Präventionsmaßnahme gegen sexuellen Missbrauch und sexualisierte Gewalt erweist (vgl. Bosch/Suykerbuyk 2006: 54; Pro Familia 2011:16; Specht 2013a: 182; Specht 2013b: 295; BZgA 2015: 41).

5.3 Verbesserung der Lebensqualität durch sexuelle Aufklärung

Einstimmig betonen beide professionell Tätige (vgl. Abschnitt 4.3), dass durch sexuelle Aufklärung zweifellos die Lebensqualität steigt. „*Und natürlich hat sexuelle Aufklärung eine unglaublich große Bedeutung für Menschen mit geistiger Behinderung auch für ihre Lebensqualität, Gesundheit und sexuelle Selbstbestimmung.*“ (F/278-280). Auch die geführten Interviews mit den Müttern und den jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung verweisen auf eine Verbesserung der Lebensqualität durch sexuelle Aufklärung.

Die WHO definiert Gesundheit als höchstes Gut, auf das alle Menschen in gleicher Weise Anspruchsrecht haben (vgl. WHO 2014:1). Gesundheit impliziert ebenso sexuelle Gesundheit und diese ist laut WHO (2006) ein Zustand des körperlichen, mentalen und sozialen Wohlbefindens. Das setzt eine positive Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus und ein grundsätzliches Selbstverständnis, Sexualität zu leben (vgl. WHO 2006: 5; Abschnitt 2.1.1.2).

Laut Klamp-Gretschel (2019) benötigt das Erleben eines befriedigenden Sexuallebens für jeden Menschen verfügbare und erreichbare Informationen über Sexualität und sexuelle Gesundheit und erfordert Wissen über unterschiedliche Themengebiete. Sexuelle Aufklärung ist dabei unerlässlich (vgl. Klamp-Gretschel 2019: 91; Abschnitt 2.1.1.2).

Eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.3.1) verweist diesbezüglich auf das Recht sexueller Gesundheit. Für die Umsetzung braucht man Wissen, erklärt die Fachkraft und dieses benötigte Wissen wird durch sexuelle Aufklärung vermittelt, z.B. dass Kondome gegen sexuell übertragbare Krankheiten schützen.

Einer der beiden befragten jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung (vgl. Abschnitt 4.3.1) verwendet in seinem Interview zweimal den Ausdruck ‚besser gehen‘. Er erklärt, dass er durch sexuelle Aufklärung mehr Informationen erhalten hat und seine Fragen beantwortet wurden. Ihm wurde bewusst, dass er gerne Zärtlichkeiten austauscht und er stellt fest, dass es ihm dann ‚besser geht‘. Weiter gibt er an, dass es ihm auch ‚besser geht‘, wenn er mit jemanden über Sexualität sprechen kann, weil Sexualität ein Thema in seinem Leben einnimmt. Der Ausdruck ‚besser gehen‘ lässt auf die Vermutung schließen, dass sich sein Zustand des körperlichen und/oder mentalen und/oder sozialen Wohlbefindens gesteigert hat (vgl. WHO 2006: 5). Das Bewusstwerden, dass positive Zuwendungen und Zärtlichkeiten ein Gefühl des ‚besser Gehens‘ vermitteln, bedeutet positive Körpererfahrung, Steigerung des eigenen Körpergefühls und Entwicklung des Ich-Bewusstseins (vgl. Dawid-Hapkemeyer 1995: 52).

Auch die geführten Interviews mit den Müttern und professionellen Begleitpersonen (vgl. Abschnitt 4.3.1) untermauern die Bedeutung von sexueller Aufklärung für die Entwicklung einer gesunden Körperwahrnehmung. Eine Fachkraft berichtet aus ihrer Praxis und erklärt, dass bei Teilnahme an Sexualaufklärungskursen allein schon durch die Kommunikation über Sexualität die Möglichkeit gegeben ist, ein gutes Körpergefühl zu entwickeln. Positiv auf das Wohlbefinden wirken sich auch Verhaltensänderungen aus, erklärt die Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.3.1) weiter: *„Bei den Jungs und Männern war es ja auch so, dass sie manchmal aggressiv waren, bis man festgestellt hat, sie haben zwar onaniert und rumgespielt, aber nie bis zum Schluss, sie haben nie ejakuliert. Und als sie das durch sexuelle Aufklärung gelernt haben, wie das funktioniert und was sie machen müssen, dann ist der Druck weggefallen, wie es so schön heißt, dann ist auch oft die Aggressivität gesunken.“* (E/133-137).

Die Fachkräfte und auch eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.3.1) erklären, dass Pornografie ein wichtiges Thema bei sexueller Aufklärung darstellt, weil Menschen mit geistiger Behinderung por-

nografische Filme konsumieren und mit einer Flut fiktiver, aber scheinbar realistischer medialen Darstellungen konfrontiert werden. Leue-Käding (2006) verweist darauf, dass die psychische Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung beeinträchtigt werden kann, wenn z.B. pornografische Darstellungen einfach von den Medien übernommen und nicht hinterfragt werden (vgl. Leue-Käding 2006: 105). Beide professionell Tätigen bestätigen diese Problematik (vgl. Abschnitt 4.3.1), denn Menschen mit geistiger Behinderung könnten häufig nicht zwischen Realität und Film unterscheiden und die Fachkräfte betonen, dass sexuelle Aufklärung diese Thematik anspricht und sich damit auseinandersetzt.

Neben dem Recht auf sexuelle Gesundheit, haben Menschen mit geistiger Behinderung wie bereits ausführlich im Abschnitt 2.2.4 besprochen, das Recht auf (sexuelle) Selbstbestimmung. Für Ortland (2017) bedeutet sexuelle Selbstbestimmung eine Entwicklungsoption und -ressource für jeden Menschen unabhängig der gegebenen Voraussetzungen im Leben. Das bedeutet, Entscheidungen werden durch das Individuum in entsprechenden Lebenssituationen selbst getroffen (vgl. Ortland 2017: 10). „Ziel von Sexualaufklärung ist es, Menschen mit Beeinträchtigungen unter Berücksichtigung ihrer spezifischen Voraussetzungen dabei zu unterstützen, einen aufgeklärten, selbstbestimmten (und verantwortungsvollen/ selbstverantwortlichen) Umgang mit Sexualität zu leben bzw. leben zu können“ (BZgA 2015:19).

Voraussetzungen für ein sexuell selbstbestimmtes Leben sind Informationen und Wissen über Sexualität.

Beide professionelle Begleitpersonen (vgl. Abschnitt 4.3.2) sind sich einig darüber, dass sexuelle Aufklärung sexuelles Wissen erhöht und folglich für Menschen mit geistiger Behinderung Kompetenzstärkung bedeutet. Kompetenzen zu stärken und zu fördern, ist Voraussetzung für eine gelingende Lebenspraxis, betonen beide, um Menschen mit geistiger Behinderung dahingehend zu bekräftigen und zu unterstützen, eigene Bedürfnisse anzusprechen und einzufordern, deshalb *„müssen sie unbedingt lernen, dass sie bei dem Thema um ihre Sexualität selbst mitentscheiden dürfen und nicht immer jemand anders, wie professionelle Begleitpersonen oder auch Eltern.“* (F/287-288). Auch die BZgA (2015) verweist darauf, dass Sexualaufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung ein wichtiges Unterstützungsangebot darstellt, damit eigene Bedürfnisse, Wünsche und Anliegen selbstbestimmt geäußert und eingefordert werden können (vgl. BZgA 2015: 6). Beide Fachkräfte bestätigen die Wirkung von Sexualaufklärung in Bezug auf sexuelle Selbstbestimmtheit und erzählen aus ihrer Praxis, dass Teilnehmende nach den angebotenen Sexualaufklärungskursen häufiger unbegründete, unwillkürliche oder nicht verstandene Handlungen des sozialen Umfeldes hinterfragen und ansprechen, wie z.B.

Übernachtungsregeln oder den Umgang mit ihrer Privatsphäre. Das bestätigt auch ein geführtes Interview mit einem jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.3.2), der erklärt, dass er im Sexuaufklärungskurs erfahren hat, dass er seine Freundin zu sich einladen kann. Resultat ist dann, bemerkt die Fachkraft weiter, dass sich die Mitarbeitenden mit den gestellten Forderungen zumindest auseinandersetzen müssen und letztendlich Lösungen gefunden werden müssen.

Beide Mütter (vgl. 4.3.2) sind ebenfalls der Meinung, dass sexuelle Aufklärung den Weg zur sexuellen Selbstbestimmung ebnet. Beide stellen fest, dass Selbstbestimmung zum Leben und Menschsein gehört. Eine Mutter bemerkt, dass ihr Kind seit dem Besuch eines Sexuaufklärungskurses häufiger ‚nein‘ sagt, wenn ihrem Kind Dinge missfallen. „*Selbstbestimmt `nein' zu sagen*“ (E/128) wird durch sexuelle Aufklärung gestärkt, verdeutlicht eine Fachkraft und erklärt weiter, wichtig für Menschen mit geistiger Behinderung ist es, benennen zu können, was man will und was man nicht will, Grenzen zu setzen auch zum Schutz vor sexuellen Übergriffen.

Die geführten Interviews mit den jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.3.2) bekräftigen diesen Gesichtspunkt. Beide erzählen, dass sie im Sexuaufklärungskurs gelernt haben, bei ungewollten Handlungen oder Berührungen von anderen Menschen laut ‚Stopp‘ zu sagen und falls notwendig, Hilfe zu holen. Die Aussagen der beiden jungen Erwachsenen verdeutlichen, dass sexuelle Aufklärung sich als Schutz- und Präventionsmaßnahme gegen sexuellen Missbrauch und sexualisierte Gewalt erweisen kann.

Zinsmeister (2013) hebt hervor, dass Menschen mit geistiger Behinderung rechtlich nur Hilfen angeboten werden dürfen, die (sexuelle) Selbstbestimmung anerkennen und unterstützen. Dazu gehören Informationsangebote über Sexualität, Partnerschaft, Familienplanung usw. (vgl. Zinsmeister 2013: 51; Abschnitt 2.2.3; Abschnitt 2.2.4). Diese Informationsangebote sind Teil der Aufgabenstellung sexueller Aufklärung (vgl. Jeschke/Wille/Fegert 2006: 256; BZgA 2015: 27), um als Hilfsangebote Menschen mit geistiger Behinderung zu befähigen, ein positives Selbstkonzept zu entwickeln und als Hilfe zur Selbsthilfe zu einem erfüllten Leben beizutragen (vgl. Speck 1993: 316; Stöppler 2008: 566).

Beide interviewten jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.3.3) hegen den Wunsch nach einer Partnerschaft und Zusammenleben mit einer Partnerin. Einer der beiden äußert sich folgendermaßen: „*Ich wünsche mir eine Familie. Ja, wünsche ich mir. Mit allem Drum und Dran. Mit Liebe, Kuscheln, Frau und Kinder. Genau.* (B/77-78).

Das geäußerte Bedürfnis der jungen Erwachsenen und der Wunsch nach einer Partnerschaft wird von den bereits erwähnten Untersuchungen (vgl. Abschnitt 2.3) von Jörg Fegert et al. (2006) und Siebelink (2006) untermauert.

„[...] Unabhängig von der Art der Beziehung (z.B. ob nun mit oder ohne Körperkontakt) sind Partnerschaften für alle wichtig [...]“ (Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 204).

Beide professionell Tätige (vgl. 4.3.3) sehen es als Selbstverständlichkeit, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein Bedürfnis und den Wunsch nach Partnerschaft, Liebe, Sexualität und Kinder haben. *„Es ist der Wunsch nach Normalität und der ist gerechtfertigt und verständlich und wird ihnen ja auch tagtäglich vorgelebt.“* (F/554-555).

Walter (1992) spricht davon, dass die Erfahrung von Partnerschaft, Sexualität und die Erfüllung eines Kindeswunsches für Menschen mit geistiger Behinderung die Bestätigung der eigenen Normalität bedeuten kann, das heißt, von anderen Menschen (ohne Behinderung) Akzeptanz und Gleichwertigkeit zu erfahren (vgl. Walter 1992c: 295). Eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.3.3) spricht von einem gesteigerten Selbstwertgefühl, dass ihr Kind aufgrund der Partnerschaft erfährt. Sie erklärt, dass das auch an der Akzeptanz und großen Wertschätzung des anderen Elternpaares liegt.

Ebenso befürworten die interviewten Mütter (vgl. Abschnitt 4.3.3) partnerschaftliche Beziehungen für ihre Kinder und würden einem Zusammenwohnen in einer betreuten Wohngruppe, *„weil alleine Wohnen ja nicht geht“*, (D/200) zustimmen.

Ganz anders bei der Frage zu einer möglichen Eheschließung. Hierzu äußert sich eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.3.3.) entschieden: *„Also zur Ehe würde ich sagen `nein`, zu einer Partnerschaft ganz klar `ja`“* (D/214-215). Sie erklärt, dass die Gründe an der Rechtssituation und der fehlenden Geschäftsfähigkeit ihres Kindes liegen und ergänzt, dass sie keine Vorteile in einer Ehe sieht. Einem Kinderwunsch, beschreibt sie weiter, könnten sie und ihr Mann nur dann zustimmen, wenn sie beide wirklich das Gefühl hätten, ein Kinderwunsch gehört unabdingbar zum Leben ihres Kindes.

Hier sind Widersprüche im Interview erkennbar, die einen inneren Konflikt der Mutter vermuten lassen.

Einerseits betont sie, ginge es *„nicht nach meinem Wünschen und Ansprüchen“* (D/218-219) und eine partnerschaftliche Beziehung und Zusammenwohnen wird bejaht, andererseits eine Ehe eher abgelehnt. Beim Thema Kinderwunsch, erklärt sie, müssten ihr Mann und sie sich im Klaren sein, dass das wirklich der innigste Wunsch ihres Kindes ist und auch die Frage müsste

geklärt sein, ob sich ihr Kind der Tragweite einer Elternschaft bewusst ist, erst dann „*müsste man halt die Voraussetzungen dafür schaffen.*“ (D/247-248).

Hier zeigen sich die Grenzen sexueller Selbstbestimmung für ihr Kind. Auf der einen Seite wünscht sich die Mutter für ihr Kind sexuelle Selbstbestimmung auf der anderen Seite gelingt es ihr nicht bzw. fällt es ihr schwer, ihrem Kind die Entscheidung zu überlassen.

Ebenso die andere Mutter (vgl. Abschnitt 4.3.3) bemerkt, dass sie einen Kinderwunsch nicht unbedingt forcieren würde: „*man muss sie ja jetzt nicht hinweisen und ihnen sagen: `Hey, es ist toll, wenn ihr Kinder kriegt`.*“ (C/318-319). Sie äußert Bedenken darüber, denn für sie ist ein Kinderwunsch nur mit genügend Unterstützung von außen umsetzbar, weil eine Elternschaft ihr Kind ansonsten überfordern würde.

Hennies und Sasse (2004) verweisen darauf, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht selten ihr ganzes Leben vom familialen Umfeld abhängig sind und dessen Einfluss und sozialer Kontrolle unterliegen. Häufig bestimmen Bezugspersonen über sexuelle Bedürfnisse und Beziehungsvorstellungen von Menschen mit geistiger Behinderung ohne deren Mitbestimmung. Das bedeutet, Menschen mit geistiger Behinderung sind stark abhängig von der zustimmenden und fördernden Haltung des familialen Umfeldes, um sexuell selbstbestimmt leben zu können (vgl. Hennies/Sasse 2004: 68f.).

Gleichwohl stellt die Thematik rund um Sexualität für das soziale Umfeld häufig eine sensible Angelegenheit dar und bedeutet oftmals eine enorme Herausforderung (vgl. Bosch 2013: 190; Abschnitt 2.3.1).

5.4 Sexuelle Aufklärung – eine Herausforderung?

„*Herausforderung wird sexuelle Aufklärung nur, wenn man selber ein Problem damit hat.*“ (E/164).

Gleichermaßen heben die interviewten Mütter und professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.4.1) hervor, dass die innere Haltung der Fachkräfte zu Sexualität maßgeblich die Sichtweise auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung beeinflusst. Die individuelle Haltung zu Sexualität bestimmt über einen zustimmenden oder negierenden Umgang mit sexuellen Themen. Eine Fachkraft beschreibt, dass es an den einzelnen Mitarbeitenden liegt, was für „*gutgeheißen*“ (E/56) wird. Dementsprechend wird das Sexualverhalten der Bewohnerinnen und Bewohnern in Einrichtungen bewertet und darüber entschieden, welche sexuellen Bedürfnisse erlaubt oder verboten werden. In der Literatur verweisen Karin Jeschke et al.

(2006) in diesem Zusammenhang auf die große Dominanz eigener Konzepte der Mitarbeitenden über ‚richtige‘ und ‚falsche‘ Sexualität. So entscheiden Mitarbeitende anhand ihrer eigenen Vorstellungen, welche sexuellen Bedürfnisse oder welches sexuelle Verhalten von Betroffenen richtig oder falsch ist und für gutgeheißen oder verboten werden, z.B. dass Sexualität nur in ‚langfristigen‘ Beziehungen stattfinden kann. Was genau ‚langfristig‘ dann bedeutet, beurteilen die Mitarbeitenden. Kriterium für ‚richtige‘ Sexualität ist demzufolge für Menschen mit geistiger Behinderung eine vorgegebene schwer erreichbare Langfristigkeit einer Beziehung. Ebenso könnten und würden Mitarbeitende über den ‚richtigen‘ Zeitpunkt für Sexualaufklärung bestimmen (vgl. Jeschke/Wille/Fegert 2006:284).

Beide professionell Tätige (vgl. Abschnitt 4.4.1) meinen, dass sexuelle Aufklärung nur von Mitarbeitenden umgesetzt werden kann, die dem Thema Sexualität offen gegenüberstehen. Eine Mutter sieht sexuelle Aufklärung als Herausforderung bei Begleitpersonen, wenn diese aufgrund der eigenen Haltung ein Problem mit dem Thema Sexualität haben und schlussfolgert, der Umgang mit sexueller Aufklärung ist *„Unabdingbar damit verbunden, mit der eigenen Persönlichkeitsreife, Persönlichkeitsentwicklung der Begleitperson, wie sie selber mit dem Thema Sexualität umgeht.“* (D/275-276).

Beide befragten professionellen Begleitpersonen (vgl. Abschnitt 4.4.1) stellen fest, dass auch bei den Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung die innere Haltung zum Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung für deren Umsetzung relevant ist. Eine Fachkraft erklärt, dass ein Interesse für sexuelle Aufklärung seitens der Eltern hilfreich und von Vorteil ist, aber *„Manchen Eltern gelingt es halt nicht, weil ihnen das Thema einfach unangenehm ist.“* (F/248).

Beide interviewten Mütter (vgl. Abschnitt 4.4.1) schildern, mit sexueller Aufklärung offen umzugehen und Fragen ihrer Kinder diesbezüglich zu beantworten. Beide gehören demnach zu den Eltern, die dem Thema liberal gegenüberstehen.

In der Literatur wird die hohe Relevanz der Eltern bei der Umsetzung von sexueller Aufklärung angesichts der oftmals lebenslangen Pflege und Betreuung ebenso benannt (vgl. Leue-Käding 2006:104; Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 219; Ortlund 2008: 90; Küppers 2009: 56; BZgA 2015: 12) und darauf hingewiesen, dass es Eltern gibt, denen Sexualaufklärung keine Probleme bereitet und Eltern, die dabei auf Unterstützungsangebote angewiesen sind (vgl. Küppers 2009: 56; BZgA 2015: 12).

Weitere Gründe, die eine Herausforderung im Umgang mit sexuellen Themen und sexueller Aufklärung darstellen, zeigen sich beim familialen und professionellen Umfeld infolge von Unsicherheiten, Überbehütung und auch Ängsten (vgl. Speck 1992: 17; Hensle/Vernooij 2000:

309; Abschnitt 2.3.1). Zinsmeister (2013) spricht in diesem Zusammenhang von einer bevormundenden Fürsorge bzw. Paternalismus. Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung wird auf Basis eines vermeintlich besseren Wissens seitens des sozialen Umfeldes erheblich eingeschränkt (vgl. Zinsmeister 2013: 51f.)

Ängste, Unsicherheiten und Überbehütung des sozialen Umfeldes im Umgang mit sexuellen Themen bezogen auf Menschen mit geistiger Behinderung sind Gründe, die die Befürchtung schüren, es werden ‚schlafende Hunde geweckt‘, wenn man Sexualität zum Thema macht (vgl. Speck 1992:18; Hensle/Vernooij 2000: 309; Ortland 2008: 9; Achilles 2008: 16; Herrath 2013: 25).

Die geführten Interviews mit den professionellen Begleitpersonen (vgl. Abschnitt 4.4.2) scheinen diese These zu unterstützen. Beide benennen die Angst des familialen und professionellen Umfeldes durch Sexualaufklärung ‚schlafende Hunde zu wecken‘. Eine Fachkraft bemerkt, dass das soziale Umfeld annimmt: „, wenn die Menschen mit geistiger Behinderung wissen, wie es geht, dann fangen sie alle an, noch viel auffälliger zu werden und noch viel mehr Sex haben zu wollen.“ (F/252-253). Eine Mutter (vgl. Abschnitt 4.4.2) beschreibt sexuelle Aufklärung als Herausforderung für die Familie, weil man nicht weiß, welche Reaktionen sich dann beim Kind mit geistiger Behinderung zeigen. Diese Aussage lässt die Vermutung zu, dass die Befürchtung besteht, ihr Kind könnte durch sexuelle Aufklärung unerwünschte sexuelle Verhaltensweisen und Auffälligkeiten zeigen.

Beide professionell Tätige (vgl. Abschnitt 4.4.2) verdeutlichen, diese Befürchtungen und Ängste würden sich keinesfalls bestätigen, sondern weisen darauf hin, erfahrungsgemäß zeigen sich positive Auswirkungen. Beide untermauern, dass durch Sexualaufklärung das Sexualwissen erweitert wird und dadurch auffälliges Sexualverhalten abnimmt. Ebenso Ortland (2016) und Specht (2013b) beschreiben, dass der Mangel an Wissen und Wahrnehmung des eigenen Körpers verantwortlich für sexuelle Auffälligkeiten bei Menschen mit geistiger Behinderung, wie z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit, sein kann (vgl. Specht 2013b: 295; Ortland 2016: 102). Zu den zentralen Themen sexueller Aufklärung gehört der Erwerb neuer Einstellungen durch Handlungsmotivation, Informiertheit über Werte und Normen und die Wissensübermittlung biologischer Abläufe des Körpers. Die Akzeptanz und das Wahrnehmen des eigenen Körpers wirkt sich positiv auf das Selbstbild aus (vgl. BZgA 2015: 28ff.).

Die interviewten professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.4.2) schildern eine existierende „Angst vor Konsequenzen“ (E/57-58) vieler Mitarbeitenden in Behinderteneinrichtungen. So glauben einige Mitarbeitende, berichtet eine befragte Fachkraft, dass sie z.B. unterhaltspflichtig sein

könnten, wenn während ihres Nachtdienstes ein Kind gezeugt wird. Diese Unsicherheiten führen dann dazu, dass Zimmertüren zugesperrt werden oder grundsätzlich Geschlechtsverkehr verboten wird. Auch Specht (2001) verweist auf die bestehenden Unsicherheiten und Bedenken der Mitarbeitenden und erklärt, dass sich Fachkräfte in unsicheren Situationen eher für eine ‚verantwortungsvolle‘ Restriktion entschließen. Generell ist es aufgrund des sozialen Abhängigkeitsverhältnisses leichter für professionelle Begleitpersonen, unbehagliche, unbequeme und konfrontative Situationen zu umgehen (vgl. Specht 2001: 5; Abschnitt 2.3.2). Eine befragte Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.4.2) erwähnt, dass Mitarbeitende aus bereits genannten Gründen nicht selten Konflikte mit den Eltern scheuen und Entscheidungen vermeiden bzw. verheimlichen, wenn es um die Sexualität ihrer Kinder geht, um eine positive Beziehung nicht zu gefährden.

Eine weitere Herausforderung im Umgang mit sexueller Aufklärung bzw. Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung zeigt sich darin, dass sowohl familiales wie auch professionelles Umfeld in Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund des hohen Maßes an Abhängigkeit und teils lebenslanger Hilfe permanent das ‚große Kind‘ sehen. Häufig will nicht realisiert werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung Sexualität besitzen und erleben möchten (vgl. Walter 1992a: 32; Abschnitt 2.3.2). Diese Situation kann zu einer Überbehütung von Menschen mit geistiger Behinderung durch die Eltern und die professionellen Begleitpersonen führen (vgl. Leue-Käding 2006: 104). Der Aspekt der Überbehütung wurde sowohl in den Interviews der Mütter wie auch in den Interviews der Professionellen deutlich.

„*Eltern sind auch oft so überbehütend*“ (E/202) betont eine Fachkraft und erklärt, dass Eltern ihre Kinder mit geistiger Behinderung nicht selten als ‚ewige Kinder‘ ohne sexuelle Bedürfnisse und Wünsche wahrnehmen. Dies bestätigt auch die zweite befragte Fachkraft und verdeutlicht, dass die Eltern von Kindern mit geistiger Behinderung „*die Thematik ‚miteinander Sex zu haben‘ möglichst lange hinauszögern*“ (F/400-401).

Beide professionellen Befragten (vgl. Abschnitt 4.4.2) sprechen davon, dass auch Mitarbeitende die Bewohnerinnen und Bewohner in Behinderteneinrichtungen „*möglichst vor jeglicher potentiellen negativen Erfahrung*“ (F/384) beschützen wollen, dabei aber häufig zu übervorsichtig reagieren. Beide erklären, oft liegt der Grund für ein zu überbehütendes Verhalten seitens der Fachkräfte darin, die Bewohnerinnen und Bewohner vor sexualisierter Gewalt schützen zu wollen. Die Angst vor sexualisierter Gewalt gegenüber ihren Kindern existiert bei beiden interviewten Müttern (vgl. Abschnitt 4.4.2). Beide betonen die Wichtigkeit des sozialen Umfeldes, um für Schutz für ihre Kinder zu sorgen.

Ortland (2013) erklärt, dass die Angst vor sexuellen Übergriffen der Eltern einerseits verständlich und berechtigt ist, andererseits hindert diese Angst ihre Kinder davor, Erfahrungsräume zu erweitern. Um jedoch die Kinder bei der Erreichung der Selbstbestimmung zu fördern, sind diese Erfahrungsräume unerlässlich (vgl. Ortland 2013: 198).

Offen und transparent mit Sexualität umzugehen, verdeutlicht Ortland (2016), sind wesentliche Herangehensweisen, um sexualisierte Gewalt gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung zu reduzieren (vgl. Ortland 2016: 146). Das bedeutet, sexuelle Gewalt kann weder durch ‚eine lebenslange Überbehütung des ewigen Kindes‘ noch durch ‚ein Verdrängen sexueller Themen‘ verhindert werden, sondern vielmehr durch eine offene Kommunikation über Sexualität und mit Hilfe sexueller Aufklärung davor schützen. Schließlich verhilft das Wissen über sexuelle Selbstbestimmung, Menschen mit geistiger Behinderung sexuelle Übergriffe als diese wahrzunehmen und sich ihnen zu widersetzen (vgl. Bosch/Suykerbuyk 2006: 54; Specht 2013a: 182; Abschnitt 2.4.2).

Mühl (2000) versteht unter Fremdbestimmung „Bestimmt sein durch andere“ (Mühl 2000: 80). Besonders Menschen mit geistiger Behinderung sind aufgrund bestehender sozialer Abhängigkeitsverhältnisse mit Fremdbestimmung konfrontiert. Fremdbestimmung bedeutet Macht ausüben und Menschen in ihrer Freiheit einzuschränken (vgl. Hahn 1992: 120; Zinsmeister 2013: 52). Hahn (1994) verweist darauf, dass Abhängigkeitsverhältnisse immer ein gewisses Maß an Fremdbestimmung beinhalten, jedoch fremdbestimmte Handlungen niemals die Möglichkeiten auf Selbstbestimmung reduzieren dürfen. Hilfen des sozialen Umfeldes sollen so umgesetzt werden, dass soziale Abhängigkeit reduziert wird und selbstbestimmte Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung respektiert, akzeptiert, gefördert und unterstützt werden (vgl. Hahn 1994: 85; Abschnitt 2.2.4).

Eine Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.4.3) erklärt, dass Menschen mit geistiger Behinderung sehr viel Fremdbestimmung erleben und häufig das soziale Umfeld entscheidet „*was für sie gut ist.*“ (F/529). Die zweite Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.4.3) schlussfolgert, auch wenn fremdbestimmte Maßnahmen, Verbote und Regeln zum Schutz vor negativen Erfahrungen dienen sollen, ist das trotzdem Fremdbestimmung und nimmt Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit, eigene Erfahrungen zu sammeln und selbst Entscheidungen für sich zu treffen. Beide Interviews mit den professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.4.3) bestätigen, dass Menschen mit geistiger Behinderung in gewisser Weise ihr Leben lang abhängig vom sozialen Umfeld sind und „*immer zuerst ihre Mama oder Betreuende fragen*“ (F/399) müssen. Ziel muss es jedoch sein, die Abhängigkeit so gering wie möglich zu halten.

Eine befragte Mutter ist sich einer „*Abhängigkeitsbeziehung*“ (D/266) zwischen ihrem Kind und ihr bewusst. Sie versucht ihrem Kind möglichst viele Freiheiten und Selbständigkeit zu gewähren. Sie verdeutlicht, dies sei nur in einem „*vernünftigen Maß*“ (D/188) möglich, weil es sonst zu gefährlich für ihr Kind ist und sie ihr Kind alleine nirgends hingehen lassen kann. Beide Fachkräfte (vgl. Abschnitt 4.4.3) bestätigen die Problematik der Fremdbestimmung durch Bezugspersonen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung anhand von Beispielen. Eine Fachkraft erzählt, dass es in den Händen der Mitarbeitenden liegt, ob eine Partnerschaftsbeziehung für ‚gutgeheißen‘ wird. Mitarbeitende können aufgrund pädagogischer Beurteilungen darüber entscheiden und rechtfertigen, was verboten bzw. erlaubt wird, ob beispielsweise sexuelle Kontakte in Wohngruppen verboten werden oder Zimmertüren nicht abgeschlossen werden dürfen. Die andere Fachkraft bemerkt, dass Mitarbeitende in Einrichtungen teilweise absurde Regelungen aufstellen, um Sexualverkehr zu verhindern, wie z.B. eine Angabe über die Mindestdauer einer Beziehung bevor Geschlechtsverkehr erlaubt wird. Betroffenen Personen werden dadurch Entscheidungen abgesprochen, auch wenn diese versichern, dass es ihr Wunsch und Wille ist. Zinsmeister (2013) verweist auf Fremdbestimmung in Form von Manipulation. So können Menschen mit geistiger Behinderung durch absichtliche Vorenthaltungen, einseitiger Bewertung oder durch Weitergabe von falschen oder verkürzten Informationen in einer Weise manipuliert werden, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse denen der fremdbestimmten Person zu unterstellen (vgl. Zinsmeister 2013: 51). Einer der befragten jungen Erwachsenen (vgl. Abschnitt 4.4.3) gibt an, in den Regeln der Wohngruppe gelesen zu haben, dass Geschlechtsverkehr in der Wohngruppe verboten ist. Auf Nachfrage bei den Mitarbeitenden diesbezüglich wurde ihm das betätigt. Thomas et al. (2006) beschreiben, dass betroffene Personen angesichts solch erfahrener Regeln generell sexuelle Aktivitäten als verboten wahrnehmen und benennen solche Interpretationen als eine ‚Übeneralisierung‘, das bedeutet, dass Betroffene das Einholen einer Erlaubnis bei sexuellen Handlungen als Notwendigkeit und Selbstverständlichkeit in ihrem Leben empfinden. Fremdbestimmte Regelungen werden als alltäglich hingenommen (vgl. Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 159).

Fremdbestimmung seitens der Eltern bezüglich Sexualität und Partnerschaft wird in den geführten Interviews mit den jungen Erwachsenen ebenso deutlich. So äußert sich ein Befragter angesprochen zum Thema, ob er sich Kinder wünscht: „*Kinder nicht so, Mama hat gesagt ich soll am besten kein Kind haben.*“ (A/70).

Hennies und Sasse (2004) beschreiben hierzu, dass es Menschen mit geistiger Behinderung angesichts der stark ausgebildeten emotionalen Bindung an das familiäre Umfeld häufig schwerfällt, sich gegen Verbote oder das Einmischen der Eltern aufzulehnen und abzugrenzen.

Aus diesem Grund verzichten sie oftmals auf persönliche Beziehungsvorstellungen und verdrängen sexuelle Bedürfnisse (vgl. Hennies/Sasse 2004: 69). Walter (1992a) verweist darauf, dass sich für Menschen mit geistiger Behinderung dadurch eine psychische Zwangssituation ergeben kann. Sexuelle Wünsche müssen unterdrückt werden, um die soziale Zuwendung durch das familiäre Umfeld nicht zu verlieren (vgl. Walter 1992a: 32; Abschnitt 2.2.2).

Der zweite befragte junge Erwachsene mit geistiger Behinderung erzählt im Interview, dass er seine Freundin gerne zu sich nach Hause einladen würde. Seine Mutter erklärte daraufhin, dass er seine Freundin erst einladen darf, wenn er gelernt hat, seine Aggressionen zu kontrollieren. Fremdbestimmung durch die Eltern wird indirekt auch in einem geführten Interview mit einer Mutter thematisiert. Die Mutter erklärt, dass sie als Eltern einer Partnerschaft zustimmen, wenn sie das Gefühl haben, dass der Partner „*vom Charakter her eben geeignet*“ (D/224) ist. Wie bereits erwähnt (vgl. Abschnitt 4.3.3), würde die Mutter ebenso einer Eheschließung nicht zustimmen „*Also zur Ehe würde ich sagen `nein`*“ (D/214).

Die Literatur beschreibt, dass sich Machtanwendungen durch das professionelle Umfeld in Form von fremdbestimmten Maßnahmen und unterdrückende Regelungen bezüglich der Ausgestaltung der eigenen Sexualität zeigen, wie z.B. mangelnder Schutz der Privat- und Intimsphäre oder Übernachtungsregelungen bzw. Übernachtungsverbote in Einrichtungen (vgl. Specht 2001: 5; Jeschke/Wille/Fegert 2006: 237f.; Thomas/Kretschmann/Lehmkuhl 2006: 185ff.; Zemp 2010: 30). Diese Verbote, Regelungen und die geringe Wahrung der Privat- und Intimsphäre schränken Menschen mit geistiger Behinderung stark in ihrer sexuellen Selbstbestimmung ein (vgl. Walter 1992a: 30; Jeschke/Fegert 2006: 420; Zemp 2010: 30; Römisch 2011: 63; BMFSFJ 2014: 39; Ortland 2016: 115).

Beide Fachkräfte betonen, dass solche Verbote und Regelungen sexuelle Kontakte erfahrungsgemäß in Einrichtungen nicht verhindern, sondern aufgrund dieser Einschränkungen Menschen mit geistiger Behinderung heimlich andere Räumlichkeiten nutzen, wie z.B. Toiletten. Mattke (2004a) bestätigt diese Problematik. Nicht ungestört und unbeobachtet alleine sein zu können, zwingt Menschen mit geistiger Behinderung dazu, sich heimlich an verschiedenen Orten zu treffen (vgl. Mattke 2004: 50).

