



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Barrieren für Partnerschaften körperlich
beeinträchtigter Frauen“

Verfasserin

Flora Dann

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin / Betreuer:

Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer

Danksagung:

Zunächst möchte ich mich bei einigen Personen bedanken, die mir im Zuge meiner Diplomarbeit unterstützend zur Seite standen.

Ich möchte meinen Eltern und meinen Geschwistern danken die immer für mich da sind, an mich glauben und mir ermöglicht haben den Weg zu gehen welchen ich für richtig hielt. Ich bedanke mich des weitern bei meinen Freunden, ganz besonders bei meinen einzigartigen Freundinnen und bei meinem Freund, die mir immer zur Seite stehen und eine wichtige Stütze meines Lebens darstellen.

Ebenso bedanke ich mich bei meinem Betreuer Univ. Prof. Dr. Gottfried Biewer und bei meinen Interviewpartnern, für die entgegengebrachte Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in das Themenfeld	6
1.1. Forschungsfrage und Zielsetzung	8
1.2. Die Situation körperlich beeinträchtigter Frauen in Österreich	10
2. Begriffliche Definitionen	12
2.1. Beeinträchtigung	12
2.2. Erscheinungsformen körperlicher Beeinträchtigung	14
2.2.1. Schädigung des Gehirns und Rückenmarks	14
2.2.1.1. Cerebrale Bewegungsstörungen	14
2.2.1.2. Cerebrale Anfallsleiden	16
2.2.1.3. Parkinson Erkrankung	17
2.2.1.4. Multiple Sklerose.....	17
2.2.1.5. Querschnittslähmungen	17
2.2.2. Schädigung der Muskulatur und des Knochengerüsts	19
2.2.2.1. Progressive Muskeldystrophie	19
2.2.2.2. Dysmelie	20
2.2.3. Schädigung des Skelettsystems	20
2.2.3.1. Fehlstellungen der Wirbelsäule	20
2.2.3.2. Kleinwüchsigkeit	20
2.2.4. Schädigung infolge chronischer Krankheiten oder Fehlfunktionen von Organen	20
2.3. Partnerschaften	21
2.4. Barrieren	21
3. Das Grundbedürfnis nach einer Partnerschaft	22
4. Die Phasen einer Partnerschaft	26
4.1. Partnerschaftsanbahnung	28
4.2. Partnerschaftsführung	33
5. Das Auftreten einer Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensabschnitten	40
5.1. Das Aufwachsen mit einer körperlichen Beeinträchtigung	40
5.2. Im Laufe des Lebens erhaltene körperliche Beeinträchtigung	43
5.3. Auftreten der Beeinträchtigung während der Partnerschaft	45
6. Barrieren in der Umwelt	47
6.1. Grundhaltung gegenüber Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung	47

6.2. Die doppelte Diskriminierung der beeinträchtigten Frau	52
6.3. Das vermittelte Körperbild und die Schönheitsnorm der Gesellschaft	55
7. Selbstkonzept und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen	58
8. Physiologische Barrieren körperlich beeinträchtigter Frauen	62
8.1. Barrieren im öffentlichen Raum	62
8.2. Einflüsse auf das sexuelle Erleben körperlich beeinträchtigter Frauen.....	63
8.3. Körperlich sexuelle Funktionsstörungen und ihre Auswirkungen.....	67
8.4. Mutterschaft.....	70
9. Empirische Untersuchung.....	71
9.1. Qualitative Forschung	72
9.2. Methodisches Vorgehen.....	72
9.2.1. Das problemzentrierte Interview	73
9.2.2. Entwicklung des Leitfadens	76
9.3. Kontaktaufnahme zu den Probandinnen und Beschreibung der Interviewsituation	
80	
9.4. Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren	86
9.4.1. Auswertung der Daten	87
9.4.2. Darstellung der Auswertung	89
9.5. Darstellung der Ergebnisse	91
9.5.1. Darstellung der Interviewpartner	92
9.5.2. Das Kategoriensystem.....	93
9.5.2.1. Dimension: Bedürfnisse an eine Partnerschaft:.....	94
9.5.2.2. Dimension: Subjektives Erleben/Umgehen mit der Beeinträchtigung ...	97
9.5.2.3. Dimension: Partnerschaftliches Erleben.....	99
9.5.2.4. Dimension: Sexualität	106
9.5.2.5. Dimension: Freizeiterleben mit dem Partner.....	108
9.5.2.6. Dimension: Erlebte Akzeptanz	110
9.6. Interpretation der Ergebnisse im Zuge der Fragestellung	113
10. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick.....	121
11. Literaturverzeichnis	124