Ortland (2016) beschreibt, dass es von professionellen Begleitpersonen in Einrichtungen häufig als Selbstverständlichkeit empfunden wird, ohne Ankündigung Privat- und Intimräume zu betreten (vgl. Ortland 2016: 115). Zudem verhindern Gemeinschaftsbäder häufig eine intime, persönliche Pflegesituation (vgl. Walter 1992a: 30; Hähner 1999: 23; Zemp 2010: 30; BMFSFJ 2014: 38). Pflegehandlungen in nicht geschützten privaten Räumen und grenzüberschreitendes

Verhalten seitens der Mitarbeitenden beeinträchtigen die Entwicklung des Schamgefühls und die Wahrnehmung über ein positives Selbst- und Körperbild der betroffenen Personen stark (vgl. Baab 2018:7; Abschnitt 2.3.2). Über den mangelnden Schutz seiner Privat- und Intimsphäre beschwert sich ein interviewter junger Erwachsener und erzählt, dass es ihm peinlich gewesen ist, sich zu duschen als er einen Gips am Arm hatte. Er beschreibt die Handhabung mit der Situation seitens der Mitarbeitenden der Wohngruppe folgendermaßen: *„Es muss halt eine Tüte über den Arm gemacht werden, dann geht sie wieder. Aber zuvor muss ich mich ausziehen bis auf Unterhose, halbnackig vor der Erzieherin stehen und dann die Erzieherin rufen und dann kommt sie und tut die Tüte drüber. Das stört mich. Ich mag das nicht, das würde dir auch nicht gefallen.“* (A/42-45). Weiter bemerkt er, dass er nicht den Mut hatte, die Erzieherin darauf anzusprechen, denn *„die Betreuerinnen meinen es nur gut mit mir.“* (A/46-47). Diese Aussage macht klar, wie wichtig sexuelle Aufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung ist. Sexuaufklärung bedeutet, Kompetenzen zu fördern, d.h. Selbstbehauptung zu stärken, um eigenen Grenzen zu setzen und diese auch einfordern zu können (vgl. BZgA 2015: 31).

5.5 Sexuelle Aufklärung und wechselseitige Kooperation

Bei der Umsetzung des Konzeptes ‚sexuelle Aufklärung‘ müssen maßgebend Menschen mit geistiger Behinderung, familiales und professionelles Umfeld gemeinsam und aktiv eingebunden sein. Meinungen, Bedürfnisse und Verhaltensmöglichkeiten aller Beteiligten sind zu respektieren (vgl. Küppers 2009: 56; Ortland 2008: 93; Baab 2018: 9).

Eine besondere Bedeutung liegt in der Zusammenarbeit zwischen professionellen Begleitpersonen und dem familialen Umfeld und gegenseitiger Unterstützung. Unterschiedliche Bedürfnisse der Familien nach Informationen, Beratung, Kontakt, Kommunikation und Entlastung müssen angesichts der besonderen Lebensumstände und Belastungen beachtet werden (vgl. Pro Familia 2011: 19).

Die interviewten Mütter sowie die interviewten Professionellen (vgl. Abschnitt 4.5.1) betonen den Aspekt der Entlastung für das familiale Umfeld von Menschen mit geistiger Behinderung durch angebotene Sexuaufklärungskurse und eine Unterstützung bei sexueller Aufklärung und sexuellen Themen durch Fachkräfte. Die interviewten professionellen Begleitpersonen sprechen von einer großen Erleichterung für die Eltern, wenn sexuelle Aufklärung an Fachpersonal abgegeben werden kann. Beide befragten professionell Tätigen geben an, häufig von Eltern Aussagen wie *„Gott sei Dank, macht ihr das“*. (E/95) oder *„ich habe keine Idee, wie ich das machen soll“* (F/186) zu hören. Den benötigten Unterstützungsbedarf bestätigen beide

befragten Mütter. Eine Mutter erklärt, sexuelle Aufklärung muss „*mehrgleisig*“ (C/201) stattfinden und kann nicht alleine den Eltern überlassen werden. Die andere befragte Mutter stellt fest, dass sie Sexualaufklärung nicht alleine bewältigen kann.

Eckert (2008) beschreibt als Basis für eine gelingende Zusammenarbeit zwischen familialem und professionellem Umfeld den Aspekt der Beziehungsgestaltung. Voraussetzung ist ein offener und wertschätzender Umgang miteinander und gegenseitiger Respekt einerseits von den Eltern gegenüber der Fachkompetenz der Professionellen und andererseits von den Fachleuten gegenüber dem Engagement der Familie (vgl. Eckert 2008: 53f.)

Beide interviewten Mütter (vgl. Abschnitt 4.5.2) finden einen engen, offenen, aktiven und regelmäßigen Austausch zwischen familialem und professionellem Umfeld besonders wichtig. Eine Mutter wünscht sich eine „*fruchtbare Erziehungskooperation*“ (D/318), „*Weil gerade auch das Sexualleben und sexuelle Aufklärung ein laufendes Thema sein wird.*“ (D/343-344). Auch die andere Mutter empfindet sexuelle Aufklärung als ein „*Alltagsthema*“ (C/406) und schlussfolgert, dass deshalb eine Auseinandersetzung zwischen Eltern und Professionelle stattfinden muss.

Die große Bedeutung einer offenen Kommunikation und aktiver Zusammenarbeit zwischen Eltern und Fachkräften bestätigen auch die befragten professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.5.2). Eine Fachkraft verdeutlicht die Notwendigkeit der Elternarbeit aufgrund oftmals differenzierter Meinungen zwischen Eltern und professionellen Begleitpersonen und erklärt weiter, dass spezielle Elternabende, bei denen die Inhalte von sexueller Aufklärung erläutert werden, für „*mehr Sicherheit und Klarheit*“ (F/500) sorgt.

Eine interviewte Fachkraft (vgl. Abschnitt 4.5.1) berichtet, dass nicht nur das familiale Umfeld Unterstützungsbedarf äußert, auch viele Mitarbeitende in Einrichtungen empfinden es als Erleichterung, wenn sexuelle Aufklärung durch sexualpädagogisches Fachpersonal übernommen wird oder für die Mitarbeitenden bei der Umsetzung unterstützende Hilfen angeboten werden. Specht (2103b) erklärt, für Mitarbeitende als aufklärende Personen bedeutet das, dass eigene Verständnis von Sexualität bei der sexualpädagogischen Arbeit hinter die Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung zu stellen. Vielmehr müssen diese sensibel und wertschätzend erfasst werden (vgl. Specht 2013b: 294). Die geführten Interviews mit den professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.5.3) unterstützen diese These. Beide erklären, dass man sich als professionelle Begleitperson bewusst darüber sein muss, seine persönliche Auffassung zu sexuellen Themen bei der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung zurückzustellen. Eine Fachkraft erklärt, wenn eine professionelle Begleitperson z.B. persönlich der Meinung ist, keinen Geschlechtsverkehr vor der Ehe zu praktizieren, muss diese Einstellung bei der Arbeit

mit Menschen mit geistiger Behinderung auf die Seite geschoben werden. Die zweite interviewte Fachkraft gibt an, dass es für sie auch nicht immer einfach war, die eigene Werte zurückzunehmen und erklärt: *„Das musste ich lernen, ein Lernprozess eben.“* (E/149).

Eine gelingende Umsetzung von sexualpädagogischer Arbeit setzt fachliche, methodische und selbstreflektierende Kompetenzen voraus. Unterstützungsangebote in Form von Weiterbildungsmaßnahmen, kollegialen Beratungen und Supervisionen sollen den Mitarbeitenden ermöglichen, Sexualaufklärung in den Alltag zu integrieren. Außerdem können sexualpädagogische konzeptionelle Verankerungen in den Einrichtungen für Sicherheit im Umgang mit sexueller Aufklärung sorgen (vgl. Specht 2013a: 174f.; BZgA 2015: 19; Abschnitt 2.4.3).

Sowie die geführten Interviews mit den Müttern als auch mit den professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.5.3) verweisen auf die Bedeutung unterstützender Angebote und Hilfen für das familiäre und das professionelle Umfeld. Die Fachkräfte verweisen darauf, dass kontinuierliche Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeitenden gegen Ängste und Unsicherheiten im Umgang mit sexuellen Themen helfen und die benötigte Sicherheit im Umgang mit sexueller Aufklärung liefern. Eine Mutter erklärt, Fortbildungen für Mitarbeitende sind wichtig, damit ihr Kind *„gute Begleitpersonen zur Seite gestellt bekommen“* (D/253).

Beide professionell Tätige (vgl. Abschnitt 4.5.3) benennen den Wert sexualpädagogischer Leitlinien bzw. Konzepte, in denen Mitarbeitende Handlungsanweisungen nachlesen können und bemerken weiter, dass die Mitarbeitenden natürlich auch die Bereitschaft zeigen müssen, sich mit den sexualpädagogischen Leitlinien auseinanderzusetzen und dementsprechend umzusetzen. Eine Fachkraft verweist auf die Problematik, dass sich Mitarbeitende häufig nicht an den sexualpädagogischen Leitlinien orientieren *„dann hilft halt auch kein sexualpädagogisches Konzept, wenn sich daran keiner hält oder auch nicht muss.“* (E/259-260).

Passend hierzu verdeutlicht Markus Betschart bei der Fachtagung ‚Sexualität und geistige Behinderung‘ von Pro Familia im Jahre 2008: *„sexualpädagogische Konzepte können nicht wirkungsvoll verordnet werden – Haltungen werden erarbeitet und nicht verordnet“* (Betschart 2008: 35).

Baab (2018) beschreibt, dass sich die persönliche Haltung professioneller Begleitpersonen zu sexueller Aufklärung durch Hilfestellungen mittels Gespräche, Beratungen, Reflexion und Bewusstmachung im Team neu orientieren kann. Reflexionsangebote müssen genutzt werden, um die eigene Haltung kritisch zu hinterfragen. Die praktische Umsetzung sexueller Aufklärung kann nur gelingen, wenn das gesamte Team Akzeptanz zeigt. Als Ressourcen und Hilfen für Teams können speziell ausgebildete sexualpädagogische Fachkräfte involviert werden (vgl.

Baab 2018: 9; Abschnitt 2.4.3). Beide befragten professionell Tätigen (vgl. Abschnitt 4.5.3) benennen Teamreflexionen, Supervisionen und sexualpädagogische Beratungen durch Fachpersonal als unverzichtbar. Im Hinblick auf die Haltung von Bezugspersonen und deren Umgang mit sexuellen Themen und Menschen mit geistiger Behinderung betonen beide interviewten Fachkräfte und eine befragte Mutter, dass Selbstreflexion unerlässlich ist. Die Mutter stellt fest, dass es wichtig ist, „*dass die Bezugspersonen an sich selbst Entwicklungsarbeit leisten.*“ (D/280-281) und schlussfolgert: „*Wir müssen immer selbstreflektieren, weil nur, wenn ich mich selbst kennengelernt habe und weiter selbst kennenlerne, desto besser kann ich damit umgehen und auch mit den Menschen. Wenn ich keine Ahnung von mir selbst habe, kann ich auch den anderen Menschen nicht erfassen.*“ (D/305-308).

5.6 Kritische Würdigung

Dieser Abschnitt widmet sich den Stärken und Schwächen des Forschungsvorhabens, um die Untersuchung kritisch zu hinterfragen.

Der qualitative Forschungszugang zum Thema, die Auswahl von Leitfadeninterviews mit Expertinnen und Experten als Erhebungsmethode sowie das Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse erwiesen sich als sinnvoll für dieses sensible und teilweise noch stark tabuisierte Forschungsgebiet.

Als Stärken der Erhebung wird der breite Zugang zur Zielgruppe der Expertinnen und Experten gewertet. Neben den professionellen Begleitpersonen und Müttern von Kindern mit geistiger Behinderung konnten Menschen mit geistiger Behinderung als Betroffene im Untersuchungsdesign als zentrale Auskunftspersonen einbezogen und beteiligt werden. Alle befragten Expertinnen und Experten konnten eine große Expertise aus ihren jeweiligen Erfahrungsbereichen aufweisen und somit wurde es möglich, unterschiedlichste Perspektiven in der qualitativen Befragung zu erfassen.

Die interviewten professionellen Begleitpersonen konnten Praxiserfahrungen sowohl aus der Sicht als Mitarbeitende einer Behinderteneinrichtung als auch aus der Sicht als sexualpädagogische Fachkräfte beisteuern. Beide arbeiten in Behinderteneinrichtungen, leiten nebenher Sexualaufklärungskurse und bieten sexualpädagogische Beratungen für Menschen mit geistiger Behinderung an. Diese beidseitige Sichtweise erwies sich als besonders wertvoll für die Erhebung.

Eine besondere Wertschätzung gilt der hohen Bereitschaft beider Mütter, während des Interviewprozesses äußerst offen und direkt über sehr intime und persönliche Themen wie Sexualität und sexuelle Aufklärung zu sprechen. Da die beiden Mütterinterviews angesichts des ‚social distancing‘ während der COVID-19-Pandemie telefonisch geführt wurden, könnte diese Situation anders als womöglich bei einem Face-to-face-Interview dazu beigetragen haben, dass die Mütter unbefangener und freier im Umgang mit dieser Thematik waren.

Die Interviews mit den jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung erwiesen sich als unkompliziert, da im Vorfeld bereits bedacht wurde, dass die konkrete Realisierung einer Mitwirkung und Beteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung an die Schaffung klarer Rahmenbedingen geknüpft ist.

Als Basis für die Durchführung der Interviews erwiesen sich die erstellten Interviewleitfäden als wertvoll. Neue Fragen, die aus dem Interviewprozess resultierten, wurden gestellt und folglich konnten relevante Themen wahrgenommen werden.

Kritisch anzumerken ist, dass es der Autorin bei den geführten Mütterinterviews nicht immer gelang, den Fokus konstant auf das zu erforschende Thema zu richten und von beiden Müttern viele weitere Bereiche rund um ihre Lebenssituation mit einem Kind mit geistiger Behinderung angesprochen wurden. Einige Antworten konnten im Rahmen der Analyse infolgedessen nicht verwertet werden. Jedoch zeigt das große Redebedürfnis der beiden Mütter von Kindern mit geistiger Behinderung über ihre Lebenslage die Notwendigkeit über weiteren Diskussions- und Forschungsbedarf.

Als ein weiterer Schwachpunkt der Studie wird gewertet, dass das Gütekriterium der Intercoodierreliabilität (Mayring 2010: 51), das bedeutet, dass mehrere Personen unabhängig voneinander das erhobene Material bearbeiten und deren Ergebnisse verglichen werden, nicht erfüllt ist. Zusätzliche Sichtweisen verschiedenen Personen wären wünschenswert gewesen.

Andererseits gewährleistet die alleinige Verarbeitung des Interviewmaterials durch die Autorin den Datenschutz aller Beteiligten.

Angesichts der geringen Fallzahl von sechs befragten Expertinnen und Experten ist diese Studie nicht repräsentativ. Die Ergebnisse der vorliegenden Forschung sind als Hinweise zu verstehen und könnten durch eine qualitative bzw. quantitative Forschung erweitert werden.

Eine zusätzliche Schwäche dieser Arbeit zeigt sich in der fehlenden methodologischen Triangulation. Für ein Forschungsvorhaben werden bestmöglich qualitative und quantitative Daten erhoben und ausgewertet, um sich wechselseitig zu belegen und zu ergänzen (vgl. Flick 2009: 226). Die Bearbeitung der Forschungsfrage nach der Wirkungserwartung von Menschen mit geistiger Behinderung, professionellen Begleitpersonen und des familialen Umfeldes an sexuelle Aufklärung erfolgte ausschließlich mittels der Erhebungsmethode des leitfadengestützten Expertinnen- und Experteninterviews und deren Auswertung anhand der qualitativen Inhaltsanalyse. Eine zusätzliche Untersuchung mit Hilfe eines quantitativen Erhebungsinstrumentes, z.B. eines Fragebogens, erfolgte nicht.

6 Resümee und Ausblick

Zusammenfassend wird deutlich, dass alle Befragten der vorliegenden Forschung das Recht auf Sexualität und auf sexuelle Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung bejahen und den Wert von Sexualität für ein erfülltes Leben anerkennen. Mit sexueller Aufklärung verbinden alle Interviewten positive Wirkungserwartungen. Sexuelle Aufklärung bedeutet Wissenserweiterung, mehr Bildung zu besitzen erhöht die Lebensqualität, verbessert die bio-psycho-soziale Gesundheit und fördert (sexuelle) Selbstbestimmung. Dennoch zeigt das Forschungsergebnis, dass sich professionelles und familiales Umfeld bei der Umsetzung sexueller Aufklärung nicht selten mit Schwierigkeiten und Herausforderungen konfrontiert sehen und auf spezielle Unterstützungsangebote, z.B. durch sexualpädagogisches Fachpersonal, Fortbildungen oder Teamreflexionen, angewiesen sind.

Sexuelle Aufklärung und eine dementsprechend sexualfreundliche Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung stellen hohe Anforderungen an das familiale und professionelle Umfeld. Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung unterscheidet sich nicht von Menschen ohne Behinderung und dennoch wird die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung kontrovers diskutiert, ist oftmals von Fremdbestimmung und Stigmatisierung betroffen und ist mit vielen gesellschaftlichen Vorurteilen behaftet. Die Besonderheit der Verknüpfung von Menschen mit geistiger Behinderung und Sexualität liegt lediglich darin, dass sie im Erleben und Ausleben ihrer Sexualität meist auf eine nicht selten lebenslange Hilfe ihres sozialen Umfeldes angewiesen sind. So ist es für Menschen mit geistiger Behinderung von großer Bedeutung, dass sexuelle Themen lebensbegleitend und wiederholend von ihren Hauptbezugspersonen

sonen in den Alltag integriert werden, um zielführend Informationen zu vermitteln und Handlungskompetenzen zu gewährleisten. Familiales und professionelles Umfeld können die Möglichkeiten der sexuellen Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung unterstützen, fördern und zulassen oder auch blockieren und behindern. Ängste, Unsicherheiten, Überbehütung und daraus resultierende fremdbestimmende Maßnahmen des professionellen und familiales Umfeldes sowie das Verdrängen der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung verhindern oftmals eine gelingende sexuelle Aufklärung. Die größte Herausforderung für familiales und professionelles Umfeld in der Rolle als aufklärende Personen liegt in der eigenen Haltung zu Sexualität. Voraussetzung für die Umsetzung einer gelingenden sexuellen Aufklärung und einer positiven Einstellung zu Sexualität ist die Klärung der eigenen Grenzen, Werte und Normen und diese, wenn nötig, den Wünschen und Bedürfnissen der Menschen mit geistiger Behinderung zu unterstellen. Eine sexualfreundliche Begleitung kann nur durch eine wertschätzende, akzeptierende und sensible Haltung gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung und ihren individuellen Bedürfnissen gelingen.

Im Kontext der Sozialen Arbeit und Menschen mit geistiger Behinderung besteht ein großer Handlungsbedarf bei der Sensibilisierung der Thematik Sexualität. Die Förderung sexueller Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung stellt im professionellen Umgang eine wichtige Aufgabe für die Soziale Arbeit dar und kann nur gelingen, wenn Menschen lernen und angeregt werden bei Entscheidungs- und Planungsprozessen mitzubestimmen. Auftrag der Sozialen Arbeit bedeutet einen Zugang zu sexueller Bildung für Menschen mit geistiger Behinderung zu ermöglichen, damit diese Informationen zu sexualitätsbezogenen Themen erwerben und diese nach ihren Möglichkeiten und Wünschen individuell umsetzen können. Soziale Arbeit versteht sich als Menschenrechtsprofession und diese Profession hat den Anspruch, in Form einer Anwaltschaft ein Sprachrohr für vulnerabel Gruppen zu sein. Soziale Arbeit basiert auf der Achtung der Würde aller Menschen und ihren Rechten. Soziale Arbeiterinnen und Arbeiter müssen daher die physische und psychische Integrität aller Menschen wahren und verteidigen. Um diesen Anspruch gerecht zu werden, bedarf es einer mutigen, aufgeschlossenen, qualifizierten und kontinuierlichen Herangehensweise, die sich für die (sexuelle) Selbstbestimmung für Menschen mit geistiger Behinderung einsetzt.

Selbstverständlich darf bei der Thematik Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung der Schutzbedarf vor sexualisierter Gewalt nicht ignoriert und vernachlässigt werden, darf aber dennoch nicht als einzige Orientierung dienen. Denn solange die Rechte anderer Personen nicht

verletzt werden, gilt es sexuelle Selbstbestimmung zu ermöglichen, damit Menschen mit geistiger Behinderung ihre Sexualität individuell ausleben können. Dieser Herausforderung muss sich das professionelle Umfeld stellen.

Erstrebenswert in diesem Kontext und beherztes Ziel des professionellen Umfeldes sollte es demzufolge sein: Mut zeigen, weg von der Rolle der Aufpasserrinnen und Aufpasser, weg von der Negativorientierung, weg von der Fremdbestimmung durch ein Helfersystem hin zur sexuellen Selbstbestimmung und ressourcenorientierten individuellen Unterstützung. Und hierzu gehört eben auch, sexuelle Aufklärung und Bildung als Lebenspraxis in den Alltag zu integrieren.

Ein weiterer Auftrag Sozialer Arbeit in diesem Kontext besteht darin, das Thema Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung zu enttabuisieren und eine allgemeine Akzeptanz in der Gesellschaft zu erreichen. Einschränkende Barrieren beginnen in den Köpfen der Menschen angesichts bestehender Vorurteile gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Soziale Arbeit muss das Bewusstsein schaffen, den Menschen in seiner Andersartigkeit und Fremdheit als ernstzunehmenden Menschen anzunehmen, in dem ganz individuelle Fähigkeiten und Ressourcen liegen. Hierzu gehört auch die Akzeptanz der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung und ein respektvoller Umgang mit ihren Wünschen.

Oder wie es eine interviewte Mutter auf den Punkt bringt: *„Man muss der Gesellschaft einfach die Angst nehmen vor diesen ‚merkwürdigen Menschen‘. Denn ein Mensch, der in Beziehung mit Menschen mit geistiger Behinderung geht, wird verwandelt, wird die Begegnung nicht vergessen und die Angst und Erschrockenheit darüber hoffentlich ablegen können.“* (D/383-386).

Literaturverzeichnis

Achilles, Ilse (2003): Vorwort. In: Delisle, Birgit/Haselbacher, Gerhard/ Weissenrieder, Nikolaus (Hrsg.): Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderung. München und Basel: Ernst Reinhard Verlag, S. 9–11.

Achilles, Ilse (2008): Die Ängste der Eltern. Wie Sexualpädagoginnen helfen können. In: Pro Familia: Liebe haben – Sexualität und geistige Behinderung. Dokumentation zur Fachtagung 22.11.2008. Eigenverlag, S. 1618. Abgerufen von: <https://www.profamilia.de/bundeslaender/baden-wuerttemberg/beratungsstelle-singen/alte-seiten/allgemeine-infos/fachtagung-sexualitaet-behinderung-dokumentation.html> [30.09.2020].

Aigner, Josef Christian (2013): Vorsicht Sexualität! Sexualität in Psychotherapie, Beratung und Pädagogik – eine integrative Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Arnade, Sigrid (2010): Von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung. Die UN-Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In: BZgA Forum - Sexualaufklärung und Familienplanung: Sexualität und Behinderung 1, S. 9–12.

Arnade, Sigrid (2013): Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit – Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Mensch. In: Claussen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 35–46.

Baab, Annabell (2018): Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe. Wo die Probleme liegen und was Mitarbeiter_innen und Einrichtungen tun können. In: Sozial Extra, 42 (6), S. 6–10.

Bader, Ines (2011): Lustvolle Erfahrungen mit allen Sinnen bei schwerer geistiger Behinderung. In: Maier-Michalitsch, Nicola J./Grunick, Gehrard (Hrsg.): Leben pur – Liebe, Nähe, Sexualität bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf: verlag selbstbestimmtes leben, S. 47–64.

Beier, Klaus Michael/Loewit, Kurt (2011): Praxisleitfaden Sexualmedizin. Von der Theorie zur Therapie. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.

Bergeest, Harry (2007): Sexualität. In: Bundschuh, Konrad/Heimlich, Ulrich/Krawitz, Rudi (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagwerk für Studium und pädagogische Praxis. 3. Auflage. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, S. 242–244.

Betschart, Markus (2008): Der Weg hin zu einem wirksamen Konzept. In: Pro Familia: Liebe Haben – Sexualität und geistige Behinderung. Dokumentation zur Fachtagung 22.11.2008. Eigenverlag, S. 34–37. Abgerufen von: <https://www.profamilia.de/bundeslaender/baden-wuerttemberg/beratungsstelle-singen/alte-seiten/allgemeine-infos/fachtagung-sexualitaet-behinderung-dokumentation.html> [30.09.2020].

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. 4. Auflage. Heidelberg: Springer Verlag.

Bosch, Erik/Suykerbuyk, Ellen (2006): Aufklärung – Die Kunst der Vermittlung. Methodik der sexuellen Aufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Bosch, Erik (2013): Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Ein Hand- und Arbeitsbuch. 3. Auflage. Tübingen: dgvt -Verlag.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. 3. Auflage. Berlin: bmfsfj -Eigenverlag.

Buchner, Tobias (2008): Das qualitative Interview mit Menschen einer so genannten geistigen Behinderung. Ethische, methodologische und praktische Aspekte. In: Biewer, Gottfried/Luciak, Mikael/ Schwinge, Mirella (Hrsg.): Begegnungen und Differenz: Menschen – Länder – Kulturen. Beiträge zur Heil- und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag, S. 516–528.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2015): Konzept Sexualaufklärung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Köln.

Cloerkes, Günther (1985): Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme internationaler Forschung. 3. Auflage. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Cloerkes, Günther (1997): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. Heidelberg. Universitätsverlag C. Winter, Programm Ed. Schindele.

Conod, Loïse/Servais, Laurent (2008): Sexual Life in subjects with intellectual disability. In: Salud publica de Mexico 50 (Suppl 2), S. 230–238.

Dawid-Hapkemeyer, Heidi (1995): Grundlagen und Entwurf für ein personal-interaktives Konzept zur geschlechtlichen Erziehung in der Schule für Geistigbehinderte. Frankfurt am Main: Peter Lang, europäischer Verlag der Wissenschaften.

Dederich, Markus (2017): Ethische Aspekte der Forschung an Menschen mit geistiger Behinderung. In: Teilhabe 56 (1), S. 4–10.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005): ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Abgerufen von: http://www.soziale-initiative.net/wp-content/uploads/2013/09/icf_endfassung-2005-10-01.pdf [25.09.2020].

Diehl, Ulrike (2001): Einstellungen der Eltern zur Sexualität ihres körper- oder mehrfachbehinderten Kindes. In: BZgA Forum, Sexualaufklärung und Familienplanung (Hrsg.): Sexualität und Behinderung, 2/3, S. 16–19.

Eckert, Andreas (2008): Ressourcen und Bedürfnisse im familiären Leben mit einem behinderten Kind – Theoretische Hintergründe und empirische Analysen. In: Eckert, Andreas (Hrsg.): Familie und Behinderung. Studien zur Lebenssituation von Familien mit einem behinderten Kind. Hamburg: Verlag Dr. Kovač, S. 1–112.

Ellinger, Stephan/Koch, Katja (2006): Einstellungen gegenüber geistig behinderten Kindern 1974 und 2003. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, 75. Jahrgang. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 225-238.

Fegert, Jörg M./Jeschke, Karin/Thomas, Helgard/Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.) (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Fischer, Erhard (2008): Geistige Behinderung im Kontext der ICF – ein interdisziplinäres, mehrdimensionales Modell? In: Fischer, Erhard (Hrsg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen. 2. Auflage. Oberhausen: Athena-Verlag. S. 385–417.

Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (2010): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe/von Kardoff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 13–29.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Flick, Uwe (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage. Reinbek bei Hamburg: rowohlts enzyklopädie im Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Fornefeld, Barbara (2008): Pädagogische Leitgedanken als Ausschluss-Prinzipien? In: Fornefeld, Barbara (Hrsg.): Menschen mit komplexer Behinderung. Selbstverständnis und Aufgaben der Behindertenpädagogik. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 108–147.

Fornefeld, Barbara (2013): Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik. 5. Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Frey, Brigitte (2002): Das Recht auf sexuelle Entwicklung - Möglichkeiten sexualpädagogischer Begleitung. In: Bannasch, Manuela (Hrsg.): Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, S. 103–109.

Geifrig, Renate (2003): Frauen mit Behinderung gelten als geschlechtslos – Sexualität und Behinderung aus weiblicher Sicht. In: Delisle, Birgit/Haselbacher, Gerhard/Weissenrieder, Nikolaus (Hrsg.): Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderung. München und Basel: Ernst Reinhard Verlag, S. 1220.

Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Glöckner Heidemarie (1998): Sexualität und Behinderung. In: Glöckner, Heidemarie (Hrsg.): Ein starkes Gefühl. Suchtprävention durch Sexualerziehung in der Grundschule. Würzburg: Edition Bentheim, S. 135–162.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG), in der Fassung vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438).

Hahn, Martin (1992): Pädagogische Ansätze – Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 3. Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S.110–127.

Hahn, Martin (1994): Selbstbestimmung im Leben auch für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Geistige Behinderung, 33 (2), S. 81–93.

Hähner, Ulrich (1997): Überlegungen zur Entwicklung einer Kultur der Begleitung. In: Hähner, Ulrich/Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/Walther, Helmut: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. 8. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 121–151.

Hähner, Ulrich (1999): „An Liebe fehlt es nicht“. In: psychosozial, 22 (77) Heft III, S. 23–26.

Helffferich, Cornelia (2009): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 3., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hennies, Irina/Sasse, Martina (2004): Liebe, Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 65–77.

Henschel, Angelika (2001): Lebenslagen und Interessenvertretung behinderter Frauen. Demokratie und Differenz. In: BZgA Forum, Sexualaufklärung und Familienplanung (Hrsg.): Sexualität und Behinderung, 2/3, S. 9–15.

Hensle, Ulrich/Vernooij, Monika A. (2000): Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. Theoretische Grundlagen. 6. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Hensle, Ulrich/Vernooij, Monika A. (2002): Einführung in die Arbeit mit behinderten Menschen I. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte. 7. Auflage. Wiebelsheim: Quelle & Meyer Verlag.

Herrath, Frank (2013): Menschenrecht trifft Lebenswirklichkeit: Was behindert Sexualität? In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 1934.

Hirschberg, Marianne (2011): Behinderung: Neues Verständnis nach der Behindertenkonvention. In: Deutsches Institut für Menschenrechte. Monitoring-Stelle zur Un-Behindertenkonvention (Hrsg.): Positionen 2011 (4). Tübingen: Wertewerk, S. 1–4.

Hitzler, Ronald (1993): Verstehen: Alltagspraxis und wissenschaftliches Programm. In: Jung, Thomas/Müller-Doohm, Stefan (Hrsg.): "Wirklichkeit" im Deutungsprozess: Verstehen und Methoden in den Kultur- und Sozialwissenschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag, S. 223–240.

Jeschke, Karin/Fegert Jörg M. (2006): Die Sicht des Fachpersonals auf sexuelle 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, S. 315425.

Jeschke, Karin/Thomas, Helgard (2006): 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, S. 31–68.

Jeschke, Karin/Wille, Nora/Fegert, Jörg. M. (2006): 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, S. 227–294.

Jahoda, Andrew/Pownall Jaycee Dawn (2014): Sexual understanding, sources of information and social networks; the reports of young people with intellectual disabilities and their non-disabled peers. In: Journal of Intellectual Disability Research 58 (5), S. 430441.

Kanitscheider, Bernulf (2011): Liebe und Sexualität. In: Dederich, Markus/Jantzen, Wolfgang/Walthes, Renate (Hrsg.): Sinne, Körper und Bewegung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 254–259.

Katzenbach, Dieter/Uphoff, Gerlinde (2008): Wer hat hier was zu sagen? Über das Paradox verordneter Autonomie. In: Mesdag, Thomas/Pfarr, Ursula (Hrsg.): Phänomen geistige Behinderung. Ein psychodynamischer Verstehensansatz. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 69–85.

Klamp-Gretschel, Karoline (2019): Sexuelle Gesundheit. In: Stöppler, Reinhilde/Klamp-Gretschel, Karoline (Hrsg.): Ressourcen nutzen – gesund bleiben! Gesundheitsbildung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Dortmund: verlag modernes leben, S. 91–99.

Klaus, Hans/Kajdacsy, Sylvia von /Haverbier, Jana (2015): Einstellungen Personalverantwortlicher zu Beschäftigung von Menschen mit Behinderung. Wiesbaden: Springer VS.

Klauß, Theo (1996): Ist die Integration leichter geworden? Zur Veränderung von Einstellungen gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung. Originalmanuskript des Autors eingereicht bei der Zeitschrift: Geistige Behinderung 1996, 35 (1).

Klauß, Theo (2003): Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Fischer, Erhard (Hrsg.): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen. 1. Auflage. Oberhausen: Athena-Verlag, S. 83–127.

Kleine Schaars, Willem (2006): Durch Gleichberechtigung zur Selbstbestimmung. Menschen mit geistiger Behinderung im Alltag unterstützen. 2. Auflage. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Koch, Friedrich (2013): Zur Geschichte der Sexualpädagogik. In: Schmidt, Renate-Berénike/Sielert, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. 2. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 25–40.

Kossat, Jutta (2018): Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen. München: Elsevier.

Krenner, Monika (2003): Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Tectum Verlag.

Kuhne, Tina/Mayer, Anneliese (1993): Die Übertragbarkeit der Konzepte feministischer Mädchenarbeit auf behinderte Mädchen und junge Frauen. In: Heiliger, Anita/Kuhne, Tina: Feministische Mädchenpolitik. München: Verlag Frauenoffensive, S. 102–114.

Kulig, Wolfram/Theunissen, Georg/Wüllenweber, Ernst (2006): Geistige Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 116–127.

Kunz, Daniel/Käppeli, Manuela (2016): Theoretische Grundlagen. In: Kunz, Daniel (Hrsg.): Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit. Luzern: interact Verlag, S. 24–37.

Küppers, Dorothea (2009): Sexualität ermöglichen – Sexualisierte Gewalt verhindern. In: AMYNA e.V. Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch (Hrsg.): Sexualisierte Gewalt verhindern – Selbstbestimmung ermöglichen. Schutz und Vorbeugung für Mädchen und Jungen mit unterschiedlichen Behinderungen. 2. Auflage. München: Eigenverlag, S. 41–60.

Lautmann, Rüdiger (2002): Soziologie der Sexualität. Erotischer Körper, intimes Handeln und Sexualkultur. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Leue-Käding, Susan (2004): Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung. Heidelberg: Winter Universitätsverlag „Edition S“.

Leue-Käding, Susan (2006): Sexuelle Gefährdung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 89–110.

Loeken, Hiltrud/Windisch, Matthias (2013): Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel – Arbeitsfelder – Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Mösler, Thomas (2002): Sexualität. Anmerkungen aus wissenschaftlicher und therapeutischer Sicht. In: Bannasch, Manuela (Hrsg.): Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher, S. 37–51.

Martin, Beate (2013): Sexuelle Bildung als Menschenrecht. Gedanken über angemessene Sexualitätsbegleitungen und notwendige Qualifizierungsmaßnahmen. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 204–216.

Mattke, Ulrike (2004a): Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 46–64.

Mattke, Ulrike (2004b): „Wir wissen, was für dich gut ist!“ Soziale Abhängigkeit und Fremdbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 300–312.

Mattke, Ulrike (Hrsg.) (2015): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Mühl, Heinz (2000): Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Miehte, Ingrid (2013): Forschungsethik. In: Fiebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prenzel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, S. 927–937.

Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph (2013): Epidemiologie, Risikofaktoren und Prävention. In: Neuhäuser, Gerhard/Steinhausen, Hans-Christoph/Häßler, Frank/Sarimski, Klaus (Hrsg.): Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 15–29.

Niebert, Kai/Gropengießer, Harald (2014): Leitfadengestützte Interviews. In: Krüger, Dirk/Parchmann, Ilka/Schecker, Horst (Hrsg.): Methoden in der naturwissenschaftsdidaktischen Forschung. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag, S. 121–132.

Niehoff, Ulrich (2013): Grundbegriffe selbstbestimmten Lebens. In: Hähner, Ulrich/Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/Walther, Helmut: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. 8. Auflage. Marburg: Lebenshilfe- Verlag, S. 53–64.

Noack, Cornelia/Schmid, Hanna J. (1994): Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. Eine verleugnete Realität. Stuttgart: Verband evangelischer Einrichtungen für Menschen mit geistiger und seelischer Behinderung e.V.