In der vorliegenden Diplomarbeit wurde auf eine doppelgeschlechtliche Formulierung verzichtet, um ein flüssigeres Lesen zu gewährleisten. Die Verwendung der männlichen Form beinhaltet auch die weibliche Form.

Vorwort

An dieser Stelle möchte ich die Schweizer Schriftstellerin Ursula Eggli zitieren, die selbst an Muskelschwund litt. Mit ihrer Kurzgeschichte „Eine unglückliche Liebesgeschichte“, die aus dem Buch „Freakgeschichten für Kinder und Erwachsene“ stammt, regt sie zum Nachdenken an:

„Anton liebte die schöne rollstuhldame [sic!] Dolores. Da er keine arme [sic!] hatte, musste er sie umbeinen. Aber jedesmal, wenn er dazu ansetzte, berührte er mit der ferse [sic!] den elektroknopf [sic!] des rollstuhls [sic!], und dieser, mit der schönen Dolores darin, rollte davon. So blieb diese liebe [sic!] platonisch und auf distanz [sic!]. Aber niemand wunderte sich drüber, denn so etwas ist im freakland [sic!] alltäglich“ (Eggli 2004, S. 38).

1. Einführung in das Themenfeld

Jeder Mensch strebt nach Anerkennung, Liebe und Sexualität, und diese Erfahrung sollte jedem zugänglich gemacht werden. Partnerschaften bilden dabei eine Möglichkeit, diese Bedürfnisse zu stillen, dies gilt für beeinträchtigte Menschen genauso wie für nicht-beeinträchtigte Menschen. Dinah Radtke, die selbst an Muskeldystrophie erkrankte und aus der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung kommt, schreibt: *„Für mich ist Liebe ein Grundbedürfnis. Intimität wollen und brauchen wir alle. Das Thema 'behinderte Liebe' bedeutet für mich aber auch viel verhinderte Liebe. Liebe hat für mich viel mit Sehnsucht danach, geliebt zu werden, mit Sehnen nach Vertrautheit, Sehnen nach Vertrauen, Zärtlichkeit, Glück, auch mit sexueller Erfüllung, Zusammensein, Zusammenleben mit der geliebten Person zu tun“* (Radtke 2003, S. 27). Mit diesem Zitat verweist Dinah Radtke einerseits auf die schönen Seiten der Liebe und was diese alles beinhalten kann, andererseits macht sie aufmerksam auf die möglichen Barrieren, die damit verbunden sind, sowohl auf dem Weg zu einer Partnerschaft als auch in einer Partnerschaft. Eine Beziehung einzugehen und diese zu führen, bedeutet für viele beeinträchtigte Frauen, sich mit unterschiedlichsten Hindernissen auseinanderzusetzen, wobei jedem Menschen der Zugang zu Liebe und Sexualität offen stehen und zugute kommen sollte. In der „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ der United Nations (2006, S. 15) findet sich folgender Absatz: *„State Parties shall take effective and appropriate measures to eliminate discrimination against persons with disabilities in all matters relating to marriage, family, parenthood and relationships, on an equal basis with others, [...]“*

Die Forderung nach Gleichstellung für beeinträchtigte Menschen findet sich in vielen Bereichen, wobei die Partnerschaft sicherlich eine weniger diskutierte darstellt, dies sagt jedoch noch nichts darüber aus, wie Frauen mit Beeinträchtigung diese erleben. Da sich ein Recht auf Partnerschaft auch nicht einfordern lässt, ist es von besonderer Bedeutung, mögliche Barrieren, die das Entstehen einer Partnerschaft erschweren als auch subjektiv erlebte Barrieren in der Partnerschaft zu hinterfragen, um die Lebenswelt beeinträchtigter Frauen besser verstehen zu können. Dabei geht diese Arbeit nicht davon aus, dass sich diese Barrieren grundsätzlich von Frauen ohne Beeinträchtigung unterscheiden oder nur durch die Gesellschaft produziert werden, sondern bezieht auch mögliche intrapersonale und durch physiologische Gegebenheiten entstandene Einflüsse mit ein, die auf eine Partnerschaft wirken können.

Das Augenmerk der vorliegenden Arbeit wird auf die besondere Stellung der Frau gerichtet. Oft wird man in Büchern und Artikeln dem viel diskutierten Begriff der „doppelten Diskriminierung bzw. Benachteiligung“ begegnen, welcher sich aus der Zuschreibung der Behinderten- und der Frauenrolle und der damit verbundenen Klischees ergibt (vgl. dazu Cloerkes 2001, S. 194, Grundstein 2004, S. [...]). Bruner (2000, S. [...]) schreibt, dass aufgrund der noch immer gängigen Rollenvorstellungen und den damit einhergehenden Klischees, Frauen noch immer in Bezug auf Äußerlichkeiten und familiäre Aufgaben mit nicht-beeinträchtigten Frauen verglichen werden und unter einer defizitären Perspektive wahrgenommen werden, die es ihnen erschwert, sowohl eine positive Identität zu entwickeln als auch ihre Bedürfnisse nach Sexualität, Partnerschaft und Familiengründung in ihr Leben zu integrieren (ebd.,).

Mit der dargestellten Thematik wurde ich einerseits durch meine 8-jährige Schullaufbahn, welche ich in einer Integrationsklasse verbracht habe, als auch durch ein Praktikum, das ich im Zuge meines Studiums in einer Integrationsklasse absolvierte, konfrontiert. Bei Gesprächen mit den Jugendlichen, konnte ich feststellen wie wichtig ihnen bereits das Thema Partnerschaft und Sexualität war. Der Wunsch danach wurde von einigen als Abenteuer angesehen, andere wiederum hatten Selbstzweifel. Dies betraf Jugendliche mit Beeinträchtigung genauso wie Jugendliche ohne Beeinträchtigung. Auffällig war jedoch, dass Jugendliche mit Beeinträchtigung, und ganz besonders Mädchen, Sorge hatten, dass sie aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen nicht attraktiv auf das andere Geschlecht wirken und ein Näherkommen aufgrund dieser schwierig werden könnte. Weiters war auffallend, dass die Klasse, obwohl sie sehr harmonisch war und einen guten Klassenzusammenhalt hatte, die Jugendlichen mit Beeinträchtigung, wenn es um das Flirten oder die potentielle Partnerwahl ging, ausschloss. Bereits damals fragte ich mich, ob die Zweifel der beeinträchtigten Jugendlichen bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben bzw. ein Ausschluss durch die Gesellschaft stattfindet, oder ob es andere Hindernisse gibt, die eine Partnerschaftsausführung beeinflussen.

Die vorliegende Arbeit geht dabei nicht davon aus, dass körperlich beeinträchtigte Frauen weniger intensive, schöne oder erfüllende Partnerschaften leben oder grundsätzlich weniger Beziehungen führen, sondern es sollen von den Frauen erlebte Barrieren aufgezeigt werden, die sie bei der Entstehung einer Beziehung oder in einer Partnerschaft antreffen.

Es spielt dabei keine Rolle, ob diese intrapersoneller Natur sind oder außerhalb der Person liegen, sondern lediglich, ob und wie diese von Frauen mit Beeinträchtigung erlebt werden. Sexualität wird dabei als ein Bestandteil einer Partnerschaft in meine Arbeit einfließen. Auch wenn heutzutage eine Vielzahl von sexuellen Verhaltensweisen stattfindet und eine Partnerschaft, nicht nur wenn der Geschlechtsakt vollzogen wird, sich als diese ausweist, beinhaltet Partnerschaft jedoch eine individuelle Art von sexueller Anziehung bzw. Kraft.

Diese Arbeit erhebt nicht den Anspruch, die Situation aller körperlich beeinträchtigten Frauen abzubilden. Jeder Mensch macht seine individuellen Erfahrungen in seiner ganz speziellen Lebenswelt, somit können auch Partnerschaften von Person zu Person verschieden erlebt und gelebt werden.