Offit, Avodah K. (1979): Das sexuelle Ich. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ortland, Barbara (2007): Pflegeabhängigkeit und Sexualität. In: Faßbender Karl-Josef/Schlüter, Martina (Hrsg.): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierung und praktische Erfahrungen. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag, S. 177–196.

Ortland, Barbara (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Ortland, Barbara (2012): Problemfeld oder Bereicherung? Partnerschaft leben und Sexualität gestalten in einer Wohneinrichtung. In: Teilhabe, 51 (3), S.116–120.

Ortland, Barbara (2013): «Es wurde einfach nicht darüber gesprochen». Sexualerziehung mit Menschen mit Behinderung als notwendiges schulisches Gesamtkonzept. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 187–203.

Ortland, Barbara (2015): Sexualität bei Menschen mit Behinderung – immer noch ein Tabuthema? In: Mattke, Ulrike (Hrsg.): Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Forschung – Prävention – Hilfen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 13–28.

Ortland, Barbara (2016): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Ortland, Barbara (2017): Sexuelle Selbstbestimmung im Spannungsfeld innerer und äußerer Möglichkeitsräume. In: Wazlawik, Martin/Freck, Stefan (Hrsg.): Sexualisierte Gewalt an erwachsenen Schutz- und Hilfebedürftigen. Wiesbaden: Springer VS, S. 921.

Plaute, Wolfgang (2006): Sexualität von und Sexualpädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg/Mühl, Heinz (Hrsg.): Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 501–512.

Pörtner, Marlis (2014): Ernstnehmen – Zutrauen – Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Pro Familia – Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2011): Körper und Sexualität – Sexualität und geistige Behinderung. 4. überarbeitete Auflage. Frankfurt am Main: Pro Familia.

Raithel, Jürgen/Dollinger, Bernd/Hörmann, Georg (2009): Einführung Pädagogik. Begriffe, Strömungen, Klassiker, Fachrichtungen. 3. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Rauh, Hellgard/Bahre, Steffen/Goetze, Herbert (2013): Der Umgang mit Sexualität und Familiengründungswünschen bei Jugendlichen mit Trisomie 21. Sicht der Jugendlichen selbst und ihrer Eltern. In: Heilpädagogische Forschung, Band 39 (3), S.106–116.

Römisch, Kathrin (2011): Entwicklung weiblicher Lebensentwürfe unter Bedingungen geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt Verlag.

Sandfort, Lothar (2007): Hautnah – Neue Wege der Sexualität behinderter Menschen. 2. Auflage. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Schnell, Martin W./Heinritz Charlotte (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für Gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Verlag Hans Huber.

Schwab, Susanne (2015): Einflussfaktoren auf die Einstellung von SchülerInnen gegenüber Peers mit unterschiedlichen Behinderungen. In: Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie, 47 (4). Göttingen: Hogrefe Verlag, S.177–187.

Senn, Charlene Y. (1993): Gegen jedes Recht: Sexueller Missbrauch und geistige Behinderung. Berlin: Verlag Donna Vita.

Siebelink, Eline M./de Jong, Menno D.T./Taal, Erik/Roelvink, Leo (2006): Sexuality and People With Intellectual Disabilities: Assessment of Knowledge, Attitudes, Experiences, and Needs. In: *Mental Retardation* 44 (4), S. 283–294.

Sielert, Uwe (1993): Sexualpädagogik. Konzeption und didaktische Anregungen. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Sielert, Uwe (2013): Sexualaufklärung, Sexualpädagogik und sexuelle Bildung in Deutschland – Begriffe, Konzepte und gesellschaftliche Realitäten. In: *Sexuologie Zeitschrift für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft* 20 (3-4), S. 117122.

Sielert, Uwe (2015): Einführung in die Sexualpädagogik. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Sigot, Marion (2017): Junge Frauen mit Lernschwierigkeiten zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. Ergebnisse aus einem partizipativen Forschungsprozess. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Sinason, Valerie (2000): Geistige Behinderung und die Grundlagen des menschlichen Seins. Neuwied, Kriftel, Berlin: Hermann Luchterhand Verlag.

Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Stand: Zuletzt geändert durch Art. 5 G v. 8.7.2019 I 1025. Abgerufen von: <https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/1.html> [28.08.2020].

Specht, Ralf (2001): Darf 's ein bisschen mehr sein? Sexualpädagogik in der Arbeit mit behinderten Menschen. Ein Überblick. In: *BZgA Forum, Sexualaufklärung und Familienplanung* (Hrsg.): *Sexualität und Behinderung*, 2/3, S. 3–8.

Specht, Ralf (2013a): Professionelle Sexualbegleitung von Menschen mit Behinderung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 165–183.

Specht, Ralf (2013b): Sexualität und Behinderung. In: Schmidt, Renate-Berenike/Sielert, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. 2. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, S. 288–300.

Specht, Ralf/ Walter, Joachim (2013): Sexualpädagogik. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Soziale Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. 2. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 333–334.

Speck, Otto (1992): Viele Eltern haben Angst. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 3. Auflage. Heidelberg: HVA/Edition Schindele, S. 17–21.

Speck, Otto (1993): Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein heilpädagogisches Lehrbuch. 7. Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Speck, Otto (2016): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. 12. Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Stöppler, Reinhilde (2008): Selbstbestimmte Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Nußbeck, Susanne/Biermann Adrienne/ Adam, Heidemarie (Hrsg.): Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung. Göttingen: Hogrefe Verlag, S. 562–577.

Stöppler, Reinhilde (2014): Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Theunissen, Georg (2009): Empowerment und Inklusion behinderter Menschen. Eine Einführung in die Heilpädagogik und Soziale Arbeit. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Thomas, Helgard/Kretschmann, Johanna/Lehmkuhl, Ulrike (2006): 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, S. 69–226.

Tröster, Heinrich (1990): Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern: Verlag Hans Huber.

von Bracken, Helmut (1976): Vorurteile gegen behinderte Kinder, ihre Familien und Schulen. Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung.

Wachtel, Grit (2016): Familie. In: Hedderich, Ingeborg/Biewer, Gottfried/Hollenweger, Judith/Markowetz, Reinhard (Hrsg.): Handbuch Inklusion und Sonderpädagogik. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S. 427–432.

Waldschmidt, Anne (1999): Selbstbestimmung als Konstruktion. Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Opladen: Leske + Budrich.

Walter, Joachim/ Hoyer-Hermann, Annerose (1987): Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Biographische Interviews. Heidelberg: Edition Schindele.

Walter, Joachim (1992a): Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 3. Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S. 29–37.

Walter, Joachim (1992b): Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 3. Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S. 160–173.

Walter, Joachim (1992c): Sexuelle Partnerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. 3. Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S. 290–296.

Walter, Joachim (2010): Zum Geleit. In: Achilles, Ilse: „Was macht ihr Sohn denn da?“ Geistige Behinderung und Sexualität. 5. überarbeitete Auflage. München und Basel: Ernst Reinhardt Verlag, S. 9–10.

Walther, Helmut (2013): Selbstverantwortung – Selbstbestimmung – Selbständigkeit. Bausteine für eine veränderte Sichtweise von Menschen mit einer Behinderung. In: Hähner, Ulrich/Niehoff, Ulrich/Sack, Rudi/Walther, Helmut: Vom Betreuer zum Begleiter. Eine Neuorientierung unter dem Paradigma der Selbstbestimmung. 8. Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 69–90.

Weingärtner, Christian (2009): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt. Eine Orientierung für die Praxis. 2. Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

WHO (2001): Revision of the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – The International Classification of Functions. Geneva: WHO.

WHO (2006): Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28 – 31 January 2002. Genf. Abgerufen von: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf [25.09.2020].

WHO (2014): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Übersetzung. Abgerufen von: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> [25.09.2020].

Wienholz, Sabine (2017): Sexuelle Bildung aus Perspektive von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit kognitiven Beeinträchtigungen und deren Hauptbezugspersonen. In: BZgA Forum – Sexualaufklärung und Familienplanung: Sexualität und Behinderung 1, S. 3742.

Windisch, Matthias (2017): Leitorientierung und Grenzprobleme der Selbstbestimmung in der ambulanten Unterstützung von Menschen mit Behinderungen und Pflegebedarf. In: Wansing, Gudrun/Windisch, Matthias (Hrsg.): Selbstbestimmte Lebensführung und Teilhabe. Behinderung und Unterstützung im Gemeinwesen. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 61–79.

Zemp, Aiha/ Pircher, Erika (1996): „Weil das alles weh tut mit Gewalt“ – Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Frauenangelegenheiten. Band 10. Wien.

Zemp, Aiha (2002): Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen. In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie (51) (8), S. 610–625.

Zemp, Aiha (2010): „Ich bestimme selbst!“ Prävention von sexueller Gewalt bei Menschen mit einer Behinderung. In: BZgA Forum – Sexualaufklärung und Familienplanung: Sexualität und Behinderung 1, S. 2731.

Zinsmeister, Julia (Hrsg.) (2003): Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen und das Recht. Gewaltprävention und Opferschutz zwischen Behindertenhilfe und Strafjustiz. Opladen: Leske + Budrich.

Zinsmeister, Julia (2010): Sexuelle Selbstbestimmung im betreuten Wohnen? Vom Recht und der Rechtswirklichkeit. In: BZgA Forum – Sexualaufklärung und Familienplanung: Sexualität und Behinderung 1, S. 13–18.

Zinsmeister, Julia (2013): Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S. 47–71.

Anhang

Anhang 1: Kategoriensystem.....	118
Anhang 2: Interviewleitfaden – Junge Erwachsene mit geistiger Behinderung.....	121
Anhang 3: Interviewleitfaden – Mütter	122
Anhang 4: Interviewleitfaden – Professionelle Begleitpersonen	123
Anhang 5: Kodierleitfaden – Darstellung des Analysevorgangs.....	125
Anhang 6: Transkript Interview A – Junger Erwachsener mit geistiger Behinderung	131
Anhang 7: Transkript Interview B – Junger Erwachsener mit geistiger Behinderung.....	134
Anhang 8: Transkript Interview C – Mutter	137
Anhang 9: Transkript Interview D – Mutter.....	150
Anhang 10: Transkript Interview E – Professionelle Begleitperson	162
Anhang 11: Transkript Interview F – Professionelle Begleitperson	171
Anhang 12: Ehrenwörtliche Erklärung.....	188

Anhang 1: Kategoriensystem

<i>Oberkategorien</i>	<i>Unterkategorien</i>	<i>Beispiele</i>
Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> - Verständnis von Sexualität - Einstellung zu Sexualität 	<ul style="list-style-type: none"> *Nur Reproduktion? *bejahend, verneinend *Akzeptanz *Sozialisierung *Gesellschaft *Tabuthema *Erleben als sexuelles Wesen
Lerneffekte	<ul style="list-style-type: none"> - Relevanz - Verständnis - Prioritätensetzung 	<ul style="list-style-type: none"> *Lebensbegleitung *Wiederholung *Ansprechpartner/in bei sexuellen Themen *Sexualwissen (Verhütung, Hygiene, Selbstbefriedigung usw.) *Normen/ Verhalten *über Sexualität sprechen *Verhütung? *Emotionale Themen? *Beziehungsgestaltung? *sexuelle Übergriffe? *spezielle Angebote?

<p>Lebensqualität</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Bio-psycho-soziale Gesundheit - Selbstbestimmung - Wünsche – Partnerschaft, Liebe, Sexualität 	<ul style="list-style-type: none"> *sich wohlfühlen *gesunde Körperwahrnehmung *positive Auswirkungen auf Verhalten *Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten *Kompetenzstärkung *Gefühle erkennen, zeigen, ausdrücken *eigene Grenzen setzen * ‚nein‘ sagen *selbst entscheiden *mitbestimmen *Regeln, Verbote, Handlungen hinterfragen *Fragen stellen *Antworten erwarten *Selbständigkeit *Zukunftsperspektive *Beziehungsgestaltung * ‚Normalität‘ *Zusammenwohnen *Ehe und Kinderwunsch *allein sein können *Selbständigkeit *Selbstsicherheit *Selbstwertgefühl *Wertschätzung, Akzeptanz
------------------------------	---	--

<p>Herausforderungen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Innere Haltung - Ängste, Überbehütung und Unsicherheiten - Fremdbestimmung 	<ul style="list-style-type: none"> *Individuelle Umsetzung sexueller Aufklärung/ sexueller Themen *Verbote oder Bejahung *„schlafende Hunde“ wecken *Konsequenzen * Beschützen vor Negativerfahrungen (z.B. sexuelle Übergriffe) *„ewiges“ Kind *Kontrolle *Abhängigkeit *Wer entscheidet? *Wer sucht geeignete Partnerinnen bzw. Partner aus? *Regeln aufstellen *Privatsphäre gewähren
<p>Unterstützungsmöglichkeiten</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entlastung - Zusammenarbeit - Fortbildung, Reflexion und Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> *Wer übernimmt sexuelle Aufklärung? *Elternabende *offene Kommunikation *regelmäßiger Austausch *Klarheit, Sicherheit *Bedeutung * angebotene Hilfen

Abb. 1: Kategoriensystem eigene Darstellung

1. Was bedeutet Sexualität für Dich?

Was gehört für Dich dazu?

2. Hattest Du schon mal Sexualaufklärung?

Eltern, Schule, Einrichtung?

Was weißt Du noch spontan darüber? Was fällt Dir auf Anhieb ein?

3. Hast Du einen GesprächspartnerIn zum Austausch über Fragen zu Sexualität und Liebe?

Eltern, Familie, Betreuerin, Betreuer?

4. Welche Verhütungsmittel kennst Du? Wie und warum benutzt man Verhütungsmittel?

Wissensfrage: keine Babys, sexuell übertragbare Krankheiten? Verschiedene Verhütungsmittel?

5. Ab welchem Alter darfst Du Sex mit jemanden haben?

Wissensfrage

6. Hast Du eine Freundin bzw. Freund?

Bist Du verliebt?

7. Was wünschst Du Dir in Bezug auf Sexualität, Liebe und Partnerschaft für Dein Leben?

Beziehung, Zusammenwohnen, sexuelle Selbstbestimmung usw.

8. Was machst Du, wenn Dir beispielsweise Berührungen oder Handlungen von Deiner Freundin oder jemanden anderen nicht gefallen?

Grenzen setzen

9. Welche Themen sind Dir wichtig bei sexueller Aufklärung?

Verhütung, Körper, emotionale Dinge usw.

10. Und zum Schluss, möchtest du noch etwas sagen, hast du noch etwas auf dem Herzen?

1. Welchen Stellenwert nimmt Ihr Kind mit geistiger Behinderung in der Familie ein?

Icebreaker

2. Können Sie mir etwas darüber erzählen, wie sich bei Ihrem Kind Sexualität zeigt?

Welche Gedanken fallen Ihnen ein, wenn Sie daran denken, Ihr Kind lebt seine Sexualität in allen Bereichen aus? Ihr Kind als sexuelles Wesen? Was bedeutet der Begriff Sexualität?

3. Welchen Stellenwerte hat sexuelle Aufklärung für Ihr Kind?

4. Gab es bereits ein innerfamiliäres Aufklärungsgespräch?

Von wem wurde es initiiert? Aufgrund eines Ereignisses? (Menstruation, Masturbation usw.)

5. Welche Wirkung erwarten bzw. erhoffen Sie sich von Sexualaufklärung bei Ihrem Kind?

Bestehen Ängste oder Unsicherheiten gegenüber Sexualaufklärung, z.B. ‚schlafende Hunde wecken‘?

Prioritäten: Verhütung? Schutz vor sexuelle Übergriffe? Sexuelle Selbstbestimmung? Körperwahrnehmung? Beziehungsgestaltung?

6. Haben Sie den Eindruck die Inhalte sexueller Aufklärung werden verstanden, verinnerlicht und erinnert?

Wie zeigt sich das Verstehen? Voraussetzungen?

7. Finden Sie eine Partnerschaft, Liebe und Sexualität wichtig im Leben Ihres Kindes?

Lebensqualität, Angst, Unsicherheit, Akzeptanz?

8. Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?

Rolle der Bezugspersonen, Haltung, Bedarf an Unterstützung?

9. Und zum Schluss, wie war es für Sie, über das Thema Sexualität und Sexualaufklärung zu sprechen? Möchten Sie noch etwas ergänzen?

1. Können Sie mir anhand Ihrer Erfahrungswerte erzählen, worin die Schwerpunkte bei Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung liegen? Was fällt Ihnen dazu ein?

Gesellschaftliche Akzeptanz? Unterschiede zu Menschen ohne Behinderung?

2. Haben Sie Erfahrungen im Bereich Sexualaufklärung in Ihrer Einrichtung gesammelt?

Findet Sexualaufklärung statt? Wird Sexualität in der Einrichtung gelebt? Bedarf?

3. Erzählen Sie mal, welchen Stellenwert hat Sexualaufklärung im gesamten Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung?

Bedeutung, Prioritäten, Aufklärungsbedarf, Wissensstand?

Stellenwert bei Eltern? Stellenwert bei professionell Tätige?

4. Haben Sie den Eindruck die Inhalte von sexueller Aufklärung werden verstanden, verinnerlicht und erinnert?

Voraussetzung dafür? Wie zeigt sich das Verständnis? Wissensstand?

5. Welche Wirkung bzw. Effekte von Sexualaufklärung stellen Sie in Bezug auf die Betroffenen selbst, professionellen Begleitpersonen und familialen Umfeld fest?

Betroffene: Bildungseffekt, Kompetenzstärkung, Lebensqualität, sexuelle Gesundheit, sexuelle Selbstbestimmung, Rechte einfordern, sich behaupten, ‚nein‘ sagen, Lebenszufriedenheit, Ansprechpartner finden

Eltern und professionelle Begleitpersonen: Vermeidungsprozesse, Angst, Unsicherheit

Entlastung?

6. Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?

Ängste, Unsicherheiten, Überforderung?

7. Können Sie mir anhand Ihrer Erfahrungswerte erzählen, wie sich die Haltung und Einstellung der professionellen Begleitpersonen zum Thema Sexualität auf den Umgang mit sexueller Aufklärung/sexuellen Themen im Einrichtungsalltag auswirkt?

Annahme: ‚großes Kind‘ – ‚Asexualität‘ – ‚triebgesteuert‘?

Sexbejahende oder sexverneinende Haltung der professionell Tätigen?

8. Nehmen Sie Unsicherheiten und Ängste bei professionellen Begleitpersonen beim Thema Sexualität und geistige Behinderung wahr? Welche?

Verbote, Regeln?

9. Empfinden Sie Sexualität und geistige Behinderung als ein Tabuthema?

Gesellschaft? Individuell?

10. Und zum Schluss, möchten Sie noch etwas hinzufügen? Habe ich vergessen, etwas zu fragen?

Kategorie 1: Sexualität

Unterkategorie: Verständnis von Sexualität

Definition: Individuelles Verständnis von Sexualität

Ankerbeispiel:

„Sexualität, Liebe und Partnerschaft gehört ganz normal in den Alltag, zum Leben.“ (C/366-367)

Unterkategorie: Einstellung zu Sexualität

Definition: Erleben als sexuelles Wesen; Unterschiede zu nicht behinderten Menschen; Reaktionen

Ankerbeispiel:

„Das Thema Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung wird oft vergessen von der Gesellschaft, wird einfach tabuisiert.“ (E/27-28)

Kodierregel: Zuordnung explizit zu dieser Unterkategorie, wenn es um die gesellschaftliche Einstellung geht

Kategorie 2: Lerneffekte

Unterkategorie: Relevanz

Definition: Notwendigkeit, Bedarf und Bedeutung von sexueller Aufklärung

Ankerbeispiele:

„Ganz wichtig erscheint mir eine lebenslange Begleitung bei sexueller Aufklärung, auch kontinuierliche Wiederholungen sind bedeutend, dadurch wird es besser behalten.“ (C/414-415)

Kodierregel: Explizit nur Bedarf; Entlastung dargestellt in Kategorie Unterstützungsmöglichkeiten

Unterkategorie: Verständnis

Definition: Erinnerung an Lerninhalte; Verständnis der Lerninhalte; Umsetzung

Ankerbeispiele:

„Ich weiß jetzt, dass Sex ja was völlig Normales ist.“ (A/27)

„Kondome, haben wir geübt im Kurs. Damit keine Babys entstehen.“(A/51)

„Verhaltensauffälligkeiten, die vorher beschrieben wurden, wie z.B. Onanieren im öffentlichen Räumen oder so, das solche Dinge einfach weg sind. Da zeigt sich der Lerneffekt.“ (F/256-257)

„Manchmal wissen wir gar nicht so, was verstanden wird, da hoffen wir einfach.“ (E/105-106)

„aber es gab so einen Moment, da habe ich an einem Gummipenis gezeigt, wie Selbstbefriedigung funktioniert und da sagte dann ein Teilnehmender mit Down Syndrom: `Haha, Spaß`. Da dachte ich mir dann: `Ok, er hat es wahrscheinlich verstanden`.“ (F/222-224)

Unterkategorie: Prioritätensetzung

Definition: Vorrangigkeit der Lerninhalte der einzelnen Zielgruppen

Ankerbeispiele:

„Bei meinem Kind ist das Thema Verhütung sehr wichtig, sehr wichtig.“ (C/264)

„Das Seelenleben muss die Basis sein.“ (D/131)

„Verhütungsfragen sind für Menschen mit geistiger Behinderung aus meiner Erfahrung heraus relativ niedrig von der Fragefrequenz her, bildet nicht die oberste Priorität.“ (F/193-194)

„Wie man lernt, wie man mit seiner Freundin flirtet, mit ihr umgeht, was man mit ihr macht, wie man sie richtig streichelt. Und wie es funktioniert, mit meiner Freundin Sex zu haben.“ (B/88-89)

Kodierregel: Explizit nur Prioritäten der befragten Zielgruppen

Kategorie 3: Lebensqualität“

Ankerbeispiel:

„Und natürlich hat sexuelle Aufklärung eine unglaublich große Bedeutung für Menschen mit geistiger Behinderung auch für ihre Lebensqualität, Gesundheit und sexuelle Selbstbestimmung.“ (F/278-280)

Unterkategorie: Bio-psycho-soziale Gesundheit

Definition: Verbesserung des körperlichen und emotionalen Wohlbefindens

Ankerbeispiele:

„dass ich es schön finde, wenn mich jemand streichelt. Ich mag streicheln und kuscheln und dann geht’s mir auch viel besser.“ (A/28-29)

„Gesunde Körperwahrnehmung ist schon wichtig“ (D/84-85)

„Zu wissen, dass man auf sexuelle Gesundheit auch achten muss, mit Kondomen gegen sexuell übertragbare Krankheiten.“ (E/153-154)

Unterkategorie: Selbstbestimmung

Definition: Kompetenzsteigerung befähigt für sich selbst zu entscheiden und zu bestimmen

Ankerbeispiele:

„denn mehr sexuelles Wissen zu haben, heißt mehr Kompetenzen zu haben und kann eben auch bedeuten, dass Menschen mit geistiger Behinderung mehr Bedürfnisse einfordern oder ansprechen. Es wird ja auch vermittelt, dass jeder Mensch ein Recht auf Sexualität und ein Recht auf sexuelle Aufklärung hat.“(F/292-295)

„Generell zu lernen, selbstbestimmt `nein` zu sagen“(E/127-128)

„Selbstbestimmung gehört ja auch zum Menschsein dazu.“ (D/118)

„einen Weg zur Selbstbestimmung zu ebnen, damit die Kinder ihren persönlichen Lebensweg gehen können. Und hierzu gehört ja auch sexuell aufgeklärt zu sein.“ (D/119-121)

Unterkategorie: Wünsche – Partnerschaft, Liebe, Sexualität

Definition: Perspektiven der einzelnen Zielgruppen von Partnerschaft, Liebe und Sexualität

Ankerbeispiele:

„Ich wünsche mir eine Familie. Ja, wünsch ich mir. Mit allem Drum und Dran. Mit Liebe, Kuscheln, Frau und Kinder. Genau. Liebe und Beziehung wollen alle Menschen und vielleicht noch ein bisschen Sex.“ (B/77-79)

„Wichtig ist, ein Bewusstsein zu schaffen, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung den Wunsch und das Bedürfnis nach Partnerschaft, Liebe und Sexualität haben, aber es eben gleichzeitig die große Aufgabe ist, dass Angebote dafür geschaffen werden müssen, damit man das auch bedienen kann.“ (F/541-54)

„Aber mal ganz ehrlich, natürlich wollen und wünschen sich Menschen mit geistiger Behinderung auch Partnerschaft, Liebe und Sexualität für ihr Lebensglück.“ (E/262-263)

Kodierregel: Explizit Wünsche der befragten Zielgruppen

Kategorie 4: Herausforderungen

Unterkategorie: Innere Haltung

Definition: Individuelle Haltung der Hauptbezugspersonen als Herausforderung entscheidet über Umsetzung sexueller Thematik

Ankerbeispiel:

„Herausforderung wird sexuelle Aufklärung nur, wenn man selber ein Problem damit hat.“ (E/164)

„Es kommt auf die innere Haltung zu Sexualität an. Auf die eigenen Werte und Normen.“ (E/54-55)

Kodierregel: Zuordnung zu dieser Unterkategorie, wenn es explizit um die individuelle Haltung und Umgang mit Sexualität geht

Unterkategorie: Ängste, Überbehütung und Unsicherheiten

Definition: Gründe für vermeidende Reaktionen

Ankerbeispiele:

„weil wenn die Menschen mit geistiger Behinderung wissen wie es geht, dann fangen sie alle an, noch viel auffälliger zu werden und noch viel mehr Sex haben zu wollen.“ (F/252-253)

„wenn etwas passiert, wenn die doch Sex haben, wenn die schwanger wird, dann verbiete ich es lieber.“ (E/58-59)

„Und dann habe ich dann so Angst gekriegt. Also, dass mein Kind angesprochen wird, weil, ist ja auch so ein Opferkind, halt eine leichte Beute. Und dann habe ich wieder Angst bekommen wegen sexuellen Übergriffen.“ (C/129-131)

„Eltern sind auch oft so überbehütend“ (E/202)

Unterkategorie: Fremdbestimmung

Definition: Bestimmungen und Fremdbestimmungen aufgrund bestehender Abhängigkeitsverhältnisse durch das soziale Umfeld

Ankerbeispiel:

„Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben halt ganz viel Fremdbestimmung immer wieder, weil Erwachsene, Eltern, Geschwister, Einrichtungen, professionelle Begleitpersonen usw. für sie entscheiden, was für sie gut ist.“ (F/527-529)

„dass wir diese Abhängigkeit so gering wie möglich halten.“ (E/244-245)

Kategorie 5: Unterstützungsmöglichkeiten

Unterkategorie: Entlastung

Definition: (Sexualpädagogisches) Fachpersonal entlastet Bezugspersonen durch Übernahme sexueller Aufklärung

Ankerbeispiel:

„Aber grundsätzlich sind die Eltern erstmal wahnsinnig erleichtert, dass sie das Thema rund um sexuelle Aufklärung und Sexualität abgehandelt können. Für viele Eltern ist das irgendwie sowas, wie `ich habe keine Idee, wie ich das machen soll´. “(F/184-186)

Unterkategorie: Zusammenarbeit

Definition: Bedeutung der Kommunikation und des Austausches zwischen allen Beteiligten

Ankerbeispiel:

„Ja, natürlich ist der enge Austausch zwischen den Eltern und professionellen Begleitpersonen von großer Bedeutung besonders bei diesem Thema, wichtiger noch wie bei vielen anderen Themen.“ (D/311-313).

Unterkategorie: Fortbildung, Reflexion und Supervision

Definition: Unterstützende Hilfen und Angebote beim Umgang mit dem Thema sexuelle Aufklärung

Ankerbeispiele:

„Grundvoraussetzung ist Selbstreflexion“ (D/302-303)

„Und dann denke ich, muss man im Team reflektieren oder halt dann sowas wie sexualpädagogische Beratung speziell für Teams wahrnehmen oder auch Supervisionen und Fortbildungen.“ (F/420-422)

2

3 **I. (=Interviewerin): Was bedeutet Sexualität für Dich?**

4 A. (=Antwort): Zum Sex muss man eine Frau kennenlernen und fragen, willst du Kinder haben
5 oder willst du Sex machen, da muss man fragen. Dann muss man sich ausziehen oder können
6 wir auch was anderes machen und ja.

7 I.: Und Liebe? Ist das was anderes?

8 A.: Liebe ist, wenn man jemanden lieb hat, wie ich die Mama mag. Mit der Mama kann man
9 keinen Sex haben. Wenn ich eine Freundin hätte, hätte ich die auch lieb, wie die Mama, aber
10 hätte auch Sex. Müsste sie aber fragen, aber von mir aus doch.

11

12 **I.: Hattest Du schon mal Sexualaufklärung?**

13 A.: Ja. Super ist das.

14 I.: Was weißt Du noch darüber? Was fällt Dir spontan ein?

15 A.: Irgendwas war da. Dass Menschen irgendwann dann anders werden, dass, wenn Menschen
16 in der Pubertät ist [sic!], dass da Sachen auftreten können. Das habe ich echt nicht gewusst und
17 dass es normal ist. Und ich weiß jetzt, wo was ist, auch bei den Mädchen. Eier haben nur Frauen
18 und Samen nur Männer, also Eierstöcke und Samenleiter.

19 I.: Was hast du gelernt?

20 A.: Als ich noch kleiner war, wusste ich nicht, was Sex ist, aber Sex ist halt normal. Hat mich
21 schon interessiert. Haben in der Schule schon darüber gesprochen. Da haben wir Fotos gesehen
22 und ich habe noch ein Buch, in dem es erklärt wird, wie was funktioniert. Aber beim Kurs in
23 der Einrichtung war es noch viel besser, hat es besser erklärt. Genauer. Mehr Information. Kann
24 man auch besser fragen, als in der Schule. Weil in der Schule hat man in der Schulstunde dar-
25 über geredet und habe nichts verstanden und habe nicht richtig aufgepasst. Das war beim Kurs
26 besser.

27 Ich weiß jetzt, dass Sex ja was völlig Normales ist. Ich habe mehr Infos darüber, meine Fragen
28 wurden beantwortet, ganz normal mein Körper, wo was ist und, dass ich es schön finde, wenn
29 mich jemand streichelt. Ich mag streicheln und kuscheln und dann geht's mir auch viel besser.

30

31 **I.: Hast Du einen Gesprächspartner zum Austausch über Fragen zu Sexualität und Liebe?**
32 **Kannst Du mit jemanden über Sexualität sprechen?**

33 A.: Ich spreche nicht mit meinen Eltern darüber, sonst auch nicht. Ich weiß nicht, ob meine
34 Eltern mit mir darüber gesprochen haben. Es ist mir dann besser gegangen, als jemand mit uns

35 darüber gesprochen hat, die vom Aufklärungskurs, weil ich habe schon gewusst, dass es das
36 Thema gibt und mit den Erzieherinnen konnte ich darüber auch nicht sprechen. Es war wichtig
37 für mich, das zu erfahren. Ich war schon in mehreren Aufklärungskursen.

38 Und es ist auch richtig peinlich gerade, weil ich habe einen Gips am Arm und da kommt eine
39 Betreuerin mit ins Bad rein und ich steh mit Unterhose da, das ist mir peinlich und die versteht
40 das nicht, das würde dir ja auch peinlich sein.

41 I.: Wäre es besser, wenn es ein Erzieher wäre?

42 A.: Ja, eigentlich schon. Es muss halt eine Tüte über den Arm gemacht werden, dann geht sie
43 wieder. Aber zuvor muss ich mich ausziehen bis auf Unterhose, halbnackig vor der Erzieherin
44 stehen und dann die Erzieherin rufen und dann kommt sie und tut die Tüte drüber. Das stört
45 mich. Ich mag das nicht, das würde dir auch nicht gefallen. Deswegen gehe ich nicht so gern
46 duschen zur Zeit. Ich traue mich das nicht zu sagen, denn die Betreuerinnen meinen es nur gut
47 mit mir. Ich habe noch nicht darüber geredet, würde es aber gern machen.

48

49 **I.: Welche Verhütungsmittel kennst Du? Wie und warum benutzt man Verhütungsmittel?**
50

51 A.: Kondome, haben wir geübt im Kurs. Damit keine Babys entstehen.

52

53 **I.: Ab welchem Alter ist es gesetzlich erlaubt, Sex mit jemanden zu haben?**

54 A.:(rät) Zwanzig, siebzehn?

55 I.: Ab vierzehn bereits.

56 A.: Was? Ab vierzehn schon.“

57

58 **I.: Hast Du eine Freundin?**

59 A.: Zum Küssen? Nein.

60 I.: Wünschst Du Dir eine Freundin?

61 „Z.B, man will Freund und Freundin werden, dann fragt man erst. Ich hatte eine Freundin, die
62 hat aber abgebrochen, weil ich überhaupt nichts gemacht habe. Sie hat einfach gesagt, Freundschaft
63 vorbei. Mit meiner Freundin habe ich auch schon gekuschelt. Das war schön. Eine Freundin
64 ist schon für mich wichtig, ich möchte ja nicht alleine wohnen. Ich wünsche mir eine Freundin,
65 krieg aber keine mehr. Früher als ich klein war, hatte ich eine beste Freundin in der Grundschule.
66 Habe sogar noch Fotos von sie [sic!] noch. Das war meine beste Freundin. Seit ich hier
67 bin in der Wohngruppe habe ich keins von sie [sic!] mehr. Deswegen will ich hier eigentlich ja
68 weg.

69 **I.: Was wünschst Du Dir in Bezug auf Liebe, Sexualität und Partnerschaft für Dein Leben?**

70 A.: Kinder nicht so, Mama hat gesagt ich soll am besten kein Kind haben. Das ist besser be-
71 stimmt so, weil meine Schwester ist auch gerade so arg schlimm grad. Sie ist dreizehn und
72 schon in der Pubertät drin, der wachsen auch schon Brüste, habe ich auch gesehen und läuft
73 immer halb nackig rum. So ein Kind wie meine Schwester will ich nicht haben, das sagt auch
74 die Mama, man weiß ja nicht, was daraus in der Pubertät wird. Dann lass ich es lieber.

75 Ich wünsche mir eine Freundin, ja schon. Zusammenwohnen.

76 Ich wünsche mir auch in der Wohngruppe alleine mit meiner Freundin sein zu können, ja, wir
77 haben in der Wohngruppe auch Doppelzimmer, da war ich aber noch nie drin. Ich würde gern,
78 wenn ich eine Freundin habe, alleine mit ihr im Zimmer sein. Zum Spielen, zum Malen, zum
79 Kuschneln, einfach alleine mit ihr sein.

80

81 **I.: Was machst Du, wenn Dir beispielsweise Berührungen oder Handlungen von Deiner**
82 **Freundin oder jemanden anderen nicht gefallen?**

83 A.: Zu den Erzieherinnen gehen. Hilfe holen, den Betreuerinnen sagen. Ich sage laut: `Lass das
84 sein, das mag ich nicht`. Einfach anschreien und `Stopp` schreien. Hab ich schon gemacht. Hab
85 ich im Sexualaufklärungskurs gelernt und die Betreuerinnen sagen das auch immer.

86

87 **I.: Welche Themen sind dir wichtig, bei sexueller Aufklärung?**

88 A.: Wie ich eine Freundin finde, wo ich die kennenlerne. Und Flirten will ich lernen.

89

90 **I.: Und zum Schluss, möchtest du noch etwas sagen, hast du noch etwas auf dem Herzen?**

91 A.: Alles gesagt. Fertig.

2

3 **I. (=Interviewerin): Was bedeutet Sexualität für Dich?**

4 A. (=Antwort): Also, z.B. wenn ich meine Freundin einlade zum Essen, mit ihr ins Kino gehe,
5 am Wochenende was zusammen mit ihr mache, mit ihr koche und einen Liebesfilm ansehe,
6 dabei Popcorn essen und Milchshakes trinken, einfach was machen, was romantisch ist.

7 I.: Gehört für dich auch Körpernähe, körperliche Berührung dazu?

8 A.: Ja (energisch), auch, auch! Ich habe sogar eine Freundin und mit der küsse ich ab und zu
9 auch mal zusammen, sie ist sechzehn Jahre, also jünger als ich, ja, wir kommen ganz gut klar.