1.1. Forschungsfrage und Zielsetzung

Im Zuge der Literaturrecherche ließ sich erkennen, dass es unzählige Modelle und Theorien über Partnerschaften gibt, sich jedoch nur sehr wenige Studien mit Partnerschaften körperlich beeinträchtigter Frauen auseinandersetzen. Weiters wird vermehrt in wissenschaftlichen Büchern und Fachzeitschriften auf das sexuelle Erleben und Verhalten körperlich beeinträchtigter Menschen eingegangen, in welchen die Partnerschaft nur eine untergeordnete Rolle spielt (vgl. dazu Delisle et al. 2003; Orland 2008). Da sich auch von Betroffenen selbst nur wenig aktuelle Beiträge zu dem Thema finden lassen und vermehrt ältere Bücher auf die Problematik der Partnerschaft körperlich beeinträchtigter Frauen eingehen, sehe ich einen großen Bedarf an der Erforschung dieses Themenbereiches. Weiters zeigt sich eine Forschungslücke, Barrieren für Partnerschaften körperlich beeinträchtigter Frauen vor dem Hintergrund der gewollten Inklusion und Integration unserer Gesellschaft zu betrachten. Im Zuge dessen ist es möglich, dass Barrieren sich auflösen oder aber neue entstehen bzw. auch neue Möglichkeiten des Umgangs mit diesen, von Frauen mit Beeinträchtigung, entwickelt werden.

Da auch ein sexueller Kontakt in den meisten Fällen eine Partnerschaft voraussetzt, möchte ich genau dort mit meiner Fragestellung ansetzen. So schreibt Zemp (2008, S. 20): „*Sexualität von Menschen mit Behinderung scheitert nämlich weitaus öfters an mangelnden Liebesbeziehungen als an Potenzproblemen, und diese sind auch durch keinen Plastikpenis oder andere Prothesen zu ersetzen.*“

Im Zuge dessen werde ich folgende Fragestellung in der vorliegenden Diplomarbeit bearbeiten: *Welche Barrieren für Partnerschaften werden von körperlich beeinträchtigten Frauen erlebt?*

Die Fragestellung zielt darauf ab, Frauen mit Beeinträchtigung in ihrer Lebenswelt zu erkennen und zu verstehen und im Sinne der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik Entwicklungsprozesse zu beschreiben.

Das wissenschaftliche Ziel, das mit dieser Arbeit erreicht werden soll, ist eine noch nicht ausreichend erklärte Thematik zu beleuchten und zu hinterfragen, um einen Beitrag zum Verständnis der Lebenswelt beeinträchtigter Frauen zu leisten, welches auch im Zuge der Förderung von diesen Verwendung findet. Die facettenreichen Barrieren sollen mit Hilfe der ideografischen Untersuchungsweise aufgedeckt werden, um das Verständnis für das Phänomen Partnerschaft, Liebe und Sexualität zu erhöhen und den bewussten Umgang mit diesem zu sensibilisieren.

Studien, welche für die Bearbeitung der Fragestellung herangezogen werden, finden sich in folgenden Zeitschriften wieder: „Sexuality and Disability“, „Disability and Society“, „Sexual and Relationship Therapy“ und „Rehabilitation Counseling Bulletin“.

Der Aufbau dieser Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und in einen empirischen Hauptteil. Im theoretischen Teil wird zunächst in Kapitel 2 „Begriffliche Definitionen“ auf die Definitionen einer körperlichen Beeinträchtigung, Partnerschaft und Barrieren eingegangen. Anschließend wird in Kapitel 3 auf das Grundbedürfnis nach einer Partnerschaft eingegangen, in Kapitel 4 erfolgt eine Darstellung des bisherigen Forschungsstandes. Theorien, Modelle und Studien, welche sich mit den Themen Partnerschaftsanbahnung und Partnerschaftsführung beschäftigen, werden exemplarisch dargestellt. In Kapitel 5 wird näher auf das Auftreten einer Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensabschnitten eingegangen und wie sich dieser Umstand auf die spätere Partnerschaftsanbahnung und –führung auswirkt. Danach erfolgt in Kapitel 6,7,8 eine Darstellung der möglichen Barrieren, welche durch die Umwelt entstehen, durch das eigene Selbst- und Körperkonzept als auch durch physiologische Gegebenheiten. Der zweite empirische Teil der Arbeit in Kapitel 9 beschäftigt sich zunächst mit den theoretischen Grundlagen der qualitativen Forschung und dem methodischen Vorgehen in Kapitel 9.1 und 9.2. Kapitel 9.3. beschreibt die Kontaktaufnahme zu den Probandinnen und führt dann zum Aufbereitungs- und Aus-

wertungsverfahren in Kapitel 9.4 und kommt schlussendlich zur Auswertung der Daten und zur Darstellung der Ergebnisse in Kapitel 9.5. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse und Erlebensweisen von körperlich beeinträchtigten Frauen in Partnerschaften werden acht qualitativ problemzentrierte, leitfadengestützte Interviews durchgeführt, um subjektive Sichtweisen herausarbeiten zu können. Anschließend werden diese mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Zum Schluss erfolgt eine Interpretation der Ergebnisse im Zuge der Fragestellung in Kapitel 9.6. und der daraus folgenden Schlussbetrachtung mit einem Ausblick in Kapitel 10.

1.2. Die Situation körperlich beeinträchtigter Frauen in Österreich

Laut der Mikrozensus-Erhebung, welche vom Sozialministerium in Auftrag gegeben und von Statistik Austria im Zeitraum von fünf Monaten (Oktober 2007-Februar 2008) durchgeführt wurde, gaben rund 1,7 Millionen Personen (20,5 %) aller 8.195 befragten Personen an, eine dauerhafte Beeinträchtigung zu haben. Frauen waren davon mit 20,8% betroffen im Gegensatz zu 20,2 % Männern, wobei diese Zahlen stark vom Alter abhängen (Behindertenbericht 2009, S. 7ff). Ähnliche Ergebnisse lassen sich durch die Erhebung der EU-SILC (EU- Statistics on Income and Living Conditions), welche von der EU und dem Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz finanziert und von der Statistik Austria durchgeführt wurde, finden. Laut dieser sind im engeren Sinn 630.000 Personen in Österreich beeinträchtigt, alle jene, „die bei der Befragung angaben, eine subjektiv wahrgenommene **starke** Beeinträchtigung bei der **Verrichtung alltäglicher Arbeiten**, die mindestens schon **sechs Monate** andauert, zu haben.“ (ebd., S. 9, Hervorhebung im Original) Beeinträchtigt im weiteren Sinn, „die bei der Befragung angaben, chronisch krank zu sein, aber keine starke Beeinträchtigung bei der Verrichtung alltäglicher Arbeiten zu haben“, sind ca. eine Million Menschen. (ebd.,) Fasst man die beiden Gruppen zusammen so leben in Österreich, ausgehend von diesen Daten, insgesamt 1,6 Millionen Personen mit einer Beeinträchtigung (ebd.,).

Weiters wurden in den Mikrozensus-Zusatzfragen von der Statistik Austria (2008, S. 1132f) Angaben über Anzahl, Art und Schwere von Beeinträchtigungen in Privathaushalten in Österreich ermittelt, wobei die häufigsten dauerhaften Beeinträchtigungen im Bereich der Beweglichkeit zu finden waren. Insgesamt 1 Million Österreicher, also 13,0 %, gaben an davon betroffen zu sein, wobei Frauen mit 14,1% dies häufiger sind als Männer mit 11,9 %. Nach subjektivem Empfinden der Probanden waren vermehrt auftretende

Probleme einer dauerhaften Beeinträchtigung im Bereich der Freizeit mit 21,2% zu finden (ebd., S. 1134ff). Weiters leben beeinträchtigte Menschen im Gegensatz zu nicht-beeinträchtigten Personen vermehrt alleine, so spricht Statistik Austria in ihren Ergebnissen der Mikrozensus-Zusatzfragen hier von einem Verhältnis von 23,6% zu 11,1%, wobei dies bei Frauen doppelt so häufig vorkam wie bei der männlichen Bevölkerung, 31,3% zu 15,3%. Außerdem befinden sich Männer häufiger in einem Eheverhältnis als Frauen, 63% zu 43,6%, wobei der Hauptgrund wahrscheinlich in der höheren Lebenserwartung der weiblichen Bevölkerung liegt (Mikrozensus-Zusatzfragen 2008, S. 1137). Im Zuge der vorliegenden Daten ist auch zu bedenken, dass aufgrund der unterschiedlichsten Beziehungsformen, die in unserer Gesellschaft existieren, eine Ehe nicht als alleiniges Indiz für eine Partnerschaft gewertet werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der heutigen Zeit die Ehe durchaus auch als ein veraltetes Format angesehen wird und Partnerschaften abseits dieser Konstellation bestehen.