10

11 **I.: Hattest Du schon mal Sexualaufklärung?**

12 A.: In der Schule und ich habe schon mehrere Kurse in der Einrichtung besucht. Die kann ich
13 öfter besuchen, wenn ich will, wenn ich noch was wissen will und da kann ich was dazulernen.
14 Voll gut ist Sexualaufklärung.

15 I.: Was weißt Du noch darüber? Was fällt Dir spontan ein?

16 A.: Einfach alles, weil es einfach neu ist, das mit Sex, so darüber zu sprechen und was ich davon
17 kannte. Zuvor, in der Schule, habe ich was anderes darüber gelernt. Dass man Sex nicht tun
18 darf, ohne Erlaubnis der Eltern. Mit meinen Eltern konnte ich nicht reden, die mussten viel
19 arbeiten gehen, also keine Zeit. Das habe ich nach dem Kurs nachgeholt und habe meinen Eltern
20 darüber erzählt und ich habe meine Eltern darüber aufgeklärt, was ich darüber gelernt habe und
21 noch wusste. Meine Eltern meinten dann, es ist gut, dass ich so etwas lerne.“

22 I.: Was hast du gelernt?

23 A.: Wie man Gleitgel verwendet und ich habe meinen Körper besser kennengelernt. Ich weiß,
24 wie was heißt und wo was ist und warum es so sein muss. Und, dass ich meine Freundin auch
25 mal einladen darf zu mir, das hat sich bestärkt durch den Kurs, äh ja, genau, aber die anderen
26 Dinge, die ich dachte, waren meistens falsch zuvor, weil mein Lehrer in der Schule hat mir was
27 ganz anderes erzählt und hier bei dem Kurs habe ich gelernt, dass das was ich hier gelernt habe
28 richtig ist und das andere von meinem Lehrer falsch war.

29 I.: Was hat der Lehrer in der Schule gesagt?

30 A.: Dass man halt küssen nicht darf, ohne die Erlaubnis der Eltern. Das war Quatsch. Dann
31 habe ich meine Eltern immer gefragt, ob ich meine Freundin küssen darf (lacht verlegen). Beim
32 Lehrer gab es dann Pausenverbot eine Woche und er hat sogar gedroht mich von der Schule zu
33 schmeißen.

34

35 **I.: Hast Du einen Gesprächspartner zum Austausch über Fragen zu Sexualität und Liebe?**

36 **Kannst Du mit jemanden über Sexualität sprechen?**

37 A.: Ja, seit dem Sexualaufklärungskurs in der Einrichtung. Anfangs hatte ich oft einen Kicher-
38 anfall. Aber es war cool, weil in der Schule war es nicht empfehlenswert. Der Kurs in der Ein-
39 richtung war viel besser. Jetzt kann ich auch besser mit meinen Eltern darüber reden. Und ich
40 gehe bei Fragen, zu denen, die den Aufklärungskurs gemacht haben.

41

42 **I.: Welche Verhütungsmittel kennst Du? Wie und warum benutzt man Verhütungsmit-**
43 **tel?**

44 A.: Kondome. Ich glaube schon, dass ich sie hernehmen kann.

45 I.: Und andere?

46 A.: Eine Tablette für die Frau? (fragend)

47

48 **I.: Ab welchem Alter ist es gesetzlich erlaubt, Sex mit jemanden zu haben?**

49 A.: So ca. ab 14 Jahren, natürlich nicht in der Schule oder so und in der Wohngruppe ist es auch
50 nicht erlaubt, gar nicht erlaubt. Nope. Ich habe nachgefragt und habe auch die Regeln von der
51 Gruppe gelesen.“

52

53 **I.: Hast Du eine Freundin?**

54 A.: Ja. Ich bin seit März mit meiner Freundin zusammen und wenn ich länger mit ihr zusammen
55 bin, ja, dann habe ich den Wunsch schon, mit ihr zu schlafen. Habe ich auch schon geäußert,
56 aber sie hat gesagt, das machen wir erst, wenn wir erwachsen sind. Das ist ok für mich, muss
57 nicht sein, ich dränge sie nicht. Außerdem ist Sex eh in der Schule verboten und ich sehe sie eh
58 nur da.

59 I.: Willst Du sie auch mal woanders treffen?

60 A.: Ich habe meine Mama schon mal gefragt, aber die hat gesagt, bis ich nicht gelernt habe,
61 meine Aggressionen unter Kontrolle zu bekommen, darf ich keine Freundin mit nach Hause
62 bringen. Ich habe meinen Eltern auch schon ein Foto gezeigt, sie meinten, sie sieht gut aus und
63 wollen sie auch mal kennenlernen am Telefon und wenn es gut läuft, dann wollen sie sie auch
64 mal treffen. Also, wenn das ihre Eltern auch erlauben und sie das auch möchte. Ich habe mich
65 bei der Mama meiner Freundin schon vorgestellt, als meine Freundin von ihr abgeholt wurde.
66 Die Mama war gut, war freundlich, freundlich war sie.

67

68 **I.: Kannst Du mit Deiner Freundin auch mal alleine sein, z.B. in Deinem Zimmer in der**
69 **Wohngruppe?**

70 A.: Wenn sie mitkommt in die Wohngruppe, dann ja, aber sie war noch nie bei mir. Aber das
71 darf ich, allein mit ihr im Zimmer sein. Aber das mit dem Sex, das weiß ich jetzt nicht so ganz.
72 Aber wünschen würde ich mir das schon, mit ihr irgendwann allein in meinem Zimmer mit ihr
73 zu kuscheln, schmusen, einfach allein und ungestört zu sein. Würde ich mir wünschen, aber
74 mein Bett ist noch zu klein dafür (lacht verlegen).

75

76 **I.: Was wünschst Du Dir in Bezug auf Liebe, Sexualität und Partnerschaft für Dein Leben?**

77 A.: Ich wünsche mir eine Familie. Ja, wünsche ich mir. Mit allem Drum und Dran. Mit Liebe,
78 Kuscheln, Frau und Kinder. Genau. Liebe und Beziehung wollen alle Menschen und vielleicht
79 noch ein bisschen Sex. Das kann gut möglich sein, aber das mögen nicht alle.

80

81 **I.: Was machst Du, wenn Dir beispielsweise Berührungen oder Handlungen von Deiner**
82 **Freundin oder jemanden anderen nicht gefallen?**

83 A.: Schnell wieder anziehen und weglaufen oder sagen: `Stopp, ich will das nicht, jetzt reicht
84 es mir! ´ oder sagen: `Ich will das nicht´. Wurde mir so gesagt im Aufklärungskurs, das ist mein
85 Recht.

86

87 **I.: Welche Themen sind Dir wichtig, bei sexueller Aufklärung?**

88 A.: Wie man lernt, wie man mit seiner Freundin flirtet, mit ihr umgeht, was man mit ihr macht,
89 wie man sie richtig streichelt. Und wie es funktioniert, mit meiner Freundin Sex zu haben.

90

91 **I.: Und zum Schluss, möchtest du noch etwas sagen, hast du noch etwas auf dem Herzen?**

92 A.: (lacht) Nein.

2

3 **I. (=Interviewerin): Welchen Stellenwert nimmt Ihr Sohn mit geistiger Behinderung in**
4 **der Familiengemeinschaft ein?**

5 M.: (=Mutter): Einen sehr großen. Er braucht sehr viel Energie von mir, von uns allen. Er ist
6 jemand, der sich schlecht einfügen kann, vor allen Dingen mit seinen Geschwistern. Wenn er
7 alleine ist, dann spürt man ihn gar nicht, dann ist alles wunderbar. Er hat ein unglaubliches
8 Konkurrenzproblem von klein auf, glaub ich, bezogen auf seine Brüder. Er hat bei seiner leib-
9 lichen Mutter sehr viel geschrien, das war auch der Grund, dass die Brüder zu uns kamen. Die
10 Mutter kam damit nicht zurecht und hat die Kinder freiwillig weggegeben. Meine persönliche
11 Entwicklung hat in den letzten zwölf Jahren wahnsinnig viel mit meinem Sohn zu tun, weil ich
12 immer schauen musste, wie ich da überhaupt klar komme damit. Ich musste an mir auch ganz
13 schön viel arbeiten, was ja auch gut ist. Also deswegen würde ich sagen, er ist hochanstrengend,
14 es ist aber so, also für meinen Sohn ist es egal, ob er Ärger macht oder gute Zuwendung kriegt,
15 dass ist meinem Sohn egal und das ist das Problem, dass wir halt ganz oft schlechte Stimmung
16 hatten, weil es ihm egal war, Hauptsache man beschäftigt sich damit und man hat zu tun, dass
17 er wieder, dass man ihn halt wieder beachtet. Er war ein Schreibaby und die Mutter hat ihn oft
18 vier Wochen in der Klinik gelassen und ihn nicht abgeholt, damit er versorgt war. Er war ei-
19 gentlich nie länger als zwei Monate bei seiner leiblichen Mutter, dann kam er ins Heim mit
20 dreieinhalb Jahren, seine Brüder waren sieben Monate und knappe zwei Jahre alt. Dann waren
21 sie ein dreiviertel Jahr im Heim und sind dann zu uns gekommen. Das war super so. Besser
22 hätte es nicht gehen können, gleich drei Geschwister. Das war unser Wunsch.
23 Mein Sohn wäre gern ein Einzelkind geworden, aber das hätte ihm nicht gutgetan und mir. Ihn
24 allein, das hätte ich nicht geschafft, das wäre auch nicht gegangen, aber im Verbund ist es halt
25 schwierig und von daher ist mein Sohn halt auch, einfach so, in der Sexualerziehung auch
26 schwierig gewesen, weil er Sachen gemacht hat, die, wenn er allein gewesen wäre, nicht ge-
27 macht hätte.

28

29 **I.: Ok, können Sie mir etwas darüber erzählen, wie sich bei Ihrem Kind Sexualität zeigt?**

30 M.: Also er war der erste meiner Söhne, der durch die Pubertät ist und hat das als Machtmittel
31 genommen, obwohl wir gesagt haben, es ist alles ok mit dir, aber als er so nackig rumgelaufen
32 ist am See, wir wohnen direkt am Ammersee, wurde es langsam schwierig. Dann ging es halt
33 so los, dass ich, als er zehn Jahre war, gesagt hab, also jetzt gehen wir nicht mehr nackig. Früher
34 als die Buben kleiner waren und im Frühjahr, als noch nichts am See los war, durften sie schon

35 nacktig reingehen, aber so als mein Sohn zehn Jahre alt war, haben wir gesagt, das geht jetzt
36 nicht mehr und wir haben immer schön Badehosen mitgenommen, aber er hat sich halt daran
37 nicht gehalten und dann wurde er manchmal so geärgert, weil er war halt immer so, das haben
38 die anderen Kinder gleich entdeckt, dass er anders ist und er wurde dann so lang geärgert von
39 anderen Kindern und ist halt nacktig über die Wiese und ein Grundstück gelaufen, aber da war
40 er halt schon zwölf oder dreizehn Jahre alt, er war echt früh dran und hatte eine frühe Entwick-
41 lung und war quasi schon ausgebildet und dann ist er da nacktig über die Wiese und ich hab
42 dann zu ihm gesagt: 'Komm mach dich nicht zum Kasperl' und hab gedacht: 'das ist nicht
43 schlimm', aber bis ich gemerkt hab, er onaniert auch vor den kleineren Geschwistern. Er hat
44 zum Beispiel seinen kleinen Bruder mit in sein Zimmer genommen und vor ihm onaniert, aber
45 wirklich bis zum Samenerguss und da war sein kleiner Bruder neun Jahre alt und er war echt
46 geschockt darüber, das Verhalten hat den kleinen Bruder echt mitgenommen. Wie wir das dann
47 mitbekommen haben, das kriegt man ja häufig nicht so mit und er hat ja genau gewusst, wie er
48 es machen muss und er wusste auch, dass er das eigentlich nicht soll, habe ich zu ihm gesagt:
49 'Was du alleine machst, ist ok, aber lass deine Brüder raus, lass andere Kinder außen vor'. Ach
50 ja, dann war was, mit einem Mädchen, da waren die so ca. zehn Jahre alt, da gab es Riesenärger,
51 das Mädchen war in einer normalen Schule und mein Sohn schon in der Förderschule. Das
52 Mädchen war eine gute Freundin von ihm gewesen, sie waren zusammen im Kindergarten, das
53 war wirklich eine ganz enge Freundschaft und ich habe auch mit der Mutter von dem Mädchen
54 viel unternommen. Das Mädchen ist auch sonderbar, warum auch immer, ist hochintelligent,
55 war halt auch immer eine Außenseiterin, (lachend) hatte quasi auch eine Art Behinderung, eine
56 soziale Behinderung und die beiden haben sich prächtig verstanden. Naja, dann hat das Mäd-
57 chen irgendwann in der Schule erzählt, sie hätte schon Sex gehabt. Die Lehrerin ist dann hell-
58 hörig geworden und hat dann nachgebohrt und das Mädchen hat dann erzählt, dass mein Sohn
59 und sie beide nacktig waren und mein Sohn auf dem Mädchen lag. Dann hat das eine große
60 Welle geschlagen und dann haben wir eben rausgekriegt, dass die beiden bei uns im Haus sich
61 im Zimmer bei offener Tür nacktig ausgezogen haben und aufeinandergelegt haben, während
62 die Mutter von dem Mädchen und ich Kaffee getrunken haben. Da ging aber noch nichts mit
63 Sex, weil sie ja noch zehn Jahre alt waren. Auf die Frage, wer angefangen hat, sagte das Mäd-
64 chen mein Sohn und mein Sohn sagte das Mädchen. Wir wissen es bis heute nicht, wir sind
65 nicht schlau daraus geworden, wir konnten es dann Gott sei Dank abwenden. Die Mutter des
66 Mädchens hatte dann ein Gespräch mit der Lehrerin und ihr klar gemacht, dass wir mit den
67 Kindern reden, wir haben das im Griff und brauchen erstmal keine Hilfe und würden uns mel-
68 den, wenn wir Hilfe benötigen. Und ich habe der Mutter des Mädchens angeboten, dass ich

69 natürlich mitgehen würde zu dem Gespräch. Das wollte die Mutter des Mädchens dann erstmal
70 nicht und so haben wir das dann, also wir hatten dann ein Auge mehr auf die beiden, wenn wir
71 uns trafen.

72 Das waren halt Doktorspiele und ein bisschen mehr, würden wir sagen. Wir haben halt beide
73 empfunden, soweit sind wir als Kinder nicht gegangen, wir haben halt rumgedoktert in jeder
74 Form, aber dass wir schon versucht hätten, Sex zu haben, aber dann haben wir gesagt, was die
75 alles schon sehen an Bildern, das haben wir als Kinder auch nicht gesehen. Mein Sohn ist ja
76 mit zehn Jahren auch schon Schulbus gefahren und die Kinder haben ja alle schon Handys
77 gehabt in diesem Bus und das Mädchen ist ja mit Kindern zusammen gewesen, die Handys
78 hatten. Und dann sind wir einfach davon ausgegangen, dass unsere Kinder, weil sie ja Kontakt
79 zu Kindern hatten mit Handys, die ‚schon sowas‘ gesehen haben, irgendwelche Pornos oder
80 sonst irgendwas, die haben Bilder im Kopf, die haben ein Wissen drum. Nicht erst, wenn wir
81 die aufklären. Wir haben auch ein Aufklärungsbuch, da durften sich unsere Kinder mal im Se-
82 condhandladen bei der Oma ein Buch aussuchen, und da hat unser Sohn sich ein Aufklärungs-
83 buch ausgesucht, ganz süß, kindgerecht, speziell für seine Altersgruppe und da sind halt Bilder
84 drin gewesen, aber das ist ganz anders als wenn man einen Film sieht, glaube ich.

85 Aber wir haben uns weiterhin mit dem Mädchen und der Mutter getroffen, obwohl die Mutter
86 war dann ein bisschen komisch, die Mutter hat halt gedacht, mein Sohn wäre es gewesen. Ich
87 war mir ziemlich sicher, dass mein Sohn das mit dem Mädchen nicht gemacht hat, weil da war
88 das mit dem Onanieren noch nicht. Jetzt im Nachhinein, würde ich mal sagen, weiß ich es auch
89 nicht mehr genau, da relativiert sich manches, man denkt ja immer: ‚meiner würde sowas nie
90 machen‘ und dann, wenn es das erste Mal ist, wie bei: ‚meiner klaut ja nie‘ und dann findet
91 man im Haus etwas und weiß nicht, woher das herkommt (lacht).

92 I.: Wie ist es für Sie, Ihr Kind als sexuelles Wesen wahrzunehmen?

93 M.: Ja, grundsätzlich finde ich das nicht schlimm. Ich finde es halt immer schwierig, wenn mein
94 Kind sexuelles Verhalten in der Öffentlichkeit zeigt, also damit kann ich schwer, also da habe
95 ich mich halt auch geschämt, wenn mein Kind die Regeln nicht einhält, also ich, aber dann habe
96 ich mit auch wieder gedacht, also komm, er ist ja auch noch ein Kind, aber es verschiebt sich
97 alles und ich habe mich auch geärgert, einfach über unsere Welt, wo die Kinder nicht mehr
98 Kind sein können bis sie wirklich von alleine drauf kommen können, wie das alles läuft. Das
99 ärgert mich einfach auch!

100 I.: Gab es Reaktionen?

101 Wir haben eigentlich nie geschimpft (stottert), wo wir sauer geworden sind, wie er dann mit
102 zwölf Jahren, nachdem er ja schon (stottert erneut) dieses Ganze, das ist ja schon eine Vorlauf-
103 geschichte, wir haben ja immer wieder geredet: 'weißt du was, schau mal, wir halten uns auch
104 an die Regeln, weißt du, wenn du groß sein willst, dann schau einfach, wie wir es machen', z.B.
105 beim Umziehen am See das Handtuch drüberlegen, 'der Papa setzt sich hin und legt ein Hand-
106 tuch drüber und zieht dann die Hose an', so haben wir das einfach gemacht, so war das von uns
107 aus. Dann, aber wo wir dann sauer geworden sind, wo er vor seinem kleinsten Bruder onaniert
108 hat, das hat dann mein Mann übernommen und hat richtig geschimpft und hat zu meinem Sohn
109 gesagt: 'Das geht einfach nicht, jetzt muss mal Schluss sein'. Denn wir hatten dann natürlich
110 schon Angst, dass er das dann in der Schule mit den kleinen Kindern im Klo auch macht.

111 I.: Denken Sie, es gibt Unterschiede diesbezüglich zu nicht behinderten Kindern?

112 M.: Das weiß ich nicht. Ich habe das meiner Schwester erzählt und die meinte, das hätte ihr
113 Sohn auch gemacht, das hat alles irgendwie dann relativiert. Ich habe da auch viel gelernt und
114 mit dem Leiter der Heilpädagogischen Tagesstätte darüber gesprochen, wir sind da jetzt viel
115 cooler, aber es war ja doch so, ich bin dann, wie das mit zehn Jahren bei meinem Sohn mit dem
116 befreundeten Mädchen in der Schule war, die haben ja auch so einen Hype gemacht darum, das
117 war furchtbar, ich habe gesagt dann: 'Hey Leute, der Junge ist zehn Jahre was soll da schon
118 sein?'. Aber die Schule ließ mir über die andere dann Mutter ausrichten, das ginge aber gar
119 nicht, das war halt, da habe ich dann so ein bisschen gemerkt, ok, also die Gesellschaft ist ganz
120 woanders bei dem Thema Sexualität und geistige Behinderung und deshalb bin ich auch ein
121 wenig unter Druck geraten, dass mein Kind funktionieren muss. Ich von mir aus hätte mir da
122 nicht soviel gedacht, aber das kam schon von außen und dann war ich halt sensibilisiert. Ja, und
123 was bei uns das Problem war, dass unser Sohn dann, so glaub ich mit zwölf Jahren sehr weit
124 körperlich entwickelt war, da waren wir am See und da ist er oft stundenlang weg gewesen, ich
125 hab mir da gar nicht soviel dabei gedacht, bis einer seiner Brüder meinte: 'Ich hab ihn gefunden
126 auf der öffentlichen Toilette, er schaut sich da diese Kästen an mit den Kondomen und mit den
127 ganzen Zeug da'. Er hat sich diese Sachen auch gekauft, fand ich auch nicht so schlimm, aber
128 er ist halt das stundenlang herumgelungert und da gehen ja Männer ein und aus, das glaubt man
129 gar nicht. Also, was sich da so tummelt. Und dann habe ich dann so Angst gekriegt. Also, dass
130 mein Kind angesprochen wird, weil, ist ja auch so ein Opferkind, halt eine leichte Beute. Und
131 dann habe ich wieder Angst bekommen, wegen sexuellen Übergriffen. Dass er vielleicht miss-
132 braucht wird und ob er das vielleicht schon erlebt hat. Seine Mutter hat ja auch schon auf der
133 Straße gelebt mit ihm und war mit einem Obdachlosen zusammen und man weiß ja nie, wir
134 wissen nichts aus dieser Zeit, dann habe ich mich bei einer Klinik mit ihm angemeldet, in der

135 Jugendpsychiatrie, um abzuklären, ob er bereits ein Trauma hat. Da war mein Sohn dreizehn
136 Jahre. Da wurde nichts dergleichen festgestellt, da kam nix raus. Aber dadurch kamen wir uns
137 näher und ich konnte auch über diese Themen sprechen, z.B. über meine Ängste, wenn er ein-
138 fach weg geht und an diesen Automaten rumsteht. Da kam auch raus, dass mein Sohn mit dem
139 Ganzen überfordert war.

140 I.: Hatten Sie den Eindruck, dass er alles verstanden hat?

141 Ich glaube, mein Sohn versteht mehr, wie man meint, aber, man weiß es nicht, ich weiß es nicht,
142 ganz ehrlich, aber es ist besser geworden danach. Aber er hatte auch bald danach eine Freundin
143 gehabt und allein dadurch, weil die hat er ja jetzt schon drei Jahre. Ob es besser geworden ist?
144 Es ist alles besser geworden, weil ich mich entspannt habe. Und der Kinderarzt hat das aller
145 erste Mal zwischen zwölf und dreizehn Jahren gesagt, ich solle in eine spezielle Klinik gehen,
146 er kenne sich bei dem Thema mit geistig behinderten Kindern nicht aus. Ich habe ihn damals
147 angeschaut und mir gedacht: `Was? Spinnt der? Spinnt der eigentlich? (lacht)` Ich habe meinen
148 Sohn eigentlich nie als behindert gesehen. Und dann ist mir erst bewusst geworden, da hat es
149 bei mir echt gerattert, da dachte ich Wahnsinn, ich muss mir auch erstmal klar werden. Da
150 haben wir auch vieles wieder ganz anders gesehen und mussten uns als Familie damit ausei-
151 nandersetzen, dass wir halt anders sind wie alle anderen Familien. Aber das habe ich da erst
152 gecheckt, obwohl unser Sohn da schon acht Jahre bei uns war. Ich dachte halt immer, das wird
153 noch, ich habe von der Behinderung schon gewusst, habe aber halt immer gedacht, mit viel
154 Förderung und so, wird er auf den Stand kommen, er wird es schaffen, er kann den Qualifizier-
155 ten Abschluss machen. Aber dann habe ich gemerkt: `nein`, ich muss mich nicht mehr so an-
156 strengen und es ist gut so, wie es ist und ich muss ihn einfach auch so sehen, wie er ist und nicht
157 so wie er sein soll. Auch mit seinen Defiziten ist er ja total in Ordnung, nur wenn man ihn
158 richtig einordnet, kann man auch vieles ganz anders sehen und ich glaub auch, mit ihm reden.
159 Ich glaub, auch meine Sprache muss ich immer wieder runterfahren. Eine einfache Sprache ist
160 für ihn verständlicher, schließt Missverständnisse eher aus. Man darf ihn nicht überfordern, das
161 tut ihm nicht gut, weil er ja nicht sagt, wenn er etwas nicht versteht, es sagt ja immer: `ja`. Dann
162 geht man davon aus, er hat es verstanden, hat er aber oft nicht. Dann setzt er es nicht um, wie
163 besprochen, entweder weil er es nicht verstanden hat oder weil er nicht will. Ich weiß es nicht,
164 ich weiß einfach ganz viel nicht.

165

166

167

168 **I.: Innerfamiliäre sexuelle Aufklärung fand ja bereits statt, wie Sie im Gespräch erwähnt**
169 **haben. Von wem wurde es initiiert?**

170 Genau. Von meinem Sohn kam gar nichts. Er wollte das gar nicht, aber die Kleinen am Tisch,
171 die hatten viele Fragen. Und da er ja immer dabei gewesen ist. Ja, wobei, da war er, ich glaub,
172 also losgegangen ist es bei ihm mit zehn Jahren oder so, da wollten meine Söhne wissen, wie
173 das mit den Babys ist und dann hatten wir, wie gesagt, dieses Buch. Da fragte ich meinen Sohn:
174 `Wollen wir das mal zusammen anschauen?´ und da sagte er, er wolle das nicht. Also, er wollte
175 das alles nicht mit uns als Familie bzw. uns Eltern. Ich habe aber gemerkt, mit seiner damaligen
176 Freundin hat er sich das Aufklärungsbuch angeschaut, weil ich immer alle Bücher aufgeräumt
177 habe und das war ein Buch, das ganz oft wieder draußen war. Das wurde richtig studiert. Und
178 dann haben wir einfach trotzdem manchmal, wenn die Kinder peinlich berührt waren, z.B. bei
179 Wörtern wie ‚Busen‘, wurden diese Sachen besprochen. Haben auch gefragt, wenn in der
180 Schule irgendetwas war. Ach ja, und dann ging das Necken los. Die kleineren Brüder neckten
181 ihn: `Du liebst sie, du liebst sie´. Eben seine damalige Freundin. Dann hieß es: `Ja, Mama, die
182 küssen sich schon, die küssen sich schon! Wir haben die beiden beobachtet´. Und dann wollte
183 mein Kind wissen, ob man vom Küssen schwanger werden kann. Wir klärten ihn dann darüber
184 auf, dass man eben vom Küssen nicht schwanger wird, wie man schwanger werden kann. Das
185 wurde meistens am Mittagstisch besprochen. Aber mein Sohn hat sich da immer sehr rausge-
186 halten. Er hat sich halt immer auch als Großer gefühlt und so getan, wie wenn er das schon alles
187 wissen würde.

188 I.: Gab es Aufklärungsunterricht in der Schule?

189 M.: Also, in der Waldorfschule gar nicht. In der Förderschule dann, ich glaube, in der 5. Klasse.
190 Da hatten sie Sexualunterricht. Zwölf Jahre war er da. Und dann später in der Heilpädagogi-
191 schen Tagesstätte. Da wird ein extra Kurs durch sexualpädagogisches Fachpersonal angeboten.

192 I.: Haben Sie den Eindruck der Bildungsinhalt wurde verstanden, verinnerlicht und erinnert?

193 M.: Ja, das war wirklich gut. Ich fand das ganz toll und ich glaube, da hat sich bei meinem Sohn
194 auch ganz viel getan. Im Gegensatz zur Klinik. Das hat, glaube ich, insofern nur etwas gebracht,
195 dass ich meinen Sohn dadurch besser verstanden habe. Und zur Sicherheit und als Beruhigung,
196 dass nach Aussage des Arztes keine sexuellen Übergriffe stattfanden. Aber für meinen Sohn
197 hat das Gespräch in der Klinik nichts gebracht, also eher dieser Sexualkundeunterricht in der
198 Förderschule und diese Kurse in der HTG meine ich.

199 I.: Hat ihr Sohn etwas über den Sexualunterricht zu Hause erzählt?

200 M.: Nein, leider, nein. Nichts. Aber für mich war es eine Erleichterung. (Stöhnt) Ja, auf jeden
201 Fall. Ich finde, wenn sexuelle Aufklärung mehrgleisig stattfindet, ist es immer gut, als das

202 Thema nur bei den Eltern zu lassen. Ich finde eigentlich, dass es mittlerweile früher stattfinden
203 müsste, weil die ja schon diese Pornos im Schulbus sehen, so früh. Also mir kam das zu spät
204 vor. Und in der Waldorfschule haben die das erst in der 6.Klasse, also das ist eine Lachnummer.
205 Echt eine Lachnummer. Je früher man die Kinder kriegt, umso weniger sind sie bei dem Thema
206 peinlich berührt. Da ist das für Kinder noch viel normaler. Ich könnte jetzt nicht mehr mit mei-
207 nen Kindern solche Sachen am Tisch besprechen, das wollen die jetzt auch nicht mehr. Das
208 ging gut, bis sie so zwölf Jahre waren, aber jetzt, vielleicht reden wir jetzt einzeln darüber.

209 I.: Geht es bei den Gesprächen auch um emotionale Dinge? Flirten, Kennenlernen usw.?

210 M.: Ja, da reden wir schon darüber, aber meist nur wenn wir, z.B. einen Film zusammen
211 schauen, bei dem es um die erste Liebe geht, dann wird darüber gesprochen. Mein Mann und
212 ich kommentieren die Situationen dann, wenn wir was gut oder schlecht finden. Oder, wenn es
213 in der Schule Konfrontationen mit Mädchen gibt, wird es schon besprochen zu Hause, wie man
214 es besser machen könnte. Auch wieder mit mir, meist beim Mittagessen mit den zwei Jüngeren.
215 Emotionale Dinge generell eher mit mir. Hauptgesprächskultur funktioniert über mich. Da
216 geht's schon um Gefühle. Mein Sohn mit geistiger Behinderung eher nicht, aber die Jüngeren.
217 Er ist wirklich eine Sonderpartie, weil er eigentlich grundsätzlich über seine Gefühle nicht re-
218 den will.

219

220 **I.: Welche Wirkung erwarten bzw. erhoffen Sie sich von Sexualaufklärung bei Ihrem**
221 **Kind?**

222 M.: Generell nimmt Sexualaufklärung einen großen Stellenwert ein und meiner Meinung nach,
223 müsste Sexualaufklärung früher stattfinden. Alle Eltern, die ich kenne, sagen das und würden
224 sich wünschen, das Sexualaufklärung in den Alltag integriert und kontinuierlich stattfindet.
225 Weil die Kinder auch schon sehr früh Wörter, wie z.B. Wichser usw. benutzen und gar nicht
226 wissen, was das bedeutet.

227 Es fanden auch Elternabende statt, an denen erzählt wurde, was in der Sexualaufklärung be-
228 sprochen wird. Da ging es ganz viel um emotionale Dinge und um die neuen Medien. Dass das,
229 was man da sieht, nicht der Realität entspricht. Dass das nur Bilder sind, dass das Fake ist, nur
230 gestellt ist und nicht dem normalen Leben entspricht. Es geht um Grenzen setzen, nein sagen,
231 dass man sagen kann, was man will, was einem gefällt und auch um Körperwahrnehmung. Das
232 ist auch zu Hause ganz wichtig. Da sollte der Fokus eigentlich drauf sein. Weil was dann ei-
233 gentlich aus Sexualität entsteht, ist ja sowas Individuelles, was will man denn da groß dazu
234 sagen. Natürliche eine Aufklärung, wie Kinder entstehen, ist ganz wichtig, weil da fällt mir ein,
235 dass mein Sohn ja meinte, durch Küssen kann man schwanger werden, also wusste er es doch

236 noch nicht so ganz nach der Sexualaufklärung, also das bedeutet eben auch, Wiederholung tut
237 gut, auf jeden Fall. Das kann man ruhig, jedes Jahr mal wieder ansprechen, muss ja nicht der
238 ganze Kurs sein, aber Wiederholung und immer mal wieder spontan einbauen anhand von Fil-
239 men über, z.B. die erste Liebe. Da könnte man darüber reden, finde ich halt, dann wäre das
240 normal über diese Themen zu sprechen und hätte nicht immer diesen faden Beigeschmack der
241 Sexualaufklärung, was viele Kinder ja blöd oder peinlich finden, so igitt jetzt haben wir Sexu-
242 aufklärung. Einfach unauffälliger in den Alltag integrieren. Auch mit viel Anschauungsmat-
243 erial in jede Jahrgangsstufe integrieren. Als Eltern erfahren wir da nichts von unserem Sohn,
244 z.B. dass man Anschauungsmaterial auch berühren kann und überhaupt.

245 Besonders gut ist der spezielle Kurs in der Heilpädagogischen Tagesstätte meines Sohnes, der
246 von sexualpädagogischen Fachpersonal durchgeführt wird. Das Fachpersonal nimmt die Kinder
247 so dermaßen mit, das ist in der Schule, innerhalb der Schulklasse anders, glaub ich. Ganz anders
248 wie in der Sexualaufklärungsunterricht in der Schule, viel offener. Ich habe das auch gemerkt,
249 das war ein ganz anderer Elternabend viel offener, vorgestellt durch das Fachpersonal, das war
250 ein so toller Abend für alle (lacht). Ach, das Publikum, wir haben uns dann alle ausgetauscht,
251 die Eltern, die Mitarbeiter und das Fachpersonal, weil ganz einfach das Eis danach gebrochen
252 war. Das war viel besser, als wenn man während eines Elternabends der Schule über Sexualauf-
253 klärung quasi instruiert wird. Aber natürlich ist der Unterricht in der Schule auch sinnvoll, aber
254 halt öfter mal.

255 I.: Welche Themen sind Ihnen bei Sexualaufklärung wichtig?

256 M.: Wichtig sind mir Themen, bei denen mein Sohn gestärkt wird, wir müssen sie halt schützen,
257 indem man sie halt stärkt, aber nicht nur über sexuellen Missbrauch sprechen und ihnen nicht
258 zu viel Angst machen, weil das find ich schwierig. Kinder sollen in erster Linie gestärkt werden,
259 weil alles andere, finde ich, da kann mein Sohn sich gar nichts drunter vorstellen und das macht
260 ja eher Angst. Natürlich, das es so was wie sexuelle Übergriffe gibt, ja, da reden wir auch
261 drüber, aber dann sag ich halt, der beste Schutz ist dann laut zu werden, Hilfe zu holen, sich
262 nicht einlullen zu lassen, sofort reagieren, wenn man merkt, da stimmt was nicht, da müsst ihr
263 und das dürft ihr. Wenn man Kinder da stärkt, ist wichtig, aber nicht verängstigt.

264 Bei meinem Kind ist das Thema Verhütung sehr wichtig, sehr wichtig (lacht). Hat ja auch was
265 mit Selbstbestimmung zu tun, gell? Wie weit gehe ich? Ich sag so und so immer zu meinem
266 Sohn: `Lass dir Zeit, Geduld, Geduld, Zeit lassen, das ist alles so interessant auch was davor
267 ist`. Ja, aber Verhütung ist wichtig. Beide sollen sich Gedanken machen. Er hat sich ja die
268 Kondome schon gekauft, da war er zwölf Jahre und hat das schon früh geübt. Ich sage zu ihm
269 auch jetzt, dass ich das super finde, aber weise ihn auch darauf hin, dass es bei der Anwendung

270 viele Fehler gibt und dass er mit seiner Freundin trotzdem nicht sicher ist und man muss einfach
271 damit rechnen, dass Babys kommen dann. Also sehr vorsichtig sein, habe das schon gesagt,
272 dass ein Kondom nicht sicher ist. Wir haben auch mit den Eltern seiner Freundin darüber ge-
273 sprochen. Und ehrlich gesagt, sagen mein Sohn und seine Freundin, sie hätten noch keinen Sex,
274 wobei ich weiß und ich, hm, also dass sie mit Kondomen zumindest rumprobieren, denn die
275 liegen dann rum am nächsten Morgen im Zimmer. Seine Freundin darf bei uns ja übernachten
276 und umgekehrt auch. Aber ich habe auch zu den Eltern seiner Freundin gesagt, dass ich mich
277 nicht neben das Bett stelle, sie auch nicht kontrolliere und ins Zimmer gehe, aber wir müssen
278 uns im Klaren sein, was wir machen. Sagt einfach, was wir ihnen sagen sollen, dass Sex verbo-
279 ten ist, aber wenn sie zusammen übernachten dürfen, kann man dafür nicht garantieren. Die
280 Mutter der Freundin meines Sohnes meinte, dass ihre Tochter darum wisse, sie war zwar noch
281 nicht beim Frauenarzt waren bisher, aber das ist jetzt dann geplant. Die Mutter will ihr die Pille
282 verschreiben. Nur das Mädchen nimmt auch Medikamente, denn sie hat ja auch eine Behinde-
283 rung und da muss man schauen, was sich da halt verträgt. Aber die Pille ist halt am sichersten,
284 ich verstehe da die Mutter und ehrlich gesagt, ich bin froh, dass ich kein Mädchen habe, denn
285 da wüsste ich auch nicht, was ich machen würde, weil Pille nehmen, finde ich, wirklich
286 schlimm. Aber ich habe halt auch für die beiden, um unsere Kinder Angst, dass sie ein Baby
287 bekommen. Für mich persönlich eher nicht, aber ich fände es für die beiden schade, wenn sie
288 so jung Eltern werden würden. Das Gefühl Verantwortung übernehmen zu müssen, das wäre
289 einfach zu früh. Aber mein Sohn will auf gar keinen Fall jetzt ein Kind, das weiß er schon. Und
290 seine Freundin hat einmal gesagt, und das fand ich schade, bei einem Gespräch mit beiden, als
291 sie wieder mal bei uns übernachtet hat und wir nochmal mit ihnen darüber sprechen wollten,
292 weil sie ja die Pille noch nicht genommen hat, haben wir gesagt: `Kinder, wir müssen nochmal
293 mit euch reden, wir möchten euch einfach nochmal klar machen, was das bedeutet mit Kind,
294 man kann einfach auch mit Kondomen schwanger werden, wenn man sie nicht richtig benutzt`.
295 Und dann hat die Freundin halt nur gesagt: `Also, wenn ich jetzt schwanger werden würde, das
296 würde ich sowieso gleich weg machen lassen`. Ich habe dann zu ihr gesagt: `Nein, oh nein, das
297 wäre aber schade`. Sie sagte dann: `Nein, aber ich will doch kein Kind in meinem Zustand, dass
298 dann so ist, wie ich`. Also ihr ist halt doch bewusst, dass sie halt nicht normal ist irgendwie und
299 dass sie dann eventuell auch ein behindertes Kind bekäme. Da hat mich schon getroffen, habe
300 aber nichts weiter dazu gesagt und mit der Mutter von ihr habe ich darüber auch noch nicht
301 gesprochen, da müsste ich mich mit ihrer Mutter abgleichen.
302 Ich könnte mir vorstellen für beide, dass sie zusammen in eine Wohngruppe ziehen, wenn es
303 dann noch aktuell ist zwischen den beiden, aber jetzt wird es ja wieder aktueller nach Corona,

304 jetzt dürfen sie sich ja wiedersehen, sie sehen sich ja eh schon. Ich fände es toll, weil mein Sohn
305 ja eh bald in eine Wohngruppe gehen soll. Ich habe auch bereits die Mutter der Freundin ge-
306 fragt, ob sie sich das auch vorstellen können. Sie bejahte das auch und fände das auch toll. Also
307 diese Form des Wohnens, da gibt es halt z.B. mit Kind auch wenig Möglichkeiten. Ich habe
308 mich da schon ein bisschen schlau gemacht, im Norden gibt es das wohl, z.B. Mütter mit Lern-
309 behinderung, aber im Süden von Deutschland ist das noch sehr, sehr karg, eine Wüste geradezu.
310 Wüstenartige Verhältnisse haben wir hier. Ich bin auf die Suche gegangen, ob ich was finde,
311 habe aber jetzt aufs erste nichts gefunden. Aber das werde ich, wenn die Wohngruppen-Ge-
312 schichte beginnt, ansprechen.

313

314 **I.: Finden Sie demnach eine Partnerschaft und Sexualität wichtig im Leben Ihres Kindes?**

315 M.: Ja, total wichtig, auch eigene Kinder. Naja, es muss ja nicht sein, ich würde es jetzt nicht
316 drauf anlegen, aber, also, wenn da ein großer Wunsch wäre und ich glaub, die Freundin meines
317 Sohnes wäre eine gute Mutter, das wüsste ich, denn sie ist so lieb. Oder halt, ja, ich weiß auch
318 nicht, also nicht so früh oder vielleicht auch nicht, man muss sie ja jetzt nicht hinweisen und
319 ihnen sagen 'Hey, es ist toll, wenn ihr Kinder kriegt'. Aber, wenn es so wäre, fände ich es toll,
320 wenn sie es kriegen dürften. Angst hätte ich dann nur, also, dass sie es halt nicht schaffen, dass
321 sie überfordert sind und man dann selber als Oma ganz schön involviert ist. Das ist eigentlich
322 meine einzige Angst, dass ich nicht nur normale Oma sein kann, sondern, dass ich Wohnung
323 aufräumen, dass ich den Haushalt erledigen muss, weil das können die halt überhaupt nicht
324 alleine. Das ginge nur mit Familienhilfe, ich würde zwar auch helfen, aber da braucht man
325 schon noch viel mehr Unterstützung. Im Grunde genommen, geht das, aber die können auch so
326 nicht alleine wohnen und mit Kind oder nicht, das ist natürlich schon noch ein großer, ein viel
327 größerer Aufwand für eine soziale Einrichtung. Das verstehe ich auch alles, aber auf der ande-
328 ren Seite, ist das auch handlebar in irgendeiner Form. Man muss, müsste sich das bei anderen
329 mal anschauen, anschauen, es gibt's ja alles schon, aber ich habe so das Gefühl, da hat man in
330 unserem Land noch große Angst davor. Sie werden dann einfach, quasi verhütet, die Frauen
331 oder die Paare kommen gar nicht zum Überlegen. Ich weiß auch gar nicht, was dann mit den
332 Kindern passieren würde, die werden dann glaub ich, weggenommen, oder? Ja, das ist ganz
333 schwierig. Aber deswegen zur Sterilisation oder zur Pille zu raten? Das ist eine Diskussion, wer
334 bestimmt, ob die, die Freundin meines Sohnes ein Kind bekommen darf oder nicht? Es ist wirk-
335 lich nicht einfach, vielleicht auch wirklich individuell entscheiden, wieviel die Omas einbrin-
336 gen können, aber das ist auch nicht realistisch, die Omas können auch wegfallen, z.B. aus ge-
337 sundheitlichen Gründen. Oder ich mit drei Jungs, ich kann nicht drei Familien versorgen, das

338 geht ja gar nicht. Da muss man realistisch sagen: 'Nein, ich kann das auch nicht leisten'. Will
339 der Staat das dann aufbringen, die Gesellschaft? Obwohl es die Kinder in den Familien min-
340 destens genauso gut, wenn nicht besser hätten, teilweise von der Liebe her, wie oft woanders.
341 Aber so wie die Freundin meines Sohnes gesagt hat, sie liebe das Kind gleich wegmachen, das
342 sehe ich anders, trotz allem. Ich glaube auch nicht, dass sie das gesagt hat, das wusste ich. Ich
343 glaube, das sind auch die Ängste der Eltern, wobei die Eltern sehr offen sind, aber da hatte ich
344 so ein bisschen das Gefühl, es ist die Angst der Mutter, dass die Tochter schwanger wird. Das
345 hätte die Freundin meines Sohnes so nicht gesagt, denn wenn man sie sieht mit kleinen Tieren,
346 wir ziehen grad Küken groß, das spürt man einfach, ob da ein Mensch Zugang hat oder nicht,
347 also zu einem kleinen Wesen.

348 I.: Hat die Beziehung Ihren Sohn verändert?

349 M.: Auf jeden Fall! Er wirkt selbstsicherer, lässt sich nicht mehr ganz so leicht aus der Reserve
350 locken, durch blöde Sprüche von anderen, was ‚Verliebt sein‘ und Mädchen anbelangt. Da war
351 er früher sehr impulsiv und auch richtig schnell aggressiv. Er hat zu uns Abstand gewonnen,
352 allein dadurch, dass er am Wochenende öfter zu ihr fahren kann. Die Eltern schätzen ihn sehr,
353 das tut ihm auch für seinen Selbstwert sehr gut. Er ist ganz einfach auch beschäftigt, mit Whats
354 App und Telefon, was bei Kindern, die sonst keine sozialen Kontakte im außerfamiliären und
355 nicht die Schule betreffenden Umfeld pflegen können, sehr wichtig ist. Wir konnten ihm bei
356 Schwierigkeiten, die schon mal waren, weil seine Freundin sehr geklammert hat und er dann
357 gleich einen Schlusstrich ziehen wollte, gut unterstützen und er hat unsere Hilfe gut umsetzen
358 können. Das hat uns alle sehr gefreut. Also, alles in allem wird er immer selbstständiger und
359 erwachsener, mit Sicherheit auch durch diese Beziehung.

360 I.: Empfinden Sie andere Dinge im Leben Ihres Kindes wichtiger?

361 M.: Mein Sohn ist sehr gesund. Also die gesundheitliche Sorge fällt bei uns eigentlich weg. Bei
362 uns konzentriert sich nicht viel auf Therapien. Wir hatten halt Krankengymnastik viel, aber jetzt
363 schon lange nicht mehr. Sport und Vereine fallen auch weg. Deshalb ist die Sexualität meines
364 Sohnes schon großes Thema, weil ganz viel Zwischenmenschliches dabei passiert. Ab einem
365 gewissen Alter ist das alles ein bisschen Sexualität. Zwischen Jungs auch, wie sie sich positio-
366 nieren, wie sie sich körperlich zeigen. Sexualität, Liebe und Partnerschaft gehört ganz normal
367 in den Alltag, zum Leben. Das ist genauso wichtig wie schulische Bildung und eine Ausbildung
368 zu machen oder demnächst in eine Wohngruppe zu ziehen.

369

370

371 **I.: Lassen Sie uns nochmal zur Sexualaufklärung zurückkommen. Haben Sie den Ein-**
372 **druck der Inhalt wird verstanden, verinnerlicht und erinnert?**

373 M.: Also, manchmal ja, manchmal nein. Mir kommt es aber so vor, dass sich mein Sohn eher
374 überlegt, wie seine Handlungen auf andere wirken. Auch sagt er öfter nein, wenn ihn was stört.
375 Und das Onanieren vor seinem Bruder hat auch aufgehört. Er hat auch eine bessere Körper-
376 wahrnehmung, zieht sich gut um jetzt beim Schwimmen gehen am See. Er läuft nicht mehr
377 nackt öffentlich. Ist beim Selbstbefriedigen in seinem Zimmer jetzt, ich mein, da muss ich
378 schon noch schauen, dass er zwischendurch den ganzen ‚Schnodder‘, der unterm Bett liegt,
379 auch wegräumt. Sag ihm, er solle es doch gleich in den Mülleimer tun, aber Ordnung ist generell
380 schwierig, ganz normal. Die Wiederholungen, ihn immer wieder darauf hinzuweisen ist wich-
381 tig. Besonders der Kurs des sexualpädagogischen Fachpersonals, glaube ich, ist sehr gut ver-
382 standen worden und hat glaube ich, was bewirkt. Er erzählt halt nichts direkt, aber man hört
383 zwischendurch schon heraus, dass er was verstanden hat, in den Alltag einbaut. Das finde ich
384 auf jeden Fall.

385

386 **I.: Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?**

387 M.: Ich glaube, eine Herausforderung ist es schon. Ich finde es allerdings schade, dass es eine
388 Herausforderung ist, es ist ein großes Thema. Man überlegt ständig. Ich fände es schön, wenn
389 man es als positive Herausforderung betrachten würde, auch für die Einrichtungen und die Mit-
390 arbeiterInnen. Man muss daran arbeiten. Für manche Fachkräfte ist es schwierig damit umzu-
391 gehen. Eine Lehrerin war schon kurz vor der Rente, für sie war es schwer. Da ist natürlich für
392 ausgebildetes sexualpädagogisches Fachpersonal kein Thema, die gehen damit locker und offen
393 um. Sexualaufklärung kann halt nicht jeder gut machen, aber das verstehe ich auch. Die Haltung
394 allgemein zu Sexualität spielt eine Rolle wie man damit umgeht, z.B. ich glaube, ältere Gene-
395 rationen haben eventuell ein größeres Problem oder wie man halt selbst aufgewachsen ist oder
396 ob man selbst aufgeklärt wurde. Ich kann mich noch erinnern, dass mein Sexualkundeunterricht
397 in der Schule nur um biologische Abläufe handelte. Da wurde nichts über Gefühle besprochen.
398 Meine Eltern haben mit mir darüber gesprochen, die Eltern meines Mannes nicht. Meine Eltern
399 waren in der Hinsicht gut. Gefühle waren da wichtig.

400 Für die Familie ist es natürlich auch eine Herausforderung bis man endlich damit anfängt. Der
401 erste Schritt, wie mache ich es, welche Reaktionen zeigen sich, sehr herausfordernd. Deshalb
402 finde ich die Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und den Eltern sehr wichtig. Auch das
403 sexualpädagogische Angebot durch Fachkräfte, wirklich wichtig. Da ist auch ein großer Bedarf

404 für unsere Kinder, aber auch für uns Eltern. Die professionellen Begleitpersonen in der Förder-
405 schule, sowie in der Heilpädagogischen Tagesstätte müssen mit dem Thema Sexualität schon
406 ganz anders umgehen, das ist Alltagsthema. Die Kinder haben die Hand in der Hose, onanieren
407 irgendwo. Die Fachkräfte müssen sich ganz anders konfrontieren, weil die Kinder viel offener
408 sind, viel weniger versteckt, viel authentischer, die Gefühle kommen raus, so wie die Gefühle
409 kommen, so werden sie nach außen gebracht, da wird nicht drüber nachgedacht. Der Körper ist
410 meist viel weiter wie der Kopf. Das muss man sich halt immer wieder bewusst machen, das
411 gehört für mich auch zum Thema sexuelle Aufklärung bei Menschen mit geistiger Behinderung.
412 I.: Möchten Sie von Ihrer Seite zu dem Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung bei Men-
413 schen mit geistiger Behinderung ergänzen?

414 Ganz wichtig erscheint mir eine lebenslange Begleitung bei sexueller Aufklärung, auch konti-
415 nuierliche Wiederholungen sind bedeutend, dadurch wird es besser behalten. Man muss mit der
416 Zeit gehen, die Kinder sind eh alle viel früher dran. Auch sexualpädagogische Angebote für
417 Eltern und Kinder, aber auch für die Fachkräfte sind wichtig, damit das alles nicht verdeckt
418 stattfindet, weil Menschen mit geistiger Behinderung einen besonderen Bedarf haben und es
419 auch für die nicht behinderten Menschen, wichtig ist zu erfahren. Grundsätzlich, würde ich mal
420 sagen, wird ein Mensch mit geistiger Behinderung gesellschaftlich eher belächelt, aber dass ein
421 Mensch mit geistiger Behinderung auch eine Sexualität hat, dass dieser Mensch auch Gefühle
422 und Empfindungen hat, das wird dann immer auf das rein Sexuelle, auf das Triebgesteuerte
423 reduziert, aber dass ein Mensch mit geistiger Behinderung auch vielleicht eine Liebesbeziehung
424 will, ganz einfach eine Freundin oder Freund sucht, oder was in dem Menschen diesbezüglich
425 vor sich geht, das wird denen gar nicht zugestanden. Das Gefühl habe ich. Das sieht man ja
426 schon in Wohngruppen, da gibt es eventuell Paare, die nur selten zusammenwohnen können,
427 das wird ihnen nicht leicht gemacht. Das ist doch immer noch so.

428 Mir ist noch etwas eingefallen, was vielleicht ein Unterschied sein könnte, zu ‚normalen‘ Kin-
429 dern. Es ist wirklich die Wiederholung und die wiederholte Erinnerung an Dinge, die wichtig
430 sind. Ich habe nach dem Gespräch in der Heckscher Klinik angefangen, täglich immer wieder
431 zu sagen, dass mein Sohn sich am See umziehen soll, dass er nicht nackig über die Wiese flitzen
432 kann, dass er sich nicht vor einem der Brüder selbst befriedigen soll, und alle anderen Alltags-
433 handlungen auch, bis er jeweils gesagt hat, dass er das schon wüsste. Sonst hat er immer gesagt,
434 das hätte ich ihm nicht gesagt, er meinte damit ‚heute‘ nicht gesagt, weil es einfach nicht reicht,
435 es einmal zu besprechen. Die Wiederholungen habe ich ja eh schon erwähnt und die sind wirk-
436 lich essentiell, glaube ich!

2

3 **I. (=Interviewerin): Welchen Stellenwert nimmt Ihr Kind mit geistiger Behinderung in**
4 **der Familie ein?**

5 M. (=Mutter): Unsere Töchter waren beide absolute Wunschkinder. Wir wussten nicht, was auf
6 uns zukommt, haben das aber in Liebe angenommen. Unsere Tochter durch das Leben zu be-
7 gleiten, bedeutete in den ersten zehn Jahren die totale Aufopferung von meiner Seite, da gab es
8 als Mutter und Hausfrau keinen Raum mehr für irgendetwas anderes, da gilt es den Tag zu
9 gestalten und zu überstehen, dabei nicht zusammenzubrechen und es einfach zu managen. Mein
10 Mann im Beruf eben, weil er schaut halt, dass er uns gut über die Runden bringt finanziell,
11 damit wir uns das alles leisten können. Für ihn natürlich auch Höchstleistung, weil es seit der
12 Geburt keine Erholungsphasen mehr gibt, außer nachts. Wir beide sind uns vollkommen einig
13 bezüglich dieser Verantwortung und, dass wir unsere ganze Kraft und Liebe unserer Tochter
14 schenken und das gemeinsam stemmen Tag für Tag. Die Liebe zu unserem Kind ist einfach so
15 groß, dass wir gesagt haben, das machen wir, das ist unsere Berufung, wenn es auch die totale
16 Selbstaufgabe bedeutet. Seit Anfang an dreht sich alles um unsere Tochter. Während meiner
17 zweiten Schwangerschaft habe ich von der schweren Entwicklungsstörung, wahrscheinlich
18 durch eine Impfung, erfahren und habe mich intensiv damit auseinandergesetzt und mir war
19 klar, dass ich meine zweite Tochter nicht impfen lassen werde und hatte somit auch keine
20 Angst, dass unsere zweite Tochter ein gesundes Kind werden würde. Und so war es auch. Ich
21 muss nur immer schauen, dass unsere gesunde Tochter nicht zu kurz kommt, weil sich halt
22 wirklich eigentlich alles um unsere Tochter mit geistiger Behinderung dreht. Auch mit den
23 ganzen Arztterminen, Therapien und auch durch ihr Verhalten, einfach schwer für unsere
24 zweite Tochter. Hier muss ich halt auch schauen, dass ich meine ganze Kraft auch meiner ge-
25 sunden Tochter zukommen lasse, damit sie sich nicht zu kurzgekommen fühlt.

26

27 **I.: Können Sie mir etwas darüber erzählen, wie sich bei Ihrem Kind Sexualität zeigt?**

28 M.: Ja, es beginnt ja nicht irgendwann einmal, dieses ‚Frau werden‘, das beobachte ich jetzt
29 schon seit so ca. drei Jahren ungefähr, dass sie Interesse zeigt, z.B. habe ich mit großer Freude
30 festgestellt, dass sie Interesse daran hat, einen BH zu tragen. Also, als die Brüste anfangen sich
31 zu entwickeln, Rundungen zu bekommen, hat unsere Tochter großen Wert daraufgelegt, einen
32 geeigneten BH zu suchen und den dann eben auch zu tragen. Das war für mich ein schönes
33 Zeichen zu sehen, dass unsere Tochter dem ‚Frau werden‘ positiv entgegensieht. Das war ihr
34 wichtig, den BH frühzeitig zu tragen und einen guten BH auszusuchen.

35 I.: Welches Gefühl haben Sie dabei, wenn Sie daran denken, Ihre Tochter lebt ihre Sexualität
36 in allen Bereichen aus?

37 M.: Ja, dass sie das ausleben möchte, das möchte ja jeder Mensch ausleben. Es gehört zum
38 Menschsein. Aber ganz ehrlich, da habe ich noch nicht darüber nachgedacht, wie das dann sein
39 wird, ähm, oder wie man sie da gut begleiten kann, weil das heute noch kein Thema ist. Aber
40 es gehört zum menschlichen Dasein und ist ganz normal. Ich würde es ihr von Herzen wün-
41 schen, wenn die Zeit reif ist eben, ähm, dass sie einen Partner eines Tages findet, mit dem sie
42 Sexualität erfahren kann. Nachdem man mittlerweile mit ihr ja sprechen kann, denn das war ja
43 die ersten Jahre nicht möglich, weil die geistige Behinderung so groß war, dass sie kein Wort
44 sprechen konnte. Nach zehn Jahren Logopädie kann sie jetzt sprechen. Sie kann zuhören und
45 man kann mit ihr sprechen und sie kann sich ausdrücken. Insofern glaube ich, sie macht da
46 weiterhin gute Fortschritte und man wird dann auch über dieses Thema mit ihr sprechen kön-
47 nen, wie das gelebt werden kann und ich geh davon aus, dass das dann auch gelebt werden
48 kann.

49

50 **I.: Was meinen Sie, welchen Stellenwert hat sexuelle Aufklärung für Ihr Kind?**

51 M.: Sexuelle Aufklärung ist mit Sicherheit sehr, sehr wichtig für mein Kind, weil sie eine ist,
52 die immer alles sehr genau wissen will. Immer schon. Und seit sie sich sprachlich verständigen
53 kann noch mehr, wir haben jetzt eine gute Grundlage, um miteinander zu sprechen. Und sie
54 wird sicherlich zum Thema Sexualität konkret nachfragen.

55

56 **I.: Gab es bereits ein innerfamiliäres Aufklärungsgespräch?**

57 M.: Aufklärung ist für mich ja ein weitgedehnter Begriff. Das beinhaltet nicht nur biologische
58 Abläufe. Es umfasst vieles mehr. Aufklärung ist vielleicht auch nicht das richtige Wort, es wird
59 einfach gelebt, einfach als Lebensbegleitung ermöglicht und das ergibt sich ja wiederum aus
60 dem Alltag, aus dem täglichen Leben. Also, meine Kinder dürfen einfach beobachten und erle-
61 ben von je her, dass ihre Mama gerne Frau ist. Das ist ja eine grundlegende, wichtige Lebenser-
62 fahrung, die ich ihnen mitgebe für ihr eigenes Frau werden. Dazu gehört natürlich, dass auch
63 ich als Mutter gerne Frau bin und das gebe ich auch weiter. Das ich gerne Frau bin, sehen sie
64 auch daran, dass ich mich gerne schön kleide, es mir wichtig ist, mich hübsch zu kleiden. Für
65 mich, aber auch als Frau und als Partnerin für meinen Mann. Meine Tochter sieht auch, dass
66 ich mich gerne im Spiegel betrachte, wie ich aussehe. Das hat auch meine Tochter übernom-
67 men. Es ist auch wichtig, sich überhaupt zu betrachten, wie man selber ausschaut, da kam dann
68 z.B. auch schon die Bemerkung: `Du Mami, meine Brust ist zu groß', ja, das kommt immer

69 wieder mal vor und dann sprechen wir auch darüber. Also wenn Fragen kommen, gehe ich
70 offen damit um. Ich dränge ihr aber nichts auf, weil in irgendeinem Lehrbuch steht in dem Alter
71 muss man darüber sprechen, sondern mein Mutterinstinkt sagt mir wann, denn ich beobachte
72 sie ja, ich lebe ja mit ihr, niemand kennt sie besser als ich, ich sehe, was sie fühlt und dann
73 greife ich das halt sofort auf. Es ist eine Interaktion, bei der ich meinem Kind entweder Infor-
74 mationen anbiete und gleichzeitig warte ich, bis mein Kind auf mich zukommt. Mein Eindruck
75 ist, dass sie sehr wachsam beobachtet, was sich bei ihrem Körper verändert. Eben die wachsen-
76 den Brüste und das beunruhigt sie zum Teil schon ein bisschen, weil sie ja meint, die wären zu
77 groß. Ich sage ihr dann meine Meinung dazu, eben dass ihre Brüste nicht zu groß sind und sie
78 weiß, was ihre Mama sagt ist 100%ig ehrlich und auf das kann sie bauen. Das was die Mama
79 sagt, stimmt. Kann sie absolut ernst nehmen. Ich sage ihr, dass sie schön ist und einen wunder-
80 baren Körper hat, denn das möchte sie auch manchmal wissen, ob sie zu groß ist, ob sie zu dick
81 ist oder so. Dann frage ich ihre Meinung ab, was sie denkt und warum sie so denkt. Ich sage ihr
82 dann, sie ist nicht zu dick, sie hat ein perfektes Körpergewicht, besser geht es gar nicht, alles
83 gut entwickelt sei und alles schön aussieht und (lacht) ich sage dann, dass meine Brüste noch
84 viel größer sind und das ist schön so, find ich super (lacht erneut). Gesunde Körperwahrneh-
85 mung ist schon wichtig und auch, dass sie dazu eine Meinung besitzt und ein Gefühl dafür hat
86 und sie auch Fragen dazu hat und diese auch stellt. Das bedeutet auch Vertrauen, dass sie zu
87 mir kommt bei diesen Fragen, mich als Ansprechpartnerin sieht und wir unsere Meinungen
88 austauschen. Ihre Periode hat sie das erste Mal mit dreizehn Jahren bekommen, da habe ich sie
89 auch oder begleite sie immer noch intensiv dabei. Da bekommt sie intensive Begleitung auf
90 körperlicher, psychischer Seite her, auf allen Ebenen. Sie wollte natürlich wissen, was da im
91 Körper abläuft und da war ich auch ganz froh, dass die Heilpädagogische Tagesstätte sexuelle
92 Aufklärung als Kurs angeboten hat. Der Kurs findet ja zum Teil geschlechtlich getrennt und
93 dann auch wieder gemischt statt, das fand ich gut. Weil dann die intimeren Fragen auch beant-
94 wortet werden können. Vor allen Dingen was dort besprochen wird, bleibt dort und wird auch
95 nicht an die Eltern weitergegeben, damit sich die Teilnehmenden sicherer fühlen. Dieser Kurs
96 hat bei ihr schon Aufregung verursacht, allein das Thema schon, sexuelle Aufklärung verur-
97 sachte bei ihr schon größte Aufregung und Neugierde.

98 I.: Gab es bereits in der Schule Sexualaufklärungsunterricht?

99 M.: Ja, in der 6. Klasse Förderschule, da mussten wir ja unterrichtet werden, wann und was da
100 stattfindet. Da war eine Informationsveranstaltung in der Schule und die Lehrerin sagte uns
101 dort, welche Inhalte es gibt. Der Kurs, der in der Heilpädagogischen Tagesstätte angeboten wird,
102 da konnten sich die Kinder freiwillig anmelden. Sie wurden gefragt, wer das möchte und da hat

103 sich meine Tochter dann von sich aus, selbständig angemeldet. Wir Eltern mussten dann eine
104 schriftliche Einverständniserklärung abgeben. Wir wurden darüber informiert, dass unserer
105 Tochter daran teilnimmt, wie lange der Kurs dauert, also über die Rahmenbedingungen.

106

107 **I.: Welche Wirkung erwarten bzw. erhoffen Sie sich von Sexualaufklärung bei Ihrem**
108 **Kind?**

109 M.: Wichtig ist für mich, dass unser Kind dieses Thema, denn es ist ein ganz tiefgreifendes
110 Thema, nicht nur durch uns als Eltern, sondern mit anderen zusammen erfährt. Ich habe be-
111 merkt, wie wichtig und auch erleichternd es für unser Tochter es ist, wenn sie z.B. mitbekommt
112 auch andere Mädchen haben auch schon ihre Periode bekommen, sich mit denen darüber aus-
113 tauschen kann, wie das die anderen empfinden. Also austauschen natürlich im begrenzten Rah-
114 men aufgrund ihrer geistigen Beeinträchtigung. Aber es ist eine phänomenale Erleichterung für
115 das Kind und auch für mich als Mutter zu sehen, wenn sich unser Kind mit Gleichaltrigen aus-
116 tauschen kann. Das gemeinsame Erleben, wie man mit den Tagen umgeht, z.B. dass man da
117 nicht schwimmen gehen kann usw.

118 Selbstbestimmung gehört ja auch zum Menschsein dazu. Und unsere Aufgabe als Eltern bedeu-
119 tet eben Rahmenbedingungen zu schaffen, einen Weg zur Selbstbestimmung zu ebenen, damit
120 die Kinder ihren persönlichen Lebensweg gehen können. Und hierzu gehört ja auch sexuell
121 aufgeklärt zu sein. Die totale Selbständigkeit will unsere Tochter immer schon, hat sie immer
122 schon angestrebt. Sie gibt schon immer Signale, was sie möchte, für was sie sich interessiert.
123 Da muss man Raum geben dafür und somit auch eben für dieses Thema.

124 I.: Gibt es für Sie Prioritäten bezüglich der Themenauswahl bei sexueller Aufklärung?

125 M.: Ich denke da gerade an meinen Sexualaufklärungsunterricht in der Schule und der war
126 schrecklich und genau das Gegenteil erwarte ich mir. Für mich und auch mein Mann sagt das,
127 war das einfach nur krass, schlechter kann man sexuelle Aufklärung gar nicht machen. Deswe-
128 gen wünsche ich mir, dass es keinesfalls so gemacht wird wie bei uns, nämlich das Körperliche
129 vollkommen vom Psychischen getrennt wird, dass man nur statisch und gefühllos mit Begriffen
130 operiert, man den Körper letztlich vollkommen isoliert betrachtet und das Psychische außer
131 Acht lässt. Das Seelenleben muss die Basis sein. Wichtig ist, nicht nur die Körperteile abge-
132 trennt vom ganzen Körper zu erklären, sondern auch z.B. die Schönheit der ganzen Frau zu
133 zeigen und nicht isoliert Körperteile darzustellen, denn das könnte schockierend wirken, auch
134 für uns als Eltern.

135 Auch wenn mal die körperliche Liebe und sexuelles Leben zum Thema wird, was ja jetzt bei
136 unserem Kind noch nicht so ist, dass das eben unmittelbare Folge einer Liebesbeziehung ist.

137 Dass die Schönheit der Sexualität sich nur dann entfalten kann als Folge einer Liebesbeziehung
138 zwischen einem Mann und einer Frau. Dass es eben dann auch dazugehört und eine wunderbare
139 Ergänzung ist, sich dann auch körperlich zu nähern, die Liebe zu zeigen in Form der Sexualität,
140 aber niemals abgespalten, also nur körperlich. Deshalb brauchen die Leute, die Sexualaufklä-
141 rung machen auch eine Sozialkompetenz, damit man da als Eltern keine Angst haben muss.
142 Diese Kompetenz ist in der Einrichtung gegeben, da habe ich Vertrauen. Wenn es jetzt Sexu-
143 aufklärung in der Regelschule wäre, dann würde ich sagen: `Oh Gott, oh je, oh je´ (lacht),
144 aber meine Kinder gehen beide auf Privatschulen und da herrscht eine ganz andere Zusammen-
145 arbeit zwischen Eltern und Lehrern. Man kennt sich gegenseitig gut. Also, sowohl die Förder-
146 schule als auch die Heilpädagogische Tagesstätte haben in dieser Hinsicht mein Vertrauen, da
147 reicht meine Menschenkenntnis aus, um zu sagen, die machen das gut. Wenn da etwas schief-
148 laufen sollte, dann wird sich mein Kind auch vertrauensvoll an mich wenden und nachfragen,
149 z.B. über das, was sie da gehört hat.

150

151 **I.: Haben Sie den Eindruck der Inhalt sexueller Aufklärung wird von Ihrem Kind ver-**
152 **standen, verinnerlicht und auch erinnert?**

153 M.: Alles noch nicht. Meine Tochter weiß jetzt z.B. wie das mit der Menstruation ist bei einer
154 Frau, wie da im Körper der Weg ist, das hat sie jetzt erfahren. Dass sie jetzt halt Kinder bekom-
155 men kann, über Empfängnis, den körperlichen Ablauf halt jetzt. Aber mehr kann sie jetzt damit
156 auch noch nicht anfangen. Sie ist fünfzehn Jahre und dann sehe ich jetzt noch keine Tendenzen,
157 dass sie mit einem Jungen näher in Kontakt tritt, weder gefühlsmäßig noch körperlich, da sehe
158 ich noch gar keine Tendenz. Sexuelle Aufklärung muss halt kontinuierlich an die Entwicklung
159 angepasst werden. Jetzt ist halt die körperliche Veränderung sehr wichtig, die Menstruation
160 oder sich einfach auch hübsch zu kleiden und hübsch auszusehen, da legt unsere Tochter großen
161 Wert darauf. Da kaufen wir dann eben schöne jugendliche Kleidung. Das Interesse, Frau zu
162 werden ist da, ja, aber einfach nur für sich. Das wird sich verändern. Wenn sie mal siebzehn
163 oder achtzehn Jahre ist, wird sie andere Interessen haben wie jetzt. Deswegen ist diese lebens-
164 lange, kontinuierlich durchgeführte sexuelle Aufklärung ganz wichtig, dass man hier laufend
165 Begleitung gibt, weil es ist ja auch ein kontinuierlicher geistig, seelischer und körperlicher Ent-
166 wicklungsprozess. Eine Mitarbeiterin der Heilpädagogischen Tagesstätte hat mir bereits mitge-
167 teilt, dass ein Junge, der ein Jahr älter ist, aus der Gruppe an meiner Tochter Interesse zeigt.
168 Das hat die Mitarbeiterin bemerkt und hat gesagt, sie musste schauen, dass sie den Jungen dis-
169 tanziert, weil sie den Eindruck hat, dass unsere Tochter noch nicht so weit ist und sie das noch
170 nicht wollen würde. Das finde ich ganz wichtig, dass die Heilpädagogische Tagesstätte, in der

171 ja Jungen und Mädchen sind, man da ganz großes Augenmerk darauf hat, wenn ein Junge da
172 Interesse zeigt, eben ein Mädchen zur Freundin zu haben, dass man da ganz genau schaut und
173 eben dann auch den Schutz gibt, wenn das Kind das nicht will. Das ist ja eine vollkommene
174 neue Lebenserfahrung, eine Überforderung und man das vielleicht auch gar nicht erkennt. Was
175 läuft da ab? Was möchte der Junge überhaupt? Er möchte nicht nur Fußballspielen, sondern
176 auch was anderes. Und da braucht es Mitarbeitende, die das beobachten und auch ein Feinge-
177 spür, das zu erkennen und darauf hinzufühlen, möchte das Mädchen das auch und wenn nicht,
178 da muss man dann vermitteln und erklären, was der Junge will, was da abgeht. Da braucht es
179 auch eine Begleitung, wenn jemand zu nahekommt, auch erklären, dass man nicht mit jedem
180 mitgeht oder mit jemandem ins Auto zu steigen. Das man das nicht macht. Unsere Tochter weiß
181 auch, dass unsere Welt nicht so gut ist. Es gibt viele böswillige Menschen, vor denen man sich
182 schützen muss und wenn man das nicht frühzeitig erkennen kann aufgrund der geistigen Be-
183 einträchtigung, dann braucht man unbedingt Schutz. Deswegen brauche ich ja auch die Heilpä-
184 dagogische Tagesstätte. Ich kann meine Tochter nicht den ganzen Tag beaufsichtigen und will
185 es ja auch gar nicht, das wäre ja auch ganz schädlich für das Kind. Sie soll ja möglichst viele
186 Freiheiten haben auch mit anderen, aber eben da braucht es pädagogisches Augenmerk, das
187 nichts passiert. Ich kann sie ja alleine nirgends hingehen lassen. Wir versuchen natürlich so viel
188 Selbständigkeit wie möglich, aber natürlich in einem vernünftigen Maß, weil es ansonsten ge-
189 fährlich werden würde. Also ich kann meine Tochter jetzt nicht alleine zum Einkaufen schi-
190 cken, sie könnte sich nicht richtig verständigen und auch mit dem Rad könnte etwas passieren.
191 Das darf sie mit ihrer Schwester zusammen, da kann sie beobachten und lernen für ihr Leben.
192 Zum Briefkasten, zum Brief einwerfen, kann sie alleine gehen, da habe ich keinerlei Ängste
193 und Bedenken bei kleineren Botengängen.