Auch wenn die angeführten Daten etwas abstrakt sind, daher auch nicht klar formuliert werden kann, wer sich unter dem Begriff körperlich beeinträchtigt oder behindert zugehörig fühlt, und dies von Studie zu Studie variiert und weiters die Studien sich nur auf Personen in Privathaushalten beziehen, lässt sich jedoch eine große Anzahl an Frauen angeben, die von einer Beeinträchtigung betroffen ist, und der daraus resultierende große Bedarf an der Erforschung der Lebensumstände, in denen sie sich wieder finden.

Zum Schutz körperlich beeinträchtigter Menschen findet sich ein gesetzlich verankertes Diskriminierungsverbot im österreichischen Nationalrat wieder, das Bundesgleichstellungsgesetz (BGStG), welches helfen soll, eine Diskriminierung beeinträchtigter Menschen zu vermeiden, um eine gleichberechtigte und selbstbestimmte Stellung in der Gesellschaft möglich zu machen (Bizeps online). Wie schon im Zuge dieser Arbeit erwähnt wurde, lässt sich das „Recht“ auf eine Partnerschaft oder einen Partner nicht einfordern, jedoch kann man durch Gesetze und Konventionen auf die Anerkennung von Gleichberechtigung und damit auch der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung an Familiengründung und Partnerschaften hinweisen und damit ein Statement setzen. In Österreich, wo die Bevölkerung den Nationalrat wählt, welcher mit dem Bundesrat über die Gesetzgebung entscheidet, spiegelt dies auch im weiteren Sinn die Einstellung der Gesellschaft wider (vgl. dazu Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten online).

Das Bundesgleichstellungsgesetz wurde 2005 vom österreichischen Nationalrat beschlossen. In diesem heißt es: „Auf Grund einer Behinderung darf niemand unmittelbar oder mittelbar diskriminiert werden“ (Bizeps online). Dieses enthält weiters ein Diskriminierungsverbot für Lebenspartner und nahestehende Personen, die im Falle einer Belästigung ebenfalls die Möglichkeit haben, dieses geltend zu machen. Durch die Novelle BGBl. I Nr.7/2011 wurde dieses auf alle Personen, die in einem Naheverhältnis zu der betroffenen Person stehen, ausgeweitet (ebd.).

Im Wiener Programm der Frauengesundheit werden die aktuelle Situation der Frauen mit Behinderung in Österreich dargestellt, Projekte vorgestellt und Hilfsmöglichkeiten angeboten. Auch wendet sich dieses dem Thema der Sexualität zu, wobei sie bei körperlich beeinträchtigten Frauen das schwer zu erzielende Schönheitsideal und das oft negative Selbstbild als Auslöser ansehen, um als mögliche Sexualpartnerin zurückgewiesen zu werden (Frauengesundheit Wien online).

Trotz der vermehrten amtlichen Anerkennung von beeinträchtigten Menschen und der großflächigen Betroffenheit ist die Datenlage über Frauen mit Beeinträchtigung dünn gesiedelt und über die Lebensumstände dieser in Österreich wenig bekannt, was den großen Bedarf an der Erforschung dieses Themengebietes zeigt (vgl. dazu ebd.; Niehaus 2001, [...]).

2. Begriffliche Definitionen

Um zu einem besseren Verständnis der verwendeten Begriffe in der folgenden Arbeit zu gelangen, wird auf diese im Zuge des folgenden Kapitels näher eingegangen.

2.1. Beeinträchtigung

In den Bezugsquellen findet sich vermehrt der Begriff „Körperbehinderung“, welcher sich im Zuge des 1. Weltkrieges und seiner Kriegsoffer um 1920 als Alternativbegriff für den des „Krüppels“ entwickelte (Biewer 2010, S. 50).