194

195 **I.: Finden Sie eine Partnerschaft und Sexualität wichtig im Leben Ihres Kindes?**

196 M.: Ja, freilich, natürlich. Beziehungen sind ja das Wichtigste im Leben, was das Leben schön
197 und angenehm macht und nicht nur freundschaftliche, sondern auch partnerschaftliche Bezie-
198 hungen. Ich wünsche meiner Tochter von Herzen, dass eine Beziehung eines Tages möglich
199 ist. Es ist auch ein Segen, dass es Heilpädagogisches Wohnen gibt oder in Form von Wohnge-
200 meinschaften dann später, weil alleine Wohnen ja nicht geht, dass sich da irgendwann mal eine
201 Konstruktion ergibt, in der vielleicht zwei Paare zusammen leben können mit einer fünften
202 Person, die dann die Aufsicht hat. Solche Möglichkeiten gibt es ja, so mit Studenten oder Heil-
203 erzieherinnen bzw. Heilerziehern, die dann auch Teil der Wohngemeinschaften sind, also so-
204 was, stell ich mir dann einfach mal vor.

205 I.: Würden Sie einen Kinderwunsch bzw. einer Ehe zustimmen?

206 M.: (sehr lange Pause) Ich denke, so eine Ehe kommt ja aus rein rechtlichen Gründen schon gar
207 nicht in Frage, also so ohne Weiteres. Wenn es denn mal soweit wäre, da bräuchte ich ja eine
208 gute Rechtsberatung. Ich glaube nicht, wenn sie nicht geschäftsfähig ist, wie soll da eine Ehe
209 rechtlich gehen. Also einer Ehe aufgrund der Rechtsituation würde ich sagen, nicht, einer Be-
210 ziehung aber schon. Weil wenn sie nicht geschäftsfähig sind, können sie ja auch gar keine Ehe
211 eingehen. Aber da sind wir ja noch lange nicht. Aber hier gilt ja die beschränkte Geschäftsfä-
212 higkeit, da bräuchte es ja ein Gutachten von der Klinik usw., durch Richter bestätigt und so.
213 Daran denke ich überhaupt noch nicht. Ich sehe da auch überhaupt keine Vorteile einer Ehe,
214 welche Vorteile eine Ehe bringen würde. Also zur Ehe würde ich sagen `nein`, zu einer Part-
215 nerschaft ganz klar `ja`, das wünsch ich von Herzen, also wenn das der Lebensweg ist.

216 Es geht ja nicht um meine Wünsche, es geht klar darum, dass meine Tochter, ausgehend von
217 einer höheren, philosophischen Sichtweise, geht es ja darum, für uns als Eltern als Auftrag für
218 unser Kind den Weg zu ebnen, dass sie ihr ureigenes Leben leben kann. Nicht nach meinen
219 Wünschen und Ansprüchen, sondern das leben kann, wozu sie auf die Welt gekommen ist. Es
220 gilt wach zu sein und herauszufinden, was möchte das Kind?

221 Das kann sein, dass sie sich eine Beziehung wünscht, dass sie das eines Tages möchte. Wenn
222 sie einen Mann kennenlernt und sagt mit dem möchte ich jetzt zusammenleben, dann würden
223 wir als Eltern diesen jungen Mann anschauen, genau und wenn wir sagen, es ist etwas, wo wir
224 sagen, vom Charakter her eben geeignet, da können wir gut loslassen, dann würden wir von
225 Herzen zustimmen.

226 Aber, wenn sich meine Tochter ein Kind wünschen würde? (lange Pause) Normal hat man da
227 ja keine Bedenken, also bei meiner zweiten Tochter habe ich da gar keine Bedenken. Aber,
228 wenn ich da zu meiner Tochter mit geistiger Behinderung hinfühle, so glaube ich, wird sie ihr
229 Leben leben, aber als Mutter sehe ich sie ehrlich gesagt nicht, aber nicht ausgehend von meinen
230 Ängsten und Befürchtungen, sondern rein von meinem Mutterinstinkt her. Ich glaube, meine
231 Tochter wird einen guten Beruf ergreifen, der ihr Spaß macht, sie wird auch eine partnerschaft-
232 liche Beziehung führen, das würde ich auch unterstützen, aber als Mutter sehe ich sie nicht.

233 Wenn das tatsächlich ihr Wunsch sein sollte, was ich jetzt nicht glaube, dann müssen mein
234 Mann und ich das genau betrachten, ob das für sie, ob sie das überblicken würde. Sie sagt ja
235 auch: „Mami und Papi, ich kauf mir mit achtzehn Jahren einen BMW“. Das ist halt ihr Wunsch,
236 aber natürlich vollkommen unrealistisch, das wäre ja lebensgefährlich, denn sie kann nicht Au-
237 tofahren. Sie wird keinen Führerschein machen können und wird auch kein eigenes Auto haben.

238 Das ist eben auch ein Wunsch von ihr, den sie jetzt noch nicht überblicken kann. Ich schließe
239 es nicht aus, dass sie es eines Tages kann, aber aufgrund der jetzigen Behinderung, klar nein.
240 Bei einem Kinderwunsch müsste ich ganz klar analysieren, differenzieren und herausfinden, ob
241 das jetzt nur einfach ein Wunsch ist, weil sie das ja ganz nett finden würde, aber sie es ganz
242 klar nicht überblicken kann, was das für Konsequenzen hat. Den Führerscheinwunsch kann ich
243 ja auch nicht unterstützen, geht rechtlich nicht und sie würde ins Verderben fahren. Und ge-
244 nauso ist es beim Kinderwunsch. Da muss man herausfinden eben, ist das tatsächlich ihr urei-
245 gener Wunsch, kann sie das überblicken, was das bedeutet. Wenn mein Mann und ich uns dann
246 wirklich im Klaren darüber wären, das ist Bestimmung, das ist der Weg, also wenn wir wirklich
247 intuitiv das Gefühl hätten, das gehört zu ihrem Leben, dann müsste man halt die Voraussetzun-
248 gen schaffen. Durch Lebensgemeinschaften, durch zusätzliche Betreuung wie auch immer,
249 dann würden wir ihr das ermöglichen. Aber nur dann, wenn wir wirklich das Gefühl haben, ein
250 Kinderwunsch gehört zum Leben dazu. Wenn die Situation kommt, dann habe ich ein gutes
251 Beraterteam, Psychologen um mich herum, mit denen ich mich austausche und wir werden eine
252 Lösung finden. Das Wichtigste ist für die Kinder beim Thema Sexualität und Liebesbeziehun-
253 gen ist halt einfach wirklich, dass Kinder gute Begleitpersonen zur Seite gestellt bekommen,
254 dass die Kinder nicht in die Isolation gehen. Das ist das dringlichste Anliegen, dass sich die
255 Begleitpersonen mit Kindern und Erwachsenen austauschen können, denn meistens haben
256 Menschen mit geistiger Behinderung keine Freunde, sind meist schon als Kind, Jugendlicher
257 und Erwachsener vollkommen isoliert. Haben keine Freunde, weil sie nicht die Möglichkeit
258 haben, welche zu finden. Es ist meist ein Ding der Unmöglichkeit, im privaten Umfeld Freunde
259 zu finden. Deswegen sind Einrichtungen auch sehr wichtig, ein absoluter Segen, wie z.B. die
260 Tagestätte, dass Jugendliche zusammengeführt werden, die eben dann miteinander Fußball-
261 spielen und sich aber auch zusammen hinsetzen und sich über Sexualität unterhalten unter pä-
262 dagogischer Führung. Das ist nämlich eine totale Entlastung, weil ich alleine kann das ja auch
263 nicht. Ich kann freilich meine Tochter weiterhin begleiten, Frau zu werden, kann ihr sagen, wie
264 eine Liebesbeziehung zu einem Mann aussehen kann, auf was man da achten muss. Aber ir-
265 gendwann mag das meine Tochter auch nicht mehr, nur an mich gebunden zu sein. Nur an die
266 Mutter gebunden zu sein. Das ist ja auch eine Abhängigkeitsbeziehung. Viel wichtiger ist es,
267 sich auch mit Gleichaltrigen auszutauschen und die kann ich nicht herzaubern. Das gelingt nur
268 in der Tagestätte, da findet eine Zusammenführung statt und das ist sehr wichtig, dass ein Aus-
269 tausch stattfindet.

270
271

272 **I.: Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?**

273 M.: Es ist mit Sicherheit eine große Herausforderung, weil es ja immer damit verbunden ist mit
274 der eigenen Erziehung, das liegt ja in jedem drin, also ist es natürlich eine große Herausforde-
275 rung. Unabdingbar damit verbunden, mit der eigenen Persönlichkeitsreife, Persönlichkeitsent-
276 wicklung der Begleitperson, wie sie selber mit dem Thema Sexualität umgeht. Ob es da von
277 der eigenen Haltung her ein Problem damit gibt oder ob es als ein schönes Thema empfunden
278 wird. Es kommt immer darauf an, wie die eigene Sichtweise ist und die kenne ich natürlich von
279 den professionellen Begleitpersonen nicht und habe auch keinen Einfluss darauf. Haltung ge-
280 nerell zu Sexualität ist bedeutend. Es ist auch wichtig, dass die Bezugspersonen an sich selbst
281 Entwicklungsarbeit leisten und nur dann, wenn sie selber geistig-seelische Weiterentwicklung
282 machen, auch nur dann ist der Nährboden da, dass man gut beraten kann, dass ich meine Schutz-
283 befohlenen gut beraten kann. Es ist von Haus aus kein einfaches Thema und abhängig davon,
284 welche Person man selber darstellt. Eigene Erfahrungen fließen mit ein, was man mitbekom-
285 men hat in seinem Leben, in der eigenen Kindheit, von anderen Menschen usw. Man muss den
286 Begleitpersonen wirklich sagen: `Hey Leute, beschäftigt euch mit eurer eigenen Sexualität, be-
287 beschäftigt euch wirklich eingehend mit eurer eigenen seelischen Entwicklung und entwickelt
288 euch weiter`. Es müssen auch unschöne Dinge aus der Vergangenheit bearbeitet werden, nur
289 dann können positive Signale gegeben werden. Nicht so wie bei vielen, wo das ein Tabuthema
290 war, als ein schmutziges Thema unseren Eltern, Großeltern vermittelt wurde. Wir leben, Gott
291 sei Dank jetzt in einer Zeit, wo wir das wandeln können. Wir können vermitteln, Frau sein ist
292 schön, in einer wirklich erfüllten Liebesbeziehung ist auch Sexualität etwas Schönes. Das kann
293 schon sein, dass viele diese Reife und Einstellung nicht besitzen. Man muss halt in den Ein-
294 richtungen immer zu den Mitarbeitenden sagen: `Befasst euch mit euren eigenen Sexualleben,
295 mit Sexualität und schaut unerschrocken darauf und arbeitet daran`. Nur dann kann man posi-
296 tives Vorbild sein, gut aufklären und beraten. Das ist eine hohe Verantwortung, was man bei
297 diesem Thema weitergibt. Das ist eine hohe Verantwortung. Es kann ja nicht jede professionelle
298 Begleitperson mit dem Thema umgehen, es ist ja nicht jeder dafür ausgebildet. Hier besteht
299 ungemeiner Schulungsbedarf von Haus aus, aber gerade eben bei Menschen mit geistiger Be-
300 hinderung ist es eine riesengroße Aufgabe, eine Zukunftsaufgabe. Jeder, der damit vertraut ist,
301 muss permanent an sich arbeiten, weil ansonsten kann man das Thema nicht gut, positiv, sinn-
302 voll vermitteln und eben schon gar nicht bei Menschen mit geistiger Behinderung. Grundvo-
303 raussetzung ist Selbstreflexion und zwar nicht einmal, sondern fortlaufend für jeden, der mit
304 Menschen, Jugendlichen mit geistiger Behinderung zu tun hat, das betrifft natürlich auch die
305 Eltern. Wir müssen immer selbstreflektieren, weil nur, wenn ich mich selbst kennengelernt habe

306 und weiter selbst kennenlerne, desto besser kann ich damit umgehen und auch mit den Men-
307 schen. Wenn ich keine Ahnung von mir selbst habe, kann ich auch den anderen Menschen nicht
308 erfassen.

309 I.: Wie wichtig ist dabei die Zusammenarbeit zwischen Eltern und professionellen Begleitper-
310 sonen?

311 M.: Ja, natürlich ist der enge Austausch zwischen den Eltern und professionellen Begleitperso-
312 nen von großer Bedeutung besonders bei diesem Thema, wichtiger noch, wie bei vielen anderen
313 Themen. Damit wir Eltern den damit vertrauten Personen spiegeln, ähm, also ich gebe da ganz
314 viele Informationen weiter, an alle, die mit meinem Kind zu tun haben, damit sie ein gutes Bild
315 haben, wer mein Kind ist. Umgekehrt erwarte ich natürlich auch, dass sie mir auch spiegeln,
316 was sie beobachten und wahrnehmen. Das kann ja wiederum etwas anderes sein, woraus man
317 dann gegenseitig lernen kann. Denn das Kind verhält sich bei mir natürlich ja anders als außer-
318 halb der Familie. Damit man dadurch eine fruchtbare Erziehungskooperation hat.

319 Gerade bei dem Thema Sexualität muss man Sachen offen anbringen können. Denn, wenn mich
320 da Dinge, die mein Kind betreffen, beschäftigen, bedarf es schon einer Erklärung. Mir können
321 als Mutter natürlich auch Dinge entgehen, wie z.B., wenn meine Tochter eine nähere Beziehung
322 zu einem jungen Mann sucht, wenn sie gerne mit ihm zusammen ist, sich eine intensivere ge-
323 fühlsmäßige Beziehung oder auch körperliche Beziehung wünscht. Das ist bei meiner Tochter
324 noch nicht der Wunsch, aber sowas könnte mir als Mutter natürlich auch mal entgehen, weil
325 ich sie ja nicht mit anderen Jungs sehe, wenn sie in der Heilpädagogischen Tagesstätte ist. Des-
326 wegen ist es ein sehr wichtiger Punkt, der Austausch und die Zusammenarbeit zwischen Ein-
327 richtung, also Heilpädagogische Tagesstätte und späteres Heilpädagogisches Wohnen, profes-
328 sionellen Begleitpersonen und dem Elternhaus. Und zwar nicht nur auf Nachfrage der Eltern,
329 sondern schon eben auch aktiv seitens der Professionellen, das wünsche ich mir. Denn ich gebe
330 ja auch von mir aus aktiv immer alle Informationen über unser Familienleben, Arztbesuche,
331 was sich sonst noch so tut usw. weiter. Damit man meiner Tochter entsprechend begegnen kann.
332 Und ganz ehrlich, da würde ich mir noch ein bisschen mehr Rückmeldung wünschen, also nicht
333 nur einmal im Jahr, sondern auch mal flexibel durch Telefonate oder auch schreiben über
334 Dinge, die bezüglich meines Kindes auffallen, z.B. über Mann-Frau-Beziehung, Freundschafts-
335 schließung oder eben Interesse am anderen Geschlecht. Das wird, denke ich, der Einrichtung,
336 also den Betreuerinnen und Betreuern dort, eher auffallen wie mir. Also, letztendlich sollte ein
337 regelmäßiger Austausch stattfinden, weil es einfach eine so große Aufgabe ist, ein solches Kind
338 durch das Leben zu begleiten. Das geht nur in Teamarbeit, das können Eltern nicht alleine. Das
339 geht nur in Teamarbeit. Eine lebenslange Aufgabe voller Verantwortung und einem Anspruch

340 auch, die man sich nicht vorstellen kann, wenn man es nicht erlebt hat. In ein paar Jahren
341 möchte ich ja auch wieder mein eigenes Leben aufbauen und nicht nur 24 h am Tag für die
342 Kinder da sein und da ist es für mich selbstverständlich auch wichtig in guten regelmäßigen
343 Austausch mit der Einrichtung, in der mein Kind dann wohnt, zu sein. Weil gerade auch das
344 Sexualeben und sexuelle Aufklärung ein laufendes Thema sein wird. Was ja in unserer Gesell-
345 schaft so und so furchtbar ist, dass man die Sexualität so abkoppelt. Denn körperliche Liebe ist
346 Ausdruck einer Liebesbeziehung und kann nicht isoliert als körperlicher Akt gesehen werden.
347 I.: Apropos Gesellschaft, wie empfinden Sie den Umgang mit dem Thema Sexualität und Men-
348 schen mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft?

349 M.: Was die Gesellschaft über uns denkt, ist mir vollkommen egal. In unserem Freundeskreis
350 herrscht ein hohes Niveau an Sozialverständnis, aber die Gesellschaft als solches kann ja gene-
351 rell nicht mit Behinderungen umgehen. Das ist ein Thema, das abgedrängt wird. Da herrschen
352 ja generell Diskriminierung und bestehen Vorurteile. Das sieht man ja auch jetzt wieder gut an
353 der Corona-Pandemie. Da werden Förderschule noch länger geschlossen als Regelschulen, weil
354 man den Kindern nicht zutraut und sie ganz einfach für zu blöd hält, die geforderten Maßnah-
355 men einzuhalten. Das ist diskriminierend.

356 Und zum Thema Sexualität, Liebesleben und Menschen mit geistiger Behinderung in Bezug
357 auf die Gesellschaft muss man schon bemerken, dass jeder Teil der Gesellschaft ist und deshalb
358 muss man alle möglichst daran teilhaben lassen und eben auch in allen Bereichen.

359 Es kam einmal ein Film im Fernsehen über eine Liebesbeziehung zwischen einem Paar beide
360 mit Down Syndrom. Das war ein sehr schöner Film. Gerade solche Menschen mit einer geisti-
361 gen Behinderung, deren Schicksal so ist, diese Menschen sind ja charakterlich einwandfrei,
362 geradlinig, gutmütig, herzensgute Menschen. Das berührt mich sehr. Das sollte mehr in die
363 Öffentlichkeit getragen werden, welche vorbildliche, herzensgute Menschen das sind, egal wel-
364 che Art der geistigen Behinderung und wieviel nicht behinderte Menschen schon allein von
365 deren Charakter und deren Umgang mit anderen Menschen, wieviel nicht behinderte Menschen
366 von ihnen lernen können. Und in Bezug auf Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung
367 hat die Gesellschaft dann ja auch null Ahnung, aber woher auch? Man muss dieses Thema halt
368 in die Öffentlichkeit bringen. Eben verstärkt in die Medien bringen, um die Masse zu erreichen,
369 z.B. durch Zeitungsberichte, Dokumentationen oder auch TV Spielfilme darüber. Filme dar-
370 über, welche herrliche Liebesbeziehungen auch Menschen mit geistiger Behinderung führen
371 können. Auch öffentlich darzustellen, wie sich Menschen mit geistiger Behinderung küssen,
372 zärtlich berühren usw. Das sich auch Menschen mit geistiger Behinderung liebevoll begegnen
373 können auch als Paar. Das würde auch zeigen, dass ein Intimleben ganz normal möglich ist.

374 Das ist ja immer noch ein Tabuthema in unserer Gesellschaft, das muss man in die Öffentlich-
375 keit bringen, damit das als Selbstverständlichkeit gesehen wird und zu einem Umdenken
376 kommt. Das gehört halt einfach zum Leben dazu. Menschen mit geistiger Behinderung werden
377 schon noch gerne weggesperrt, also in Einrichtungen, in denen sie halt nur unter sich sind. Es
378 fehlt einfach an Präsenz in der Öffentlichkeit. Da geht es ja mit dem Wollen los und argumen-
379 tiert wird ja immer mit damit, dass das alles nicht finanzierbar sei, das ist mitunter ein sozial-
380 politisches Problem. Man muss Initiativen gründen und Aufklärung betreiben und die Men-
381 schen informieren. Es muss Möglichkeiten geben oder geschaffen werden, dass auch Menschen
382 mit geistiger Behinderung in Wohnungen als Paare zusammenleben können, damit überhaupt
383 ein Liebesleben stattfinden kann. Das ist ja auch ein Grundrecht. Man muss der Gesellschaft
384 einfach die Angst nehmen vor diesen ‚merkwürdigen Menschen‘. Denn ein Mensch, der in
385 Beziehung mit Menschen mit geistiger Behinderung geht, wird verwandelt, wird die Begeg-
386 nung nicht vergessen und die Angst und Erschrockenheit darüber hoffentlich ablegen können.
387

388 **I.: Wie war es für Sie, über das Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung zu sprechen?**

389 **Möchten Sie noch etwas ergänzen?**

390 M.: Das A und O für mich bei diesem Thema ist es, mit wem ich über dieses Thema spreche,
391 mit wem ich es zu tun habe. Mit Ihnen habe ich das sehr positiv erlebt, weil ich Fachkompetenz,
392 Sozialkompetenz und einfach Menschlichkeit spüre, das hätte sich vielleicht mit jemand ande-
393 ren ganz anders angefühlt.

2

3 **I. (=Interviewerin): Können Sie mir anhand Ihrer Erfahrungswerte erzählen, worin die**
4 **Schwerpunkte bei Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung liegen. Was fällt**
5 **Ihnen dazu ein?**

6 PB. (=professionelle Begleitperson): Grundsätzlich müsste man das gar nicht so großartig un-
7 terscheiden, d.h. es ist für nicht behinderte Menschen wie für Menschen mit Behinderung gleich
8 wichtig. Für Menschen mit geistiger Behinderung muss man Sexualaufklärung angleichen und
9 passender machen, da reicht zum Beispiel die gängige Sexualaufklärung in der Schule nicht
10 aus. Ich finde wichtig, dass alle Körperteile benannt werden können, da es ja immer so viele
11 Begriffe gibt, z.B. auch für Geschlechtsverkehr gibt's hunderttausend Begriffe, dass man weiß,
12 wie heißt was, damit die Menschen mit geistiger Behinderung auch mitreden können oder auch
13 selber sagen können, wenn was ist. Wichtiges Thema ist auch Vorbereiten auf die Pubertät,
14 damit die Mädchen wissen, was auf sie zukommt, wenn sie ihre erste Periode bekommen und
15 die Jungs ihren ersten Samenerguss, das find ich wichtig, dass man da offen damit umgeht. Und
16 auch generell, dass Menschen mit geistiger Behinderung lernen, darüber zu reden, also offen
17 darüber zu reden, dann auch später mit ihrem Partner oder wenn auch mal Übergriffe sind, oder
18 wie auch immer.

19 I.: Und allgemein zu Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung, was fällt Ihnen dazu
20 ein?

21 PB.: Ach ja, das habe ich in meinen Bekanntenkreis, wenn es heißt: '**Die** dürfen Kinder kriegen,
22 **die** haben Sex? '. Also, meiner Meinung nach, ist das nicht angekommen in der Gesellschaft,
23 dass Menschen mit geistiger Behinderung genauso das Recht auf alleine leben, Partnerschaft,
24 Ehe haben wie alle anderen auch. Es wird halt gedacht: 'Schaffen die das? Mit wieviel Unter-
25 stützung? '. Oder, über irgendwelche Gendefekte, die weitergegeben werden. Aber es gibt ja
26 auch Sex, ohne Kinder zu bekommen und das kann ja auch Spaß machen und so soll es auch
27 sein. Das Thema Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung wird oft vergessen von
28 der Gesellschaft, wird einfach tabuisiert. Naja, ich denk halt einfach, es wird ja in vielen Ein-
29 richtungen auch noch tabuisiert, dass die Menschen mit geistiger Behinderung keine Sexualität
30 haben. Bei den Menschen mit geistiger Behinderung ist es ja auch unterschiedlich, bei manchen
31 mehr bei manchen weniger, z.B. viele mögen nur Händchenhalten und mehr geht gar nicht. Ich
32 finde, die Menschen mit geistiger Behinderung stehen aber der Sexualität eher bejahend und
33 positiv gegenüber, das Einzige, was mir auffällt ist, dass die Mädchen bzw. Frauen sich selber
34 eklig finden, also, z.B. ihre eigene Scheide nicht berühren mögen oder, dass sie sich selber und

35 ihren Körper so hinterfragen, differenziert betrachten und immer mit klassischen Schönheits-
36 idealen vergleichen.

37

38 **I.: Welche Erfahrungen haben Sie im Bereich Sexualaufklärung in Ihrer Einrichtung ge-**
39 **sammelt?**

40 PB.: Mittlerweile werden die Sexualaufklärungskurse, die ich und mein Kollege halte, super
41 angenommen. Klar, gab es am Anfang die Befürchtung, dadurch werden ‚schlafende Hunde
42 geweckt‘. Es hat viel Arbeit gebraucht. Wir haben das Projekt in der Einrichtung vorgestellt,
43 damit wir alle im Boot haben. Jetzt gehört es dazu und wir können uns vor Anfragen kaum
44 retten. Auch im Ausbildungsbereich, in der Werkstätte, werden sexualpädagogische Angebote
45 durchgeführt und von denen hören wir, dass alle, die zuvor unseren Kurs besucht haben, viel
46 mehr Wissen über Sexualität haben und viel weiter sind, als die, die unseren Kurs nicht besucht
47 haben. Grundsätzlich wird ja auch in unserer Einrichtung Sexualität gelebt und Sexualität exis-
48 tiert. Wir haben auch sexualpädagogische Leitlinien, wo jeder Mitarbeitende nachlesen kann
49 und sich Sicherheit verschaffen kann, was erlaubt ist oder was verboten ist in den einzelnen
50 Bereichen, z.B. in der Förderschule ist einfach Sex verboten, da gibt es nicht den Platz und den
51 Raum dafür. In den Wohngruppen sieht es da schon wieder anders aus, jedoch ist es hier sehr
52 stark abhängig von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Wohngruppen selbst. Also,
53 ganz klar es ist bejaht und es wird unterstützt, aber dann kommt es eben immer noch individuell
54 auf die Mitarbeitenden in den Bereichen an. Es kommt auf die innere Haltung zu Sexualität an.
55 Auf die eigenen Werte und Normen. Dann, na klar, wie es der einzelne Mitarbeitende umsetzen
56 kann oder auch will und was für gutgeheißen wird. Für den einen ist es ok, für den anderen
57 nicht und dann wird es aber auch nicht umgesetzt oder schwieriger. Oder auch, die Angst vor
58 Konsequenzen, wenn etwas passiert, wenn die doch Sex haben, wenn die schwanger wird, dann
59 verbiete ich es lieber. Also die Angst drängt dazu, dann lieber nein zu sagen, als zu erlauben.
60 Das hat was mit Unsicherheit zu tun, die aber durch die sexualpädagogischen Leitlinien einfach
61 nicht mehr gegeben sein müsste. Aber diese Gedankengänge aus den Mitarbeitenden zu lö-
62 schen, dauert einfach seine Zeit, man muss es immer wieder thematisieren. Man muss Fortbil-
63 dungen anbieten, die Gruppenleitungen müssen sich darum kümmern, das Thema immer wie-
64 der mal aufrufen und das dauert eben. Solche Ängste, Gerüchte halten sich ja oft Jahrzehnte,
65 z.B. falls in meinem Nachtdienst ein Kind gezeugt wird, muss ich für das Kind Unterhalt zahlen.
66 Wo auch immer diese Angst herkommt, sie hält sich wacker.

67

68

69 **I.: Erzählen Sie mal, welchen Stellenwert hat Sexualaufklärung im gesamten Umgang mit**
70 **Menschen mit geistiger Behinderung?**

71 PB.: Ich finde den Stellenwert sehr hoch, aber man könnte immer eine Schippe drauflegen.
72 Aber es gibt halt so viele Themen. Es ist abhängig von der Stellenbesetzung, dann heißt es halt
73 schon mal, wir haben nur einen Mitarbeitenden im Dienst, es gibt viele Punkte außen rum, die
74 das manchmal in die Länge ziehen. Jedoch glaube ich schon, dass Schule, Ausbildung und
75 Therapien an erster Stelle stehen, aber zu einem Teil dieser Ausbildung gehört auch die sexuelle
76 Aufklärung, z.B. wenn in der Förderschule Projekte gemacht werden, wenn in den Wohngrup-
77 pen Sexualaufklärungskurse angeboten werden, die Beratungsangebote über sexuelle Aufklä-
78 rung in den Werkstätten usw. Es gehört zum Leben dazu.

79 Was für die Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung immer wichtig ist, ist Periode und
80 Frauenarzt. Bei den Jungen und Männern mit geistiger Behinderung ist der Bedarf hoch, über
81 pornografische Filme und Darstellungen zu sprechen, z.B. ist mein Penis lang genug, sind das
82 normale Stellungen beim Geschlechtsverkehr. Wir haben natürlich auch Gruppen, die schwä-
83 cher sind, da geht es nicht um Pornos, weil sie an die nicht selbständig rankommen, da liegen
84 die Prioritäten dann woanders. Ich finde, hier liegt auch die Schwierigkeit und Herausforderung
85 herauszufinden, wo der Stand der Gruppe ist. Das kann sehr unterschiedlich sein und muss
86 individuell abgestimmt werden. Sexuelle Aufklärung muss immer individuell an die Person
87 oder Personen angepasst werden. Deshalb sammeln wir am Anfang immer Fragen, um zu wis-
88 sen, was die Personen interessiert, wo es hinget. Und natürlich benutzen wir leichte Sprache,
89 passen auch die Kommunikation an.

90 I.: Und was ist für die Eltern wichtig bei sexueller Aufklärung?

91 PB.: Die Eltern sind einfach nur froh, dass jemand anders die sexuelle Aufklärung übernimmt,
92 als Entlastung. Bei den Müttern der Mädchen ist die Verhütung am wichtigsten. Bei den Söhnen
93 liegen die Prioritäten unterschiedlich. Einem Vater war es z.B. wichtig, dass sein Sohn lernt,
94 wie man richtig onaniert, da gibt es schon gezielte Nachfragen. Aber generell und vermehrt
95 kommt so die Ansage: 'Gott sei Dank, macht ihr das'.

96 I.: Und bei den Mitarbeitenden?

97 PB.: Ja, die sind auch dankbar, dass es uns gibt. Zum Beispiel die Mitarbeitenden in den Wohn-
98 gruppen sind manchmal zu nah dran, um ein richtiges Angebot, z.B. Themenabende zu machen,
99 um über Sexualität zu sprechen. Da sind oft sexualpädagogische Fachkräfte von außen, die
100 weiter weg sind, ein bisschen besser. Das ist ja so, mit Mami und Papi mag man auch nicht
101 immer darüber sprechen.

102

103 **I.: Haben Sie den Eindruck, die Inhalte von sexueller Aufklärung werden verstanden,**
104 **verinnerlicht und erinnert?**

105 PB.: Ja, hier ist die ständige Wiederholung wichtig, also das ist da A und O. Manchmal wissen
106 wir gar nicht so, was verstanden wird, da hoffen wir einfach. Wenn wir gar keine Reaktion
107 bekommen oder wenn verbal kaum etwas möglich ist, dann hoffen wir einfach. Aber die Wie-
108 derholung ist ganz wichtig. Viele sind in unseren Sexualaufklärungskursen schon fünfmal dabei
109 gewesen, denn über die Jahre kommen ja auch andere Fragen. Es wurden andere und neue
110 Erfahrungen gemacht. Sexuelle Aufklärung muss halt definitiv auch von den Mitarbeitenden in
111 den Alltag integriert werden. Und ich glaub auch, dass die Mitarbeitenden dafür auch immer
112 offener werden, seitdem es das sexualpädagogische Angebot von uns in der Einrichtung gibt.
113 Es kommen auch vermehrt Fragen auf in den Wohngruppen von Mitarbeitenden, eher nicht die
114 Angst in Bezug auf ‚schlafende Hunde wecken‘ und Dauer- Onanierender. Es wird festgestellt,
115 dass die Bewohnerinnen und Bewohner, z.B. länger duschen oder Fragen haben zu ihrem Penis
116 oder anderen sexuellen Themen. Das hat auch mit sexueller Selbstbestimmtheit zu tun, Fragen
117 zu stellen und Antworten zu erwarten.

118

119 **I.: Welche Wirkung bzw. Effekte von Sexualaufklärung stellen Sie in Bezug auf die Men-**
120 **schcn mit geistiger Behinderung, familialen Umfeld und professionellen Begleitpersonen**
121 **fest?**

122 PB.: Also, die Menschen mit geistiger Behinderung werden dadurch sicherer und besitzen mehr
123 Wissen. Können hoffentlich besser und offener über Sexualität reden, auch mit dem anderen
124 Geschlecht. Sie lernen darüber zu reden. Ich denke, sie fühlen sich grundsätzlich besser und
125 sollen sich auch gut fühlen in ihrem Körper, sie lernen sich selber kennen. Selbstbefriedigung
126 spielt eine Rolle, was will ich und was gefällt mir, das zu erkennen, um dem Partner sagen zu
127 können, das gefällt mir oder ‚Stopp‘, das will ich nicht, das gefällt mir nicht. Generell zu lernen,
128 selbstbestimmt ‚nein‘ zu sagen und nicht in Starre zu verfallen oder Sachen, die ihnen nicht
129 gefallen über sich ergehen zu lassen. Das zu äußern, das ist wichtig zu übermitteln, hinzube-
130 kommen und immer ein Thema für Frauen und auch für Männer. Prävention vor Missbrauch.
131 Sexualität hat mit Lebensqualität zu tun. Mit mir allein oder mit Partner oder auch nur Ku-
132 schelfreundschaften. Durch sexuelle Aufklärung steigt die Lebensqualität auf jeden Fall.
133 Außerdem lassen sich Verhaltensänderungen feststellen. Bei den Jungs und Männern war es ja
134 auch so, dass sie manchmal aggressiv waren, bis man festgestellt hat, sie haben zwar onaniert
135 und rumgespielt, aber nie bis zum Schluss, sie haben nie ejakuliert. Und als sie das durch sexu-
136 elle Aufklärung gelernt haben, wie das funktioniert und was sie machen müssen, dann ist der

137 Druck weggefallen, wie es so schön heißt, dann ist auch oft die Aggressivität gesunken. Oder
138 in der Öffentlichkeit auspacken, egal wo ich grad geh und steh, betrifft Frauen und Männer,
139 hm, was man halt nur mit viel Wiederholung hinbekommt, das braucht einfach die Wiederho-
140 lung und nicht nur in einzelnen Sexualaufklärungskursen, sondern eben als sexuelle Aufklärung
141 integriert in den Alltag, dass immer stetige Daraufhinweisen im Alltag.
142 Ich glaube, Mitarbeitende sollten sexuelle Aufklärung auch nur dann machen, wenn sie wirklich
143 offen über sexuelle Themen reden können. Denn das macht auch was mit einem selbst. Man
144 muss sich ja auch selber und seine eigene Sexualität hinterfragen und da offen sein. Seine ei-
145 genen Werte und Normen auch zurückzustecken. Das war auch für mich am Anfang das
146 Schwierigste. Wenn z.B. einer zwei Freundinnen gleichzeitig hatte, das fand ich persönlich
147 doof, aber die beiden Frauen, alle drei waren total happy zusammen. Dann sind meine Werte
148 halt scheißegal. Auch wenn ich das für mich nicht gutheißen würde, die drei zusammen waren
149 alle happy. Das musste ich lernen, ein Lernprozess eben.
150 Und es gibt halt auch ein Recht auf Sex, sexuelle Gesundheit. Und ich sag jetzt mal, die Men-
151 schen mit geistiger Behinderung haben ein sexuelles Bedürfnis, egal, ob wir sie aufklären oder
152 nicht. Aber mit sexueller Aufklärung ist es halt auf jeden Fall besser. Zu wissen, was man tun
153 darf oder auch nicht. Zu wissen, dass man auf sexuelle Gesundheit auch achten muss, mit Kon-
154 domen gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Sexuelle Aufklärung hat ja eine ganze Reihe
155 von Vorteilen und man hat ja auch das Recht auf sexuelle Aufklärung zur Kompetenzstärkung
156 und die ist eben wichtig für die Lebenspraxis.
157 Erfahrungsgemäß sind Eltern einfach froh, dass sexuelle Aufklärung gemacht wird. Da gibt es
158 auch sehr oft positive Reaktionen. Ein Vater hat mal angerufen und sich bedankt, weil sein
159 Sohn jetzt endlich onanieren könne und dadurch viel besser drauf sei. Das war ein gezieltes
160 Dankeschön. Aber generell entlastet das die Eltern. Oder dass ein Mädchen jetzt Tampons be-
161 nutzen kann, das war auch eine Reaktion.

162

163 **I.: Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?**

164 PB.: Herausforderung wird sexuelle Aufklärung nur, wenn man selber ein Problem damit hat.
165 Für manche ist es ein Problem, für die anderen wiederum nicht. Aber, wenn die Mitarbeitenden
166 das in den Ausbildungen lernen würden, wenn das Thema Sexualität und sexuelle Aufklärung
167 in den Ausbildungen etabliert wird, dann hoffe ich, wird das auch irgendwann besser. Aber es
168 hat schon viel mit der inneren Haltung und Einstellung zu tun. Deshalb ist es auch wichtig und
169 ich rate Mitarbeitenden auch definitiv dazu, generell Fortbildung zum Thema zu besuchen.

170 Und, wenn man dafür offen ist und die Fortbildung gut ist, lernt man auch einfach seine Sexu-
171 alität, seine Werte zu hinterfragen. Habe die nur ich oder ist das die Gesellschaft, wie gehe ich
172 in der Einrichtung damit um. Außerdem haben wir hier sexualpädagogische Leitlinien, hier ist,
173 z.B. Sex vor der Ehe erlaubt, mit Sexualität soll bejahend umgegangen werden usw., d.h. für
174 die Mitarbeitenden, wenn ich die Einstellung habe, kein Sex vor der Ehe, muss der Mitarbei-
175 tende diese Einstellung auf die Seite schieben. Die eigenen Werte zurücknehmen. Ich denke,
176 dass kann man lernen, z.B. auch im Team reflektieren, sich selber auch im Team Rückfragen
177 einholen und dadurch auch Sicherheit bezüglich sexueller Aufklärung und Sexualität bekom-
178 men. Und vielleicht auch einmal (lacht), z.B. die Wörter der Jugendlichen wiederholen, auch
179 wenn man jetzt ‚Schwanz‘ nicht sagen würde oder so (lacht), aber man wächst da rein. Man
180 muss an seinen Aufgaben wachsen.

181 I.: Wie läuft das in der Einrichtung mit Übernachtungen, Zimmer abschließen usw.?

182 PB.: Im stationären Erwachsenenbereich ja, sie dürfen gegenseitig übernachten, haben teilweise
183 auch einen Schlüssel usw., aber hier gibt es vielleicht auch manche Mitarbeitenden, die das
184 anders sehen und das nicht erlauben. Aber generell sollte das unterstützt werden, Partnerschaf-
185 ten. Es gibt aber dennoch keine Zimmer speziell für Paare, also wüsste ich jetzt nicht. Im am-
186 bulanten Bereich ist das möglich, im begleiteten Wohnen. Man muss halt mindestens achtzehn
187 Jahre sein, im Jugendbereich ist da noch Luft nach oben, würde ich sagen. Aber wenn es da
188 Paare gibt und beide sechzehn, siebzehn Jahre alt sind, wenn es halt gesetzlich schon erlaubt
189 ist, dann dürfen sie schon ein Paar sein, aber das mit dem gegenseitigen Übernachten oder Zim-
190 mer abschließen, ist da noch nicht so. Oft wird es pädagogisch hinterfragt, ob das auch ‚gut ist
191 so‘, ob die Beziehung gutgeheißen wird, eigentlich unterliegt es der Beurteilung der Mitarbei-
192 tenden. Da gibt es schon einen Unterschied. Im Jugendbereich müssen halt die Mitarbeitenden
193 auch auf die Mädchen achten, die vereinzelt schon Missbrauch erlebt haben. Und aus Angst
194 wird darauf bestanden, nicht die Zimmertür zuzusperren und die Mitarbeitenden bleiben dann
195 in der Nähe. Ich glaube, es ist noch sehr viel Luft nach oben im Jugendbereich. Da muss es
196 besser werden. Weil sie haben dann natürlich trotzdem Sex. Sie haben dann z.B. auf den Toi-
197 letten Sex, wenn es ihnen in den Wohngruppen verboten wird. Man kann es halt nicht verhin-
198 dern. Aber natürlich kann es auch im Erwachsenenbereich vorkommen, dass Mitarbeitende sa-
199 gen. ‚Also das ist nicht gut, die sind nicht gut miteinander, er tut ihr doch nur weh‘. Also die
200 Mitarbeitenden wollen sie vor allen Dingen beschützen, aber das kann man halt nicht. Das ist
201 halt auch Fremdbestimmung.

202 Eltern sind auch oft so überbehütend, dass sie immer nur ihr behindertes Kind als Kind sehen,
203 das immer ihr Baby bleibt und so gibt es Fälle, bei denen der 26jährige Sohn immer noch bei

204 der Mama im Bett schläft. So etwas gibt es auch noch. Quasi 'mein Kind hat doch keinen Sex,
205 braucht doch keine Pille' usw. Aber man kann nie generell alle Eltern über einen Kamm sche-
206 ren.

207

208 **I.: Nehmen Sie Unsicherheiten und Ängste bei professionellen Begleitpersonen beim**
209 **Thema Sexualität und geistige Behinderung wahr. Welche?**

210 PB.: Ja, halt Unsicherheit, weil sie Angst haben vor den Konsequenzen, da wird halt lieber mal
211 mehr verboten. Die Mitarbeitenden meinen halt oft, wenn sie etwas erlauben, dass sie dann mit
212 einem Bein im Gefängnis stehen. Deshalb braucht es Kontinuität und ständig Fortbildungsan-
213 gebote für alle, dass die Mitarbeitenden sich sicher fühlen. Auch haben sie Angst vor Konflikten
214 mit den Eltern. Da gibt es auch Probleme, z.B. mit der Verhütung im Erwachsenenbereich. Das
215 habe ich mal mitgekriegt, wenn die Eltern die gesetzlichen Betreuer sind und die Gesundheits-
216 vorsorge gemacht wird, meinen die Mitarbeitenden, sie müssen die Eltern fragen, ob ihre voll-
217 jährige erwachsene Tochter die Pille nehmen darf. Sie müssen die Eltern nur fragen, wenn die
218 Tochter wirklich zu einer Risikogruppe, z.B. einen Herzfehler hat, wenn es wirklich gesund-
219 heitlich schädigend ist. Das ist aber eher selten. Ansonsten müssen die Eltern bzw. gesetzlichen
220 Betreuer nicht gefragt werden. Die Frau mit geistiger Behinderung kann das selbst entscheiden.
221 Da geht es darum, die Beziehung mit den Eltern und den gesetzlichen Betreuern positiv aufrecht
222 zu erhalten. Die Mitarbeitenden haben Angst, dass die Eltern mitkriegen ihr Kind, also die junge
223 Dame, bekommt die Pille, also wenn sie heimfährt am Wochenende und sie geben die Pille mit.
224 Ich glaube halt, dass es in manchen Wohngruppen sehr gut läuft und dann gibt es halt vereinzelt
225 Gruppen, warum auch immer, da klappt es halt nicht so gut. Es hängt viel am Team und auch
226 wie sie geführt werden. Denn auch das sexualpädagogische Konzept ist ja eher allgemein ge-
227 halten und nicht individuell für jeden einzelnen Fall, für jeden einzelnen BewohnerIn. Dann
228 haben die Mitarbeitenden ja auch immer ihre eigenen Argumente, wie z.B. ich muss auf die
229 Pädagogik schauen, ist das alles sinnvoll, auf die Gesundheit achten und hier und da. Es liegt
230 am Team und an der Führung, denn wenn die Leitung obendrüber sagt, ihr macht das gut, wir
231 haben die sexualpädagogischen Leitlinien und ich steh hinter euch, dann ist das etwas ganz
232 anderes, wenn die Leitung sagt: 'Uh, die haben ja Sex, da müsst ihr aber aufpassen, dass die
233 Frau bloß nicht schwanger wird'. Dann geht dieses unsichere Verhalten von der Leitung schon
234 auf die Mitarbeitenden über. Aber letztendlich liegt es an jedem einzelnen Mitarbeitenden
235 selbst, wie er mit dem Thema umgeht bzw. umgehen kann. Es muss sich noch einiges in den
236 Köpfen ändern, aber ich denke, wir sind auf einen guten Weg. Und selbstverständlich ist eine
237 offene und vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Eltern und Mitarbeitenden generell

238 wichtig. Das hilft allen Beteiligten, besonders den Menschen mit geistiger Behinderung. Kom-
239 munikation und Austausch ist wichtig. Und natürlich kann man das nicht vergleichen mit nicht
240 Behinderten. Menschen mit geistiger Behinderung sind in gewisser Weise immer abhängig.
241 Man muss eine Frau oder Mädchen mit geistiger Behinderung z.B. zum Frauenarzt begleiten,
242 weil sie ja sonst nicht alles versteht. Klar, hat der Arzt oder die Ärztin das so zu erklären, damit
243 sie es verstehen, aber ich finde, da braucht es die Fürsorge schon noch, das kann man mit einer
244 nicht behinderten Frau nicht vergleichen. Wichtig ist, dass wir diese Abhängigkeit so gering
245 wie möglich halten.

246 Aber meiner Meinung nach sind es Einzelfälle, die richtig krass sind. Da gibt es schon Nega-
247 tivbeispiele, das kann man nicht leugnen und die dürfen auch nicht sein. Deswegen muss man
248 ganz viel Fortbildungen anbieten und unterstützende Hilfe. Aber ich denke, grundsätzlich sind
249 wir auf einen guten Weg. Es gibt auch Wohngruppen, in denen das Team Paare beim ersten
250 Mal begleitet, in dem ein Hotelzimmer gebucht wird, damit sie ungestört sind und die Mitbe-
251 wohnerinnen und Mitbewohner in den anderen Zimmern das nicht hören. Es wird zum Frauen-
252 arzt gegangen, begleitet und besprochen. Es herrscht eine positiv bejahende Stimmung. Aber
253 es gibt auch diese anderen Negativfälle. Es gibt halt auch Mitarbeitende, die noch nach dem
254 Prinzip ‚Kein Sex vor der Ehe‘ leben und da gibt es auf dieser Wohngruppe keine Sexualität.
255 Dort leben sie zusammen wie Geschwister und etwas anderes gibt es nicht. Und das Ding wird
256 durchgezogen. Wäre da eine gute Leitung, die sagt: ‚Halt, Stopp, nein‘ würde das nicht gehen.
257 Aber die Leitung dieser Wohngruppe hat das gewissermaßen unterstützt und nicht gesagt: ‚So
258 geht das nicht, hier wird mit dem Thema Sexualität anders umgegangen‘. Und dann hilft halt
259 auch kein sexualpädagogisches Konzept, wenn sich daran keiner hält oder auch nicht muss.

260 I.: Empfinden Sie Sexualität und geistige Behinderung als Tabuthema?

261 PB.: Hm, ja viele ‚Normale‘ stellen mir schon Fragen: ‚Wie, haben die Sex?‘ oder ‚Dürfen die
262 Kinder kriegen?‘ Aber mal ganz ehrlich, natürlich wollen und wünschen sich Menschen mit
263 geistiger Behinderung auch Partnerschaft, Liebe, Sexualität und Kinder für ihr Lebensglück.

264 Also, so gesehen, Sexualaufklärung ist für alle wichtig, ob mit oder ohne Behinderung. Ich
265 hätte mir eine gute Sexualaufklärung gewünscht. Ich wurde von meinem Bruder aufgeklärt und
266 da hat die Hälfte nicht gestimmt. Aber egal, ob man prude aufgewachsen ist, spät aufgeklärt
267 oder von den Eltern gar nicht oder die Eltern nie nackt gesehen hat usw., kann man das trotzdem
268 lernen, sich mit Sexualität auseinanderzusetzen, besonders, wenn man es im Beruf braucht.

269
270
271

272 **I.: Möchten Sie noch etwas ergänzen?**

273 Aber heute ist es auch teilweise schlimm durch das Internet. Viele schauen Pornos, natürlich
274 auch Menschen mit geistiger Behinderung und werden dadurch fehlinformiert. Viele denken
275 dann, es gibt nur ‚Anal-Geschlechtsverkehr‘ oder ‚Sex haben‘ muss mindestens eine Stunde
276 dauern, weil das so geglaubt wird und sie meinen das entspricht der Wirklichkeit. Menschen
277 mit geistiger Behinderung können häufig nicht unterscheiden zwischen Film und Realität. Da
278 setzt sexuelle Aufklärung auch an und ist wichtig.

2

3 **I. (=Interviewerin): Können Sie mir anhand Ihrer Erfahrungswerte erzählen, worin die**
4 **Schwerpunkte bei Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung liegen? Was fällt**
5 **Ihnen dazu ein?**

6 PB. (=professionelle Begleitperson): Grundsätzlich verläuft die körperliche Entwicklung bei
7 Menschen mit einer geistigen Behinderung genauso wie bei Menschen ohne eine geistige Be-
8 hinderung. Das muss man im Hinterkopf haben und ist wichtig. Die Veränderungen im Körper
9 sind ebenfalls identisch und auch die Erfahrungen, dass sie merken, dass dieses Thema ein
10 Tabuthema ist und man eigentlich nicht darüber spricht oder dass es viele nicht gewohnt sind,
11 darüber zu sprechen. Ich glaube, diese Erfahrungen machen sowohl Menschen mit als auch
12 ohne geistige Behinderung, würde ich sagen. Der Teil, der wirklich ein wenig speziell ist, ge-
13 rade bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Nähe-Distanz-Verhältnis. Da erlebe ich
14 oft, dass es Auffälligkeiten gibt. Menschen mit geistiger Behinderung gehen häufig viel schnel-
15 ler in Kontakt, sowohl verbal als auch eben körperlich und da Nähe zulassen und auch auf
16 fremde Menschen relativ, ja, ohne diese normale angemessene Distanz einzuhalten, die wir so
17 haben, gehen sie einfach auf die Leute zu. Reden sie an, sprechen sie an, stellen auch Fragen,
18 die wir vielleicht nicht fragen würden und gehen vielleicht auch leichter mit jemanden mit als
19 wir das tun würden. Ich denke, das ist so. Manchmal kommt es mir so vor, es ist ein angeborenes
20 Vertrauen, zu denken, der Mensch ist erstmal gut, der tut mir nichts. Menschen mit geistiger
21 Behinderung haben oft so eine behütete Erfahrung gemacht in ihrem sozialen Umfeld, haben
22 die Erfahrung gemacht, so quasi, alle Menschen sind nett, ich kann auf alle zugehen, ach ja, der
23 war nett, da geh ich mit. Also wir schreiben in unseren Berichten dann immer, also keine
24 angemessenes Nähe-Distanz-Verhalten, das bedeutet, es ist manchmal ein Prozess über Jahre,
25 bei dem sie lernen müssen, wer ist eine fremde Person, wer ist eine vertraute Person, wem kann
26 ich die Hand geben, wem umarme ich, jetzt mit Corona ja nochmal mehr zu lernen. Auch als
27 Erwachsene, dass sie einfach auf andere Erwachsene zukommen und sich bei denen auf den
28 Schoß setzen, was eigentlich fürs Alter gar nicht passt. Aber betrachtet man den sozial-emoti-
29 onalen Entwicklungsstand dann passt es halt auch wieder. Genau, ich denke, damit hängt es
30 zusammen, dass sie manchmal auf einen sozial-emotionalen Entwicklungsstand sind, der einem
31 drei- oder vierjährigen Kind entspricht, obwohl sie halt bereits fünfundzwanzig Jahre sind. Das
32 kognitive Verhalten kann halt, obwohl schon fünfundzwanzig Jahre alt, eines drei- oder vier-
33 jährigen Kindes entsprechen und trotzdem ist die körperliche Entwicklung und eben dann auch
34 das sexuelle Verhalten wie bei einem Erwachsenen. Das ist eine entscheidende Diskrepanz. Ein

35 weiterer Unterschied ist auch, dass Menschen mit geistiger Behinderung manchmal viel spon-
36 taner sind als nicht behinderte Menschen bezüglich Sexualität. Sie denken nicht über Konse-
37 quenzen nach, sondern leben den und in ihrem Moment. Ich habe schon mehrere Situationen
38 erlebt, da wurde spontan gefragt: `Hey hast du Lust?´ und der andere sagt dann: `Ja, klar´ und
39 da war es egal, ob da Leute im Raum sind oder egal, ob es völlig unpassend ist von der Situation
40 her, da haben sie sich relativ wenig Gedanken dazu gemacht. Wo wir einfach sagen: `Das geht
41 jetzt nicht, das passt jetzt nicht, das macht man einfach hier nicht´. Da leben Menschen mit
42 geistiger Behinderung einfach den Moment. Oder, auch dieses, so jetzt hat meine Freundin
43 Schluss gemacht, ok, dann ist eine andere da, dann probiere ich es halt bei ihr, relativ spontan
44 Beziehungen zu beenden und zu wechseln, ähm, habe ich schon gehäufiger erlebt bei Menschen
45 mit einer geistigen Behinderung.

46 I.: Denken Sie Menschen mit geistiger Behinderung erleben Sexualität eher als etwas Positives
47 oder eher Negatives?

48 PB.: Ich glaube, dass das ganz stark davon abhängt, wo Menschen mit geistiger Behinderung
49 sozialisiert werden, ähm, wie die Eltern und das Umfeld dazu stehen, wie man mit dem Thema
50 Sexualität umgeht. Ich kenne viele, die sehr positiv über Sexualität sprechen und können es
51 auch als etwas Positives erleben und dann gibt es Leute, die das Thema einfach nicht anspre-
52 chen können, die sich nicht fragen trauen, weil sie gemerkt haben, man darf dieses Thema nicht
53 besprechen. Ich denke, es macht einen Unterschied, ob du in einer Familie wohnst, wo das ein
54 Thema ist, über das man positiv reden kann oder, ob man z.B. in einer Wohngruppe ist, in der
55 es ganz viele Regeln gibt und in der es Geschlechtertrennung gibt. Das alles macht einen Un-
56 terschied. Entscheidend ist der Umgang der Hauptbezugspersonen mit dem Thema Sexualität.

57

58 **I.: Haben Sie Erfahrungen im Bereich Sexualaufklärung in Ihrer Einrichtung gesam-**
59 **melt?**

60 PB.: Angefangen hat es bei uns in der Einrichtung durch einen befreundeten Kollegen, der es
61 als Erster in einer katholischen Einrichtung geschafft hat, eine mehrjährige Ausbildung zum
62 Sexualpädagogen zu machen. Er kam dann aus diesem Seminareinheiten und hat immer wieder
63 neue Impulse gesetzt und am Ende hat er quasi in der Einrichtung eine Fortbildung gehalten für
64 alle Mitarbeitenden und da hatte ich mich damals angemeldet. Das war für mich sehr spannend,
65 die ganzen Aspekte zu erkennen. Das begeisterte mich sehr und so blieb ich dran am Thema.
66 Zuerst haben wir Jungengruppe gemacht, in denen wir über das Thema Sexualität gesprochen
67 haben. Irgendwann haben wir dann gemerkt, dass die Mädchen das auch benötigen, dass ihnen
68 auch was fehlt. Dann kam eine Kollegin dazu, die was für die Mädchen anbietet. Und dann

69 haben wir gemerkt, es würde Sinn machen, dass wir einen Kurs entwickeln, bei dem beide
70 Geschlechter angesprochen werden. Und so ist dann der Sexualaufklärungskurs „Liebe, Sex
71 und noch viel mehr“ entstanden. Für eine Gruppe, die heterogen ist, aber trotzdem auch immer
72 wieder homogen zusammengeht für einzelne Themenbereiche. Und nachdem das sehr gut lief,
73 haben wir dann weitergemacht und haben auch ein sexualpädagogisches Konzept entwickelt,
74 natürlich auch aufgrund der Vorgaben, dass Einrichtungen ein solches haben sollen. Im Kinder-
75 und Jugendbereich ist es mittlerweile verpflichtend, im Erwachsenenbereich ist es allerdings
76 noch eine freiwillige Leistung. Aber ich denke und hoffe, dass das auch verpflichtend wird.
77 Aber die Heimaufsichten, nach den Vorfällen, die es einfach gab und immer noch gibt, bestehen
78 darauf, dass es ein sexualpädagogisches Konzept in Kinder- und Jugendeinrichtungen gibt. Und
79 das macht auch durchaus Sinn. Deswegen haben wir auch diese Leitlinien, dieses Konzept.
80 Mittlerweile die Leitlinien auch in leichter Sprache. Ich denke, da ist unsere Einrichtung ganz
81 gut aufgestellt.

82 Es gibt regelmäßig verschiedene Fortbildungen für Mitarbeitende, z.B. zum Thema sexuelle
83 Aufklärung oder auch zu Thema `Sag nein zu sexualisierte Gewalt`. Diese sind allerdings auf
84 freiwilliger Basis. Noch sind sie nicht verpflichtend, sie werden aber in der Regel gut von den
85 Mitarbeitenden angenommen. Zur Zeit überarbeiten wir das Schutzkonzept in Bezug auf blinde
86 Flecken und Baustellen in den einzelnen Bereichen. Wir schauen, wo wir noch nachjustieren
87 müssen.

88

89 **I.: Erzählen Sie mal, welchen Stellenwert hat sexuelle Aufklärung im gesamten Umgang**
90 **mit Menschen mit geistiger Behinderung?**

91 PB.: Ich finde, sexuelle Aufklärung grundsätzlich sehr, sehr wichtig. Menschen mit geistiger
92 Behinderung besitzen meistens relativ wenige Informationen. Ich finde, sie haben generell we-
93 niger Möglichkeiten, sich Informationen zu besorgen. Regelbegabte sind, z.B. viel in den Me-
94 dien, Internet unterwegs. Oder lesen auch mal was darüber, haben Freunde, mit denen sie sich
95 austauschen. Bei Menschen, Jugendlichen mit geistiger Behinderung in den Einrichtungen ist
96 es schon so, dass sie weniger Zugänge haben, weil sie, z.B. nicht lesen können und dadurch
97 auch an weniger Informationen kommen. Und dann kommt hinzu, dass sie durch die geistige
98 Behinderung viele Informationen wieder vergessen, sie brauchen viel mehr Wiederholung.
99 Deshalb ist es sehr wichtig, dass ein kontinuierliches Angebot gemacht wird. Die Fragen und
100 Themen sind dieselben wie bei nicht Behinderten, unterscheiden sich nicht wirklich. Sexuelle
101 Aufklärung sollte nicht nur eine einmalige Veranstaltung sein. Es ist sicher sinnvoll, sexuelle
102 Aufklärung auch im Erwachsenenalter fortzuführen. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass es

103 viele Teilnehmende gibt, die sich immer wieder für die Sexualaufklärungskurse anmelden und
104 auch immer wieder unterschiedliche Fragen haben und letztlich in dem Prozess auch sagen,
105 dass es für sie sehr wichtig sei. Anfangs bestehen schon Hemmungen, weil die Teilnehmenden
106 vielleicht denken: 'Oh Gott, jetzt müssen wir über Sachen reden, die wir eigentlich nicht wol-
107 len' oder, weil sie einfach nicht wissen, was auf sie zukommt. Die, die schon mal dabei waren,
108 freuen sich immer sehr darauf, weil sie ja wissen, was da passiert und es ist für sie deutlich
109 interessanter, als ein schulisches Angebot. Weil in unserem Angebot, geht es um das, was sie
110 tatsächlich interessiert. Im Lehrplan sind oft Materialien und Inhalte, die nicht so interessieren.
111 I.: Wo liegen die Interessen?
112 PB.: Völlig unterschiedlich. Es ist abhängig vom Geschlecht, vom Alter, von der Reife. Ich
113 hatte schon Jungs in der Gruppe, die wollten mit mir über Traktoren reden, die hatten noch
114 überhaupt kein Interesse über Sexualität zu reden. Mädchen, die ihre Regelblutung schon hat-
115 ten, wo schon körperlich einiges passiert ist, wollen die biologischen Abläufe und Funktionen
116 wissen. Bei den Jungs ist so ab vierzehn, fünfzehn Jahren und im fortgeschrittenen Alter, Por-
117 nographie ein großes Thema und das ist auch bei den männlichen Erwachsenen noch so. Weil
118 sie Pornofilme sehen, konsumieren und ganz viele Fragen dazu haben, weil sie es nicht verste-
119 hen. Auch diese Diskrepanz, was sehe ich im Fernsehen und wie läuft es in der Realität ab, hier
120 bestehen auch häufig Verunsicherungen bei beiden Geschlechtern. Mädels schauen z.B. auch
121 Germanys Next Top Model und haben dadurch ganz viel körperliche Dinge, so Frage wie 'Bin
122 ich schön genug?' oder 'Bin ich attraktiv genug? '. Bei denen, die in Einrichtungen leben, ist
123 großes Thema 'Wie kann ich eine Beziehung führen? '. Im Heimkontext kommen Fragen auf,
124 wie z.B.: 'Eigentlich darf mein Freund bei mir übernachten, wie machen wir das, wie setzen
125 wir das durch? ' Großes Thema war auch schon die Geburt. Wie läuft eine Geburt ab? Wie
126 entsteht Behinderung?
127 Wir haben die Fragen über Jahre gesammelt, ein Riesenpotpourri aus Fragen und was man über
128 die Jahre feststellen konnte, ist schon ein bisschen die Tendenz, dass die Pornographie, weil sie
129 einfach leicht zugänglich ist, durchaus einen Einfluss nimmt, sowohl beim weiblichen wie
130 männlichen Geschlecht, letztendlich zu Verunsicherung führt und man auch da wieder darüber
131 sprechen muss, damit sie das Gesehene richtig einordnen können und nicht alles als Realität
132 annehmen. Das ist das Entscheidende.
133 Im Erwachsenenbereich werden die Sexualaufklärungskurse auch fortgeführt. Da gibt es dann
134 schon mal auch spezifische Angebote. Es gab neulich dann ein Angebot für Frauen, die in die
135 Wechseljahre kommen und man ihnen erklärt, wie läuft das, was passiert im Körper, warum

136 fühlt man sich so, diese ganzen Abläufe. Es gab auch Partnerseminare. Wie macht man das mit
137 seinem Partner oder seiner Partnerin? Beziehungsgestaltung im Großen und Ganzen.
138 Grundsätzlich sind wir auch Ansprechpartner außerhalb der Aufklärungskurse und haben auch
139 eine Beratungsstunde, also eine Sprechstunde mit Termin. Das wird eher im Erwachsenenbe-
140 reich wahrgenommen, weniger im Jugendbereich.

141 I.: Wie läuft das im Jugendbereich mit Sexualität, also in den Wohngruppen?

142 PB.: Also, Einzelzimmer haben alle definitiv. Es gab bis vor ein paar Jahren die Regel keinen
143 Sex im Kinder- und Jugendbereich. Das hat sich jetzt Gott sei Dank schon gelockert. Es gibt
144 mittlerweile auch Beziehungen zwischen Jugendlichen, die sich gegenseitig besuchen dürfen
145 am Wochenende, trotzdem natürlich unter diesen Regeln, dass man sagt, wenn die zwei sich
146 treffen und, wenn die beiden Sex hätten, muss das dann schon so ablaufen, dass der Rest der
147 Gruppe, also die Mitbewohnerinnen und Mitbewohner, nicht vor der Tür horcht oder was auch
148 immer. Also, wie in einer großen Familie, in der man gegenseitig Rücksicht nimmt.

149 I.: Werden Paarbeziehungen von Betreuenden kontrolliert, benötigen sie ein ok, die Erlaubnis
150 von den Betreuenden? Werden neue Partner oder auch Verbindungen begutachtet?

151 PB.: Tendenziell würde ich sagen, es läuft noch so, quasi Kontrolle. Man muss erstmal an den
152 Eltern vorbei, sich vorstellen oder in einer Wohngruppe eben, dort sind das die Betreuenden.
153 Es gab durchaus schon Fälle, bei denen Mitarbeitende entschieden haben, dass das nicht der
154 richtige Partner bzw. Partnerin für die Bewohnerin bzw. den Bewohner ist und daraufhin ent-
155 schlossen haben, die Beziehung nicht zu erlauben. Es gab dann auch irgendwelche komischen
156 Regeln, wie ihr müsst mindestens ein halbes Jahr zusammen sein und dann dürft ihr Sex zu-
157 sammen haben. Also sehr weit entfernt von der Realität, die andere Menschen, nicht behinderte
158 Menschen ja erleben. Das ist schon verrückt. Oder bei einem anderen Fall, war es dann so, dass
159 das Paar kurz getrennt war und dann wieder zusammenkamen und dann lief es wieder von vorne
160 los, also die Betreuenden forderten erneut, dass die beiden das halbe Jahr Wartezeit nochmal
161 einhalten. Da wollte man einfach nicht, dass die beiden körperlich zusammenkommen. Letzt-
162 lich aus meiner Erfahrung, führt das nicht dazu, dass sich die Paare an das Verbot halten und
163 dass sie keinen Sex haben. Sondern es führt halt letztlich dazu, dass sie ausweichen auf andere
164 Räume, häufig leider Toiletten, um da Sex zu haben. Denn da kann man zusperren, sind im
165 ganzen Einrichtungsgelände verteilt. Nur, wenn ich mir vorstelle, ich müsste Sex, eventuell
166 auch mein erstes Mal, auf der Toilette haben mit dem Druck ‚hoffentlich kommt keiner‘ und
167 auch ja, im Stehen, weil wenig Möglichkeit gegeben ist, sich hinzulegen oder zu setzen, äh, das
168 ist ja wirklich was, was sich keiner wirklich vorstellen möchte. Deswegen finde ich das eine
169 sehr, sehr ungute Sache. Ich vermittele in den Fortbildungen immer genau dieses, lieber sollen

170 sie eine schöne Erfahrung machen oder naja, vielleicht machen sie auch eine nicht so gute Er-
171 fahrung, wo man sagt: `Naja, das war eventuell nicht das allertollste Mal`, aber halt in einem
172 begleiteten, geschützten Rahmen, in einem Zimmer, wo sie sich jederzeit Hilfe holen können,
173 als wenn man irgendwo ist, irgendwo hinter der Scheune, irgendwo im Abstellraum, irgendwo
174 auf der Toilette. Die Verbote, die es ja auch nicht verhindern, basieren oft auf einer Unsicherheit
175 der Mitarbeitenden, ganz oft auch Angst. `Mir passiert etwas, wenn das in meinem Dienst,
176 Nachtdienst passiert`. Ganz viele angstbesetzte Dinge spielen bei den Mitarbeitenden eine
177 Rolle, wo wir als sexualpädagogische Fachkräfte viel Arbeit leisten müssen und schon seit Jah-
178 ren leisten, damit es besser wird.

179 I.: Wo liegt der Stellenwert von sexueller Aufklärung beim familialen Umfeld?

180 PB.: Es gibt Eltern, bei denen die Priorität bei der Verhütung liegt, aber ich würde nicht sagen,
181 dass sie die Mehrheit darstellen, ähm, also ich hatte schon eine Mutter, die einfach zu mir kam
182 und meinte, sie würde am liebsten ihre Tochter sterilisieren, weil sie auf gar keinen Fall will,
183 dass ihre Tochter ein Kind bekommt. Das ist natürlich erstmal eine ganz heftige Aussage!

184 Aber grundsätzlich sind die Eltern erstmal wahnsinnig erleichtert, dass sie das Thema rund um
185 sexuelle Aufklärung und Sexualität abgeben können. Für viele Eltern ist das irgendwie sowas,
186 wie `ich habe keine Idee, wie ich das machen soll`. Ähm, sie erleben ihr Kind oft in diesen
187 sozialen-emotionalen Alter, so als fünf- bis sechsjährige und gleichzeitig ist das Kind aber be-
188 reits fünfzehn Jahre und möchte einen Freund oder Freundin und möchte vielleicht auch schon
189 Sex ausprobieren und solche Dinge, ähm, das verunsichert die Eltern. Deswegen sind sie sehr
190 froh, wenn sie diese Themen abgeben können, an z.B. sexualpädagogisches Fachpersonal, aber
191 natürlich auch an die Mitarbeitenden in den Wohngruppen oder den Tagesstätten usw. und die
192 Fragen abgeben können und sich jemand anderes damit beschäftigt.

193 Verhütungsfragen sind für Menschen mit geistiger Behinderung aus meiner Erfahrung heraus
194 relativ niedrig von der Fragefrequenz her, bilden nicht die oberste Priorität. Also da kommen
195 ganz, ganz viele Fragen vorher, da geht es ganz viel um Körperwahrnehmung, sehr viel um
196 Gefühle. Fragen auch zu pornographischen Sachen, Pornofilme, ob das so stimmt, was man da
197 sieht. Verhütung ist für sie ein kleines Thema. Wenn wir dann in unserem Sexualaufklärungs-
198 kurs dann sagen, es ist aber auch ganz wichtig, dann wird es schon irgendwie präsent, aber,
199 ähm, mit Sicherheit nicht wirklich wichtig.

200 Vielleicht wird es für die Eltern dann wieder wichtiger, welche Verhütungsmethode, wobei die
201 Beratung ja auch oft über die Frauenärztinnen oder Frauenärzte läuft, was dann die geeignete
202 Verhütungsmethode ist.

203 Für die Mitarbeitenden ist Verhütung schon ein Thema. Sobald sie sehen, wenn z.B. ein Mäd-
204 chen wirklich bereit ist und möchte Sex haben und sie kommuniziert dies oder die Mitarbeiten-
205 den merken es, dann ist das schon so, dass die Mitarbeitenden mit dem Mädchen zum Frauen-
206 arzt zur Beratung gehen. Und auch hier schaut, was das geeignete Verhütungsmittel ist.

207 In unserem Sexualaufklärungskursen wird ja auch zusätzlich noch mit Kondomen gearbeitet,
208 damit man weiß, wie die Anwendung funktioniert und wir sagen auch, dass ein Kondom das
209 einzige Verhütungsmittel ist, das vor sexuell übertragbaren Erkrankungen schützt, damit sie es
210 gehört haben. Fraglich ist, ob Kondome immer benutzt werden oder nicht. Wir geben Kondome
211 auch kostenlos weiter, sagen ihnen, wo sie welche kaufen können. Aber, das stellt für manche
212 auch eine Hürde dar, zu fragen, wie mache ich denn das und trauen sich ganz einfach nicht,
213 Kondome zu kaufen. Also, da ist noch viel, nach wie vor Bedarf da, sie zu begleiten.

214

215 **I.: Haben Sie den Eindruck die Inhalte von sexueller Aufklärung werden verstanden, ver-**
216 **innerlicht und erinnert?**

217 PB.: Grundsätzlich hängt es halt wieder davon ab, wie die Teilnehmenden sind. Wenn ich ganz,
218 ganz Schwache habe, dann muss es so einfach erklärt werden wie möglich. Mit ganz vielen
219 Bildkarten und sehr viel Anschauungsmaterial und selbst da, ist es manchmal nicht klar, was
220 bleibt dann hängen. Trotzdem gibt es auch hier Situationen, äh, ich hatte mal eine Kurseinheit
221 über Verhütung, Penis und Selbstbefriedigung und am Ende war ich mir nicht klar, was ver-
222 standen wurde, äh, aber es gab so einen Moment, da habe ich an einem Gummipenis gezeigt,
223 wie Selbstbefriedigung funktioniert und da sagte dann ein Teilnehmender mit Down Syndrom:
224 'Haha, Spaß'. Da dachte ich mir dann: 'Ok, er hat es wahrscheinlich verstanden'. Wochen spä-
225 ter gab es dann eine Situation, da hat mich unbekannterweise ein Vater angesprochen, dessen
226 Sohn an dem Kurs teilgenommen hatte und meinte: 'Ich muss Ihnen ein Kompliment machen.
227 Mein Sohn hat das jetzt so toll verstanden, mit dem Sex und wie das geht mit der Selbstbefrie-
228 digung'. Anscheinend ist dann schon was hängen geblieben. Aber manchmal denke ich mir
229 auch, grad bei den ganz Schwachen, ist es wirklich sehr schwierig zu erfahren, was genau ver-
230 standen wurde. Deshalb ist die Wiederholung sehr, sehr wichtig. Wir haben aber auch wirklich
231 Teilnehmende, da bleibt sehr viel hängen, die sehr viele Fragen haben und das auch gelernt
232 haben. Sie verstehen auch komplexere Zusammenhänge. Es hängt von den Teilnehmenden ab,
233 wie sie mit den Inhalten umgehen und wie sie es umsetzen können. Aber wie auch immer,
234 wichtig sind Wiederholungen und das sexuelle Aufklärung überhaupt stattfindet.

235

236 **I.: Welche Wirkung und Effekte von sexueller Aufklärung stellen Sie in Bezug auf die**
237 **Menschen mit geistiger Behinderung, professionellen Begleitpersonen und familialen Um-**
238 **feld fest?**

239 PB.: Was man definitiv immer feststellen kann, was den Eltern auch kommuniziert wird, ist,
240 wenn ihr Kind an diesem Kurs teilnimmt, kann es sein, dass das Thema erstmal im Alltag etwas
241 präsenter wird und dann sollen sie, wenn sie es können und auch schaffen, sollen sie es als
242 Möglichkeit nutzen, wenn, z.B. die Tochter erzählt, heute haben wir über die Scheide gespro-
243 chen, auch dazu nachzufragen, ob sie etwas Neues darüber erfahren oder gelernt hat, weil, wenn
244 die Eltern abneigend sagen: `Oh Gott, das will ich jetzt gar nicht wissen`, ist das ja auch wieder
245 so ein Signal, man darf nicht darüber sprechen. Deshalb ist es sehr von Vorteil, wenn sich die
246 Eltern dafür interessieren. Das gelingt manchen Eltern sehr gut, sie schauen sich die Arbeits-
247 blätter auch zusammen an und schauen auch, ob das alles verstanden wurde usw. Das ist sehr
248 hilfreich. Manchen Eltern gelingt es halt nicht, weil ihnen das Thema einfach unangenehm ist.
249 Ich denke auch, anfangs, also die Sexualaufklärungskurse, die zum ersten Mal stattfanden, war
250 es eine riesengroße Sorge der professionellen Begleitpersonen und auch der Eltern, wenn wir
251 Aufklärung machen, dann ‚wecken wir schlafende Hunde‘ und es wird in dieser Einrichtung
252 skandalös, weil, wenn die Menschen mit geistiger Behinderung wissen, wie es geht, dann fan-
253 gen sie alle an, noch viel auffälliger zu werden und noch viel mehr Sex haben zu wollen. Das
254 hat sich überhaupt nicht bestätigt. Sondern tendenziell ist es eher so und zeigen die Erfahrungs-
255 werte der letzten Jahre und die Rückmeldung kam, dass Verhaltensauffälligkeiten sogar weni-
256 ger wurden. Verhaltensauffälligkeiten, die vorher beschrieben wurden, wie z.B. Onanieren in
257 öffentlichen Räumen oder so, das solche Dinge einfach weg sind. Da zeigt sich der Lerneffekt.
258 Manchmal sind es nur Informationen die Menschen mit geistiger Behinderung einfach nicht
259 wissen, die sie lernen müssen. Man vermittelt ihnen, Selbstbefriedigung ist völlig in Ordnung,
260 aber halt im eigenen Zimmer, wenn man alleine ist und nicht, wenn man am Tisch sitzt oder im
261 Auto sitzt oder in der Werkstätte beim Arbeiten usw. Da kommt dann als Reaktion von ihnen:
262 `Ach so`. Und manchmal ist es halt genau eine Information, die Menschen mit geistiger Behin-
263 derung fehlt. Und im klassischen Aufklärungsunterricht in der Schule kommt das so, also wer-
264 den ja viele Dinge nicht thematisiert. Deshalb ist es wichtig, dass solche Dinge von uns ange-
265 sprochen werden und von den ganz klassischen Aufklärungsthemen abgewichen wird. Indivi-
266 duell auf die Teilnehmenden einzugehen und die Aufklärungsthemen auf deren Bedürfnisse
267 abzustimmen. Bei den einen geht es mehr um Körperhygiene oder um Körperwahrnehmung
268 und Selbstbefriedigung und bei anderen eben um Beziehungsgestaltung und Partnerschaften

269 und Sexualität. Also, die Thematik sollte schon abgestimmt sein auf die Bedürfnisse der Teil-
270 nehmenden und dass man auch da deren Fragen aufgreift. Das ist natürlich viel, viel interessan-
271 ter als dieses Klassische, wie `wir haben mal gehört, es gibt einen Penis und eine Scheide und
272 am Ende kann es irgendwie ein Kind geben`. Denn Sexualität hat viel mit Emotionen zu tun,
273 viel mit Lust und mit Spaß zu tun. Im klassischen Sexualkundeunterricht der Schule kommt das
274 wahrscheinlich viel zu kurz, da wird eher der mechanische Akt der Fortpflanzung besprochen.
275 Das ist ja leider nach wie vor noch oft so und ist natürlich sehr stark abhängig von der Lehrkraft,
276 wie sexuelle Aufklärung umgesetzt wird, wie groß die Offenheit gegenüber dem Thema Sexu-
277 alität ist.

278 Und natürlich hat sexuelle Aufklärung eine unglaublich große Bedeutung für Menschen mit
279 geistiger Behinderung auch für ihre Lebensqualität, Gesundheit und sexuelle Selbstbestim-
280 mung. Es bedeutet für Menschen mit geistiger Behinderung eine enorme Kompetenzstärkung,
281 wenn man seine eigenen Gefühle erkennen kann, ausdrücken kann und benennen kann. Auch
282 ganz wichtig, bei den ganzen Gefühlen auch zu sagen, ich kenne meine Grenzen, ich weiß, was
283 mir gefällt und ich weiß, was mir nicht gefällt und ich schaffe es dann auch noch zu sagen, was
284 ich nicht mag oder eben zu sagen: `Ja, genau das gefällt mir, das mag ich, das will ich`. Das
285 müssen viele Menschen lernen, ob mit Behinderung oder ohne, aber besonders in den Einrich-
286 tungen sind Menschen mit geistiger Behinderungen eben ganz oft fremdbestimmt und dadurch
287 müssen sie unbedingt lernen, dass sie bei dem Thema um ihre Sexualität selbst mitentscheiden
288 dürfen und nicht immer jemand anders, wie professionelle Begleitpersonen oder auch Eltern.
289 Natürlich ist es für das Umfeld nicht immer einfach, aber letztendlich ist es auch gut so, wenn
290 dann auch gesagt wird: `Ich darf das aber tun`, wenn Verbote angesprochen werden, die nicht
291 verstanden werden oder unbegründet und willkürlich sind. Das benötigt wahrscheinlich auch
292 einen Gewöhnungsprozess, denn mehr sexuelles Wissen zu haben, heißt mehr Kompetenzen zu
293 haben und kann eben auch bedeuten, dass Menschen mit geistiger Behinderung mehr Bedürf-
294 nisse einfordern oder ansprechen. Es wird ja auch vermittelt, dass jeder Mensch ein Recht auf
295 Sexualität und ein Recht auf sexuelle Aufklärung hat.

296 Am Anfang ist es sicherlich schwierig für professionelle Begleitpersonen und auch für Eltern
297 damit umzugehen, weil man Angst hat, was passiert. Professionelle Begleitpersonen und Eltern
298 merken aber, dass sexuelle Aufklärung tatsächlich dazu führt, dass Fragen beantwortet werden,
299 viele Dinge verstanden werden und viele Dinge gelöst werden. Das war dann natür-
300 lich eine Erleichterung für Eltern und professionelle Begleitpersonen, weil sie es zu Hause oder
301 in der Wohngruppe nicht machen müssen. Beispielsweise haben viele junge Mitarbeiterinnen
302 das Problem, dass die achtzehnjährigen Jungs der Wohngruppen sie attraktiv finden. Und dann

303 es halt gar nicht toll, wenn die Mitarbeiterinnen sexuelle Themen besprechen sollen bzw. Se-
304 xualaufklärung machen sollen. Also sind sie ganz oft froh, wenn sie das erstmal auslagern kön-
305 nen, dann übernehmen wir das. Allerdings muss natürlich sexuelle Aufklärung in den Alltag
306 integriert werden. Und es gibt natürlich auch viele Situationen, dass Themen von den Bewoh-
307 nerinnen und Bewohnern einfach selber angesprochen werden und das ist auch schön zu sehen,
308 z.B. was schon relativ häufig vorkommt, also laut Rückmeldungen von Bewohnerinnen und
309 Bewohner, dass die Mitarbeitenden beim Betreten ihrer Zimmer anklopfen und sofort im Zim-
310 mer stehen oder eben gar nicht anklopfen würden und das wird auch transportiert an die Mitar-
311 beitenden. Falls die Bewohnerinnen und Bewohner das alleine nicht schaffen, aber die meisten
312 kriegen das alleine hin zu sagen: 'Du, wenn du mein Zimmer betrittst, bitte anklopfen', springen
313 wir ein. In den Fortbildungen wird dafür auch sensibilisiert. Es wird den Mitarbeitenden erklärt,
314 dass das die wichtigste Rückmeldung von den Bewohnerinnen und Bewohnern ist, dieser an-
315 angemessene Umgang mit deren Privatsphäre. Das ist nun mal ihr Zimmer. Sie haben in der
316 Wohngruppe nur ihr Zimmer und wünschen sich halt einfach, dass man anklopft und man wart-
317 tet und nicht anklopft und nicht wartet und zack ist man drin. Oder ein anderer Junge brauchte
318 Hilfe beim Duschen, weil er sich den Arm gebrochen hatte und die Betreuerin hat gemeint, er
319 solle sich halt schon mal so weit ausziehen, wie es geht. Das war schwierig in dieser Situation
320 für ihn, das war ihm peinlich, aber er wusste nicht, wie er es ansprechen sollte. Er hat das super
321 gelöst. Er hat dann im Gespräch gehört, dass er das ansprechen kann, dass das richtig und ok
322 ist, daraufhin wurde eine andere Lösung gefunden. Und solche Dinge sind halt super, hat was
323 mit Selbstbestimmung zu tun. Oder wir hatten auch ein siebzehnjähriges Mädchen, die durch
324 den Sexualaufklärungskurs erfahren hat, sie ist siebzehn, also sie dürfte Sex haben. Ich habe
325 dann zu ihr gesagt: 'Ok, rechtlich spricht da nix dagegen, dann musst du halt einfach mal
326 schauen, wie das geht, sprich mit deinen Erziehern'. Das Mädchen ging dann auch zu den Mit-
327 arbeitenden und teilte ihnen mit: 'So, ich habe erfahren, ich darf Sex haben'. Das löst natürlich
328 in der Wohngruppe was aus, aber dann muss man halt eine Lösung finden. Aber am Ende ist es
329 halt so, ja und die Mitarbeitenden müssen sich zumindest damit auseinandersetzen.

330

331 **I.: Empfinden Sie Sexualaufklärung als Herausforderung für Hauptbezugspersonen?**

332 PB.: Es kann eine Herausforderung sein, kann aber auch Spaß machen. Ich glaube, wenn man
333 dann sieht, dass über die Themen gesprochen werden kann. Ich denke auch, wenn die Eltern
334 sehen, dass die Kinder auch mit Fragen kommen, kann das ja auch schön sein. Also, natürlich
335 gibt es für Eltern auch anderer Dinge in der Erziehung, die ein Herausforderung darstellen. Der
336 Teil, der wirklich eine große Belastung für die Eltern darstellt ist dieses 'oh Gott, was sagen die

337 Nachbarn, oh Gott, was sagt die Öffentlichkeit'. Ich habe hier ein Kind, das verhält sich anders
338 als die Norm oder als die Gesellschaft sich das erwartet. Was das Kind dann lernen muss, ist
339 halt ganz einfach, äh, ok. Das Kind hat vielleicht gar kein Schamgefühl. Das ist ja auch so was,
340 was viele Menschen mit geistiger Behinderung nicht so haben, so ein Schamgefühl. Ich war
341 schon mit Leuten am Strand, dann hat einer einfach die nasse Hose ausgezogen und hat dann
342 erst angefangen im Rucksack zu suchen, wo die trockene Badehose ist, weil er ja gelernt hat,
343 wenn man aus dem Wasser kommt, zieht man eine trockene Badehose an. Aber, dass man sich
344 dafür ein Handtuch umbindet oder in die Umkleidekabine geht und es eben nicht macht, wie
345 ein zwei- dreijähriges Kind, das war ihm einfach egal. Dann lief er da nackig über den Strand.
346 Da musste man ihn halt sagen: 'Hey, geht nicht, du musst dir etwas anziehen'. Und das verun-
347 sichert, glaube ich, viele Eltern. Und immer auch die Sorge 'oh Gott, das ist jetzt nicht mehr
348 normal', da müssen wir uns medizinischen Rat holen oder da gibt es ja auch Nachbarn oder
349 Freunde, die dann sagen, dass wäre nicht mehr normal, was das Kind da macht, wenn es, z.B.
350 in der Öffentlichkeit masturbiert. Aber sie verstehen es einfach nicht, das wird einfach in dem
351 Moment alles ausgeblendet. Wir waren z.B. mal im Schwimmbad und einer aus der Gruppe,
352 hat dann in den Himmel geschaut und angefangen zu masturbieren. Er hat nur noch den Himmel
353 gesehen und dachte, er wäre alleine, dass aber die ganze Liegewiese voller Leute war und dass
354 die anderen Leute das nicht sehen wollten, dass das für die anderen unangenehm war, war ihm
355 überhaupt nicht bewusst. Das liegt halt an der Diskrepanz zwischen kognitiver und körperlicher
356 Entwicklung. Eltern haben halt Angst. Es gab auch schon Fälle, wo Siebzehnjährige eine An-
357 zeige bekommen haben, weil am Spielplatz die Hose runtergelassen wurde. Das macht halt
358 einen Unterschied, wenn ein dreijähriger Junge sich an eine Hecke stellt und pinkelt und dann
359 kommt ein Siebzehnjähriger und stellt sich auch an die Hecke und pinkelt hin. Das macht man
360 halt als Siebzehnjähriger nicht mehr am Spielplatz. Bei einem Dreijährigen sagt da kein Mensch
361 was, wenn er da hinpinkelt. Bei dem Siebzehnjährigen sagen halt alle, das geht nicht. Und dann
362 kriegt man ein Problem. Und das ist nach außen schwierig zu vermitteln. Ich glaube halt, das
363 liegt an unserer Gesellschaft. Menschen mit geistiger Behinderung sind halt nach wie vor erst-
364 mal noch viel in Einrichtungen und man sie in der Öffentlichkeit nicht so sieht, in unserem
365 alltäglichen Bild. Und dann wissen die meisten auch nicht, wie man mit Menschen mit geistiger
366 Behinderung umgehen soll. Dann hat man halt mal gehört, Menschen mit geistiger Behinderung
367 sind manchmal übergriffig, sie sind manchmal, äh, und wenn jüngere Kinder dann Doktorspiele
368 machen, dann spielen sie halt Doktorspiele mit und dann zieht sich der Siebzehnjährige halt
369 auch aus. Emotional ist der Siebzehnjährige genau auf dem Level wie z.B. der Fünfjährige, nur
370 von außen wird das halt anders wahrgenommen und dann sagt man, er hat sich übergriffig

371 verhalten oder wie auch immer. Das ist manchmal auch ein bisschen tragisch, was da dann so
372 passiert, gerade bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, also das Verhalten und auch
373 die Konsequenzen von außen dann.

374

375 **I.: Darf ich Ihnen noch Fragen zu den professionellen Begleitpersonen stellen? Können**
376 **Sie mir anhand Ihrer Erfahrungswerte erzählen, wie sich die Haltung und Einstellung**
377 **der professionellen Begleitpersonen zum Thema Sexualität und Menschen mit geistiger**
378 **Behinderung auf den Umgang mit sexueller Aufklärung im Einrichtungsalltag auswirkt?**

379 PB.: Die Einstellung und Haltung sind natürlich maßgeblich, aber halt auch maßgeblich ist,
380 welche Erfahrung selber von professionellen Begleitpersonen gemacht wurde, ähm, wobei ich
381 da auch immer denke, als Mitarbeitende in der Einrichtung sind viele nochmal deutlich konser-
382 vativer als sie es selber sind. Ich kann mir das nicht vorstellen, dass sie privat auch so konser-
383 vativ sind, wie sie es dann in der Einrichtung sind. Da spielt eine große Rolle ‚das Beschützen
384 wollen‘. Ich erlebe oft sowas, wie möglichst vor jeglicher potentiellen negativen Erfahrung
385 möchten sie die Bewohnerinnen und Bewohner schützen. Das steckt oft dahinter. Das ist ja
386 erstmal total gut gemeint, aber letztlich fern jeglicher Realität. Denn nicht behinderte Menschen
387 machen ja auch mal Erfahrungen, ähm, es werden auch mal Erfahrungen gemacht, wo man
388 hinterher sagt, wäre jetzt nicht nötig gewesen, aber letztlich muss man sagen, manchmal lernt
389 man auch genau aus diesen Erfahrungen. Klar, darf ich keine sexualisierte Gewalt zulassen,
390 aber wir reden hier ja über Dinge, naja, wo man sagt, dass sei jetzt nicht der richtige Partner,
391 nicht der passenden Partner, wo die Mitarbeitenden darüber entscheiden, ist das jetzt der rich-
392 tige Partner und passende Sexualpartner. Diese Entscheidung wird den Betroffenen dann abge-
393 sprochen. Wenn, aber die Betroffenen versichern, dass sie miteinander schlafen wollen, wenn
394 sie sagen, dass es ihr Wunsch und Wille ist und der Mitarbeitende das als nicht schön oder als
395 gut empfindet, sollte es trotzdem akzeptiert werden, denn in der Vorstellung der Betroffenen
396 ist es eben schon schön. Also, das erlebe ich schon noch oft, dass da noch eine Fremdbestim-
397 mung stattfindet mit der guten Absicht, die Betroffenen vor einer Negativerfahrung zu bewah-
398 ren oder zu behüten. Aber letztlich ist es anders, ähm, Menschen ohne geistige Behinderung
399 müssen nicht immer zuerst ihre Mama oder Betreuende fragen und auf Rückmeldung warten,
400 ob es passt oder nicht. Sie werden definitiv mehr behütet, man versucht, die Thematik ‚mitei-
401 nander Sex zu haben‘ möglichst lange hinauszuzögern, also vor sechzehn Jahre geht ja meist
402 gar nichts mit Sex in den Wohngruppen. Es heißt dann eben gerne von den Mitarbeitenden in
403 den Wohngruppen, was passiert denn, wenn, es liegt an dieser Unsicherheit. Natürlich auch vor

404 Missbrauchserfahrungen und diese Vorstellung ist für viele Mitarbeitende ganz schlecht aus-
405 zuhalten, weil man sie ja schützen möchte. Und trotzdem es ist manchmal einfach viel Fremd-
406 bestimmung und das ist dann echt schwierig. Ich glaube, da ist Beratung von den Mitarbeite-
407 rinnen und Mitarbeitern eben ein großes Thema. Auch rechtliche Beratung. Denn, die gibt erst-
408 mal Sicherheit, dass die Mitarbeitenden auch einfach mal hören, ab wann krieg ich denn eigent-
409 lich Probleme. Hier existieren komische Phantasiegeschichten, z.B. wenn ein Kind entsteht,
410 dass sie persönlich dafür Unterhalt zahlen müssten, da gibt es ja Dinge, die sich halten, das ist
411 unglaublich. Ich glaube, was sehr wichtig ist, ist eben eigene Reflexion jeder Bezugsperson
412 zum Thema Sexualität, die eigenen Standpunkte reflektieren, die eigene Rolle, das Bild dahin-
413 ter, glaub ich. Wir hatten eine Mitarbeiterin, die hat einfach für sich entschieden, aus christli-
414 cher Überzeugung oder katholischer Überzeugung, dass es keinen Sex vor der Ehe geben soll.
415 Diese Entscheidung für sich selbst, finde ich vollkommen ok, das darf man auch und soll res-
416 pektiert werden. Aber ich kann nicht meine Haltung anderen Menschen überstülpen, weil ich
417 das so für mich entscheide, darf das nicht heißen, jeder muss genau das gleiche tun. Und das ist
418 der Punkt, den man sich bewusst machen muss. Man darf das durchaus als Haltung haben,
419 jungfräulich in die Ehe zu gehen und habe dann Sex, aber ich kann nicht von allen Menschen
420 um mich herum erwarten, dass sie das genauso praktizieren. Und dann denke ich, muss man im
421 Team reflektieren oder halt dann sowas wie sexualpädagogische Beratung speziell für Teams
422 wahrnehmen oder auch Supervisionen und Fortbildungen. Gerade in den Fortbildungen ist es
423 ja häufig Thema, hier werden viele Beispiele besprochen.

424 Und man darf auch nicht vergessen, dass es vor ca. zwanzig Jahren noch Schlafsäle für manch-
425 mal dreißig Leute, getrennt für Frauen und für Männer, gab. Da sind wir ja jetzt weit entfernt.
426 Wir haben jetzt Einzelzimmer, die auch gegebenenfalls abgesperrt werden können, aber trotz-
427 dem ist es für viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch so ist, ach, da klopf ich an und warte
428 nicht, sondern bin gleich drin. Aber es gibt auch Fälle, da klopft man und wartet auf das `Her-
429 ein´ und dann masturbiert derjenige ohne jegliche Bedenken oder Schamgefühl. Das geht halt
430 wiederum auch nicht, derjenige muss halt dann lernen, er darf nur `Herein´ sagen, wenn man
431 angezogen ist. Und hier greift halt auch sexuelle Aufklärung. Viele Unsicherheiten die Beglei-
432 tung brauchen.

433 Wichtig ist hier natürlich, dass man das Thema bezüglich Sexualität in den Alltag integriert. Es
434 hilft ja nichts, wenn man ein sexualpädagogisches Konzept schreibt nur für die Heimaufsicht,
435 weil es Pflicht ist, man muss halt auch schauen, dass das Konzept zum Leben erweckt wird.
436 Das heißt, da braucht es eine Auftaktveranstaltung zur Information für alle Mitarbeiterinnen
437 und Mitarbeiter, damit sich mit dem Konzept auseinandergesetzt wird und dann halt in den

438 einzelnen Bereichen auch umgesetzt wird. Das ist eine Herausforderung für den Erwachsenen-
439 bereich und den Jugendbereich. Im Jugendbereiche komplizierter, weil ja Siebenjährige und
440 Achtzehnjährige zusammen sind, aber dann dürfen halt die Siebenjährigen nicht das, was die
441 Achtzehnjährigen eben schon dürfen. Wie in einer Familie halt mit mehreren Geschwistern
442 unterschiedlichen Alters.

443 Beziehungen sind natürlich auch anstrengend für Wohngruppen. Die Beziehung kann gut gehen
444 oder auch nicht und wenn nicht, projiziert sich der ganze Stress auf die Gruppe, falls das Paar
445 sich nicht mehr mag, nicht mehr miteinander spricht, anschreit usw. Da heißt es dann schon
446 von den Wohngruppen, wenn wir das vermeiden können, dann ist das schön, aber gleichzeitig
447 ist das halt Realität.

448 I.: Gibt es Zimmer für Paare?

449 PB.: Also, echte Paarwohngruppen oder sowas gibt es noch nicht, aber das wäre das nächste,
450 was auf der Wunschliste steht. Es gibt halt einfach auch zu wenig Platz, Wohngruppen oder
451 Appartements. Aber im Erwachsenenbereich wohnen viele alleine und, wenn da die Partnerin
452 oder der Partner kommt, müssen sie auch keinen Fragen und können auch übernachten. Aber
453 wir haben noch kein Paar, das zusammen mit Unterstützung wohnt. Wir haben Einzelapparte-
454 ments, die ambulant unterstützt werden und hier ist es so, dass Freunde und Freundinnen ge-
455 troffen werden können, aber noch kein Paarwohnen bei uns.

456 I.: Was passiert, wenn ein Paar ein Kind bekommt? Kann das Paar dann zusammenwohnen?

457 PB.: Das ist in ganz Deutschland noch ein Problem. Wenn eine Frau bei uns ein Kind erwartet,
458 muss sie in eine andere Einrichtung, aber nicht, weil wir sagen, wir würden sie nicht betreuen,
459 sondern weil wir keine Betriebserlaubnis dafür haben. Man braucht dafür eine Betriebserlaub-
460 nis, um die Klientel dann betreuen zu dürfen und das ist ja auch nicht ganz ohne, also schon
461 ganz schwierig. Das ist ein politisches, gesellschaftliches Problem. Da müssten wir uns als Ge-
462 sellschaft bewegen, um zu sagen, wollen wir das sicher verwirklichen, das Recht von Menschen
463 mit geistiger Behinderung ein Kind zu haben mit allen Konsequenzen? Denn, d.h. in der Praxis
464 ja, dass sie sehr viel Unterstützung dann brauchen und nicht nur die Zeit, in der eine Hebamme
465 normal zu den Familien kommt, sondern viel, viel länger. Das haben wir momentan nicht und
466 das sehe ich momentan auch nicht. Es gibt Mutter- Kind- Einrichtungen für Regelbegabte oder
467 Lernbehinderte, aber für Müttern mit einer geistigen Behinderung wüsste ich jetzt keine Ein-
468 richtung. Hier tun sich Einrichtungen als Träger immer sehr schwer, dieses Fass aufzumachen,
469 also zu sagen: `Wollen wir uns dahin bewegen, wollen wir in diese Richtung etwas anbieten?`
470 Das ist ein sehr heißes Eisen. Hier hat man ja auch immer die Zusammenarbeit mit dem Ju-
471 gendamt, weil am Ende, und das finde ich auch richtig, steht das Kindeswohl an erster Stelle

472 und wenn ich dann einfach eine Mutter mit einer geistigen Behinderung habe, die es nicht
473 schafft, weil sie es selber gar nicht spürt, weil sie keine Gefühl für sich selber hat, wie soll sie
474 da die Gefühle ihres Kindes wahrnehmen? Und da muss ich sagen, da muss ich halt das Kind
475 schützen und hier wird das Kind dann in staatliche Obhut oder in eine Pflegefamilie genommen
476 oder was auch immer. Das ist für die Mütter sehr tragisch, aber eine Realität. Eine spezielle
477 Einrichtung für Mütter mit geistiger Behinderung und deren Kinder ist nicht einfach umzuset-
478 zen. Es gibt Mütter, die würden, wenn das Baby schreit, nicht erkennen, dass das Baby Hunger
479 hat oder die Windel voll ist. Und wie lange kann man da dann zuschauen bis da Baby weg-
480 kommt? Ich kenne viel Mütter, die ihre Kinder an Pflegefamilien usw. verloren haben, weil sie
481 es einfach nicht geschafft haben. Hier bräuchte es eine sieben-Tage bzw. vierundzwanzig-Stun-
482 den-Betreuung.

483 Außerdem gibt es ja auch Frauen mit geistiger Behinderung, die sagen, ich möchte kein Kind,
484 weil ich es nicht schaffen würde. Da gibt es Frauen, die das glaubhaft versichern, dass ihnen
485 das zu viel wäre und sie das nicht können würden und dann gibt es natürlich dieses Eingeredete
486 auch von außen, sowas wie 'das darf dir nie passieren, denn das könntest du eh nicht'. Es gibt
487 beides. Es gibt ja auch genügend Frauen mit geistiger Behinderung, die ihre Behinderung re-
488 flektieren können und Angst haben und nicht möchten, dass das Kind nochmal die gleichen
489 Erfahrungen macht wie sie selber mit Ausgrenzung und Diskriminierung. Es zählt immer der
490 individuelle Blick.

491

492 **I.: Nehmen Sie Unsicherheiten und Ängste bei professionellen Begleitpersonen beim**
493 **Thema Sexualität und geistige Behinderung wahr? Welche?**

494 PB.: Häufig gibt es auch differenzierte Meinung zwischen den professionellen Begleitpersonen
495 und den Eltern. In Bezug auf die Elternarbeit ist auf jeden Fall der wichtigste Teil, dass das
496 Thema rund um Sexualität gut kommuniziert wird, d.h. in Bezug auf sexuelle Aufklärung, zu
497 erklären, was wird gemacht. Anhand von Elternabenden, z.B. die angebotenen Sexualaufklä-
498 rungskurse vorzustellen, welche Inhalte es gibt. Dieser Elternabend rund um das Thema Sexu-
499 alität ist bei uns in der Einrichtung immer relativ gut besucht. Nach diesem Elternabend ist
500 schon mal vielmehr Sicherheit und Klarheit da. Die Eltern wissen dann, was auf sie zukommt
501 und was in diesen Kursen Inhalt ist und ich glaube, das ist das wichtigste. Allgemein ist für
502 Eltern immer Offenheit seitens der Fachkräfte wichtig, z.B. wenn ein Kind übergriffig war oder
503 es ein sexuell auffälliges Verhalten gab, dass man sich austauscht darüber und bespricht, wie
504 gehen wir damit um, wie können wir dem Kind helfen, dass es lernt, das nicht mehr zu tun, das
505 Verhalten zu ändern, z.B. wenn vor anderen bzw. in der Öffentlichkeit onaniert wird, müssen

506 die Kinder das halt lernen, weil das halt so nicht geht. Dann gibt es halt Regeln oder die Mög-
507 lichkeit vom Doppelzimmer in ein Einzelzimmer zu wechseln. Denn, die anderen wollen auch
508 geschützt werden und das muss man halt dann erklären und denjenigen einfach auch sagen und
509 das muss man denjenigen eben nicht nur einmal sagen, sondern eben immer wieder.

510

511 **I.: Und noch eine Frage: Meinen Sie Sexualität und geistige Behinderung ist ein**
512 **Tabuthema?**

513 PB.: Ja, ich glaube, es gibt immer noch Einrichtungen, in denen es ein absolutes Tabuthema ist,
514 in denen es nach wie vor immer noch geschlechtshomogene Gruppen gibt, Besuchszeiten am
515 Sonntagnachmittag im öffentlichen Raum, obwohl es Erwachsenengruppen sind und da sag ich
516 halt, solche Einschränkungen gehen eigentlich gar nicht mehr. Aber insgesamt passiert schon
517 was, aber das dauert, ähm, in unserer Einrichtung ist es nicht mehr das ganz krasse Tabuthema,
518 weil wir halt schon Jahre diesen sexualpädagogischen Arbeitskreis haben, Mitarbeitende haben,
519 die das Thema immer wieder auf die Agenda setzen, wir die sexualpädagogischen Leitlinien
520 haben usw. Letztendlich liegt es aber natürlich viel an der inneren Haltung jedes einzelnen.
521 Manche Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Einrichtungen, aber auch die Eltern, sind halt
522 verklemmt und manche sind halt offen für das Thema. Manche kriegen ja schon, nur wenn sie
523 das Wort Sex hören, einen roten Kopf. Aber an was es genau liegt? Wahrscheinlich ganz viel,
524 was man in seinem Leben mit dem Thema erfahren hat. Ich glaube, es ist wichtig, waren die
525 Erfahrung positiv oder negativ Erfahrungen bezüglich Sexualität und dann geht man natürlich
526 je nach dem mit dem Thema um. Und es ist ja klar, dass man anderes damit umgeht, wenn man
527 schöne Erfahrungen gemacht hat. Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben halt ganz
528 viel Fremdbestimmung immer wieder, weil Erwachsene, Eltern, Geschwister, Einrichtungen,
529 professionelle Begleitpersonen usw. für sie entscheiden, was für sie gut ist. Und die Öffentlich-
530 keit ist eh verunsichert, weil sie nicht weiß, was sie machen soll und da kommen dann so Fra-
531 gen, wie `Was macht denn der jetzt?` oder `Warum verhält sich der jetzt so?`, `Warum zappelt
532 der jetzt so?`, `Warum lacht der jetzt so laut?`. Ich glaube, es liegt daran, dass man Menschen
533 mit geistiger Behinderung in der Gesellschaft zu wenig sieht und man zu wenig über sie weiß,
534 z.B. dass Menschen mit Down Syndrom eine ganz große Lebensfreude besitzen und ganz was
535 Besonderes haben, das lernt man nur, wenn man auch Kontakt hat. Eine deutlich höhere Präsenz
536 in der Öffentlichkeit wäre da schon sehr hilfreich. Und nicht so, irgendwo auf dem Land gibt
537 es Einrichtungen, in denen Menschen mit geistiger Behinderung leben, ähm, ist ja oft noch so.

538

539

540 **I.: Möchten Sie noch etwas hinzufügen? Wünsche? Habe ich vergessen, etwas zu fragen?**
541 PB.: Wichtig ist, ein Bewusstsein zu schaffen, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung
542 den Wunsch und das Bedürfnis nach Partnerschaft, Liebe, Sexualität und Kinder haben, aber es
543 eben gleichzeitig die große Aufgabe ist, dass Angebote dafür geschaffen werden müssen, damit
544 man das auch bedienen kann. Neben dem Recht von Menschen mit geistiger Behinderung auf
545 Partnerschaft und Sexualität besteht eben auch das Recht auf Kinder und gerade bei diesen
546 Themen braucht es auch eine sehr gute professionelle Begleitung. Alle müssen da zusammen-
547 arbeiten, Familie, Einrichtungen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter usw. Aus der Erfahrung, die
548 ich gemacht habe, mit Eltern mit geistiger Behinderung muss ich schon sagen, ist es halt schon
549 sehr oft wahnsinnig grenzwertig und wirft Fragen auf, wie 'machen die Eltern das noch so gut,
550 dass die Kinder zu Hause bleiben können?' auch unter der Konstellation, dass die Kinder oft
551 fitter sind wie die Eltern. Das macht auch was mit den Kindern, wenn diese plötzlich in so eine
552 Rolle kommen und die Verantwortung tragen, wenn diese z.B. den Eltern vorlesen müssen,
553 weil sie nicht lesen können oder etwas zu erklären, weil es nicht von den Eltern verstanden
554 wird. Das ist schwierig. Aber es ist der Wunsch nach Normalität und der ist gerechtfertigt und
555 verständlich und wird ihnen ja auch tagtäglich vorgelebt. Es gibt ja auch Onlineplattformen, so
556 Dating-Portale für Menschen mit geistiger Behinderung, die aber kaum genutzt werden, weil
557 Menschen mit Behinderung meist keinen Partner suchen wollen mit Behinderung. Sie wollen
558 auch bei z.B. Paarship, Elite-Partner suchen, weil sie nach Möglichkeit eine ganz normale Part-
559 nerin oder einen ganz normalen Partner kennenlernen wollen und das ist ja auch erstmal ihr
560 gutes Recht, aber am Ende muss man halt dann auch fragen, was ist realistisch.

Anhang 12: Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst, noch nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt, keine anderen als die angegebenen Quellen oder Hilfsmittel benutzt sowie wörtliche und sinngemäße Zitate als solche gekennzeichnet habe.

Landshut, den 21.10.2020

An der HAW Landshut können Studien- und Prüfungsleistungen auf Plagiate überprüft werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich

Marion Stöckl, Matrikelnummer 1079786

mich, damit einverstanden, dass die von mir im Rahmen der Erstellung der Bachelorarbeit erbrachten Studien- und Prüfungsleistungen nach Abgabe einer automatischen EDV-gestützten Plagiatsüberprüfung unterzogen werden können.

Die Überprüfung der Arbeiten erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form, d.h. meine persönlichen Daten (Vorname, Name, studentische E-Mail-Adresse) werden nicht verwendet.

Meine Arbeiten werden zur Plagiatsprüfung nicht dauerhaft gespeichert. Mit dem bestandskräftigen Abschluss des jeweiligen Prüfungsverfahrens werden der Prüfbericht sowie sonstige Dateien gelöscht.

Sonstige Aufbewahrungspflichten seitens der Hochschule bleiben unberührt.

Mir ist bekannt, dass eine Nutzung von fremden, nicht kenntlich gemachten Quellen einen Täuschungsversuch darstellt.

Landshut, den 21.10.2020.....