„Körperbehinderung ist ein Beschreibungsmerkmal für einen Menschen, der infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungsapparates, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Erkrankung in seiner Bewegungsfähigkeit und der Durchführung

von Aktivitäten dauerhaft oder überwindbar beeinträchtigt ist, so dass die Teilhabe an Lebensbereichen bzw. -situationen als erschwert erlebt wird“ (Hedderich 2006, S. 24).

In dieser Arbeit wird jedoch der Begriff der „Beeinträchtigung“ als Alternativbegriff zu jenem der „Behinderung“ Verwendung finden, welcher als zentraler Begriff in Bachs Buch „Grundlagen der Sonderpädagogik“ Einzug fand (vgl. dazu Bach 1999, S. 27f).

Bach (1999, S. 27f) verwendet Beeinträchtigung als übergreifenden Begriff, unter welchem sich in einem wechselseitigen Zusammenspiel die Komponenten, Schäden der individuellen Disposition, Benachteiligung durch Verhaltens- und Erlebnisbedingungen und Belastungen durch Umwelтанforderungen befinden. Eine Beeinträchtigung erfolgt dann, wenn eine „mangelnde Balance“ der Komponenten vorherrscht. Diese kann subjektiv als Unzulänglichkeit, Benachteiligung oder als Belastung erlebt sowie von außenstehenden Personen festgestellt werden (ebd., S. 28). Weiters geht Bach auf drei verschiedene Ausprägungsgrade der Beeinträchtigung ein, wobei der höchste Schweregrad als Behinderungen bezeichnet wird. Behinderungen sind Beeinträchtigungen, welche umfassend (wirken sich auf mehrere Lebensbereiche aus), schwer und längerfristig sind. Störungen sind hingegen partiell (sind also teilweise vorhanden), weniger schwer und von kurzer Zeitdauer. Gefährdungen als schwächste Ausprägung zeichnen sich durch ein Ungleichgewicht des individuellen Zustandes und den Bedingungen und Anforderungen des Umfeldes aus, so dass Störungen und Behinderungen entstehen könnten (ebd., S. 34ff).

Heinz Bach zählt also unter dem Begriff der Beeinträchtigung den der Behinderung als stärkste Ausprägung auf (vgl. dazu Bach 1999, S. 35f). Im Unterschied dazu wird in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO der Oberbegriff Behinderung verwendet, welcher sich aus der wechselseitigen Beziehung der individuellen Funktionsfähigkeit und Kontextfaktoren zusammensetzt (WHO/ICF 2005, S. 16).

Die unterschiedlichsten Begrifflichkeiten lassen darauf schließen, dass das individuelle Ausmaß einer Beeinträchtigung für die Einzelperson schwer zu fassen ist und von jedem Individuum unterschiedlich erlebt wird. Wichtig ist jedoch, dass eine Beeinträchtigung bzw. eine Behinderung auf unterschiedlichen und mehreren Ebenen zum Tragen kommt, wie dies auch in der ICF (International Classification of Function, Disability and Health) beschrieben wird (vgl. dazu WHO/ICF 2001).

2.2. Erscheinungsformen körperlicher Beeinträchtigung

Um die Auswirkungen einer körperlichen Beeinträchtigung für Frauen verstehen zu können, ist es unter anderem wichtig, die Bewegungsmöglichkeiten und/oder Bewegungseinschränkungen, welche diese mit sich bringen, zu betrachten. So können diese in Partnerschaften eine Umstellung der Lebensgewohnheiten bedeuten, die sich zum Beispiel durch ein verändertes Freizeitverhalten oder Sporttreiben äußert. Weiters kann es in der Partnerschaft in sexueller Hinsicht neue Wege erfordern, um den Geschlechtsakt zu vollziehen, was nicht zwangsläufig einen Abbruch der Lust zur Folge haben muss, aber kann (vgl. dazu auch Kapitel 8.2.). Auch können Bewegungseinschränkungen ein Treffen von potentiellen Partnern erschweren, weil Orte, wo diese möglicherweise anzutreffen wären, schwer zu erreichen sind. Die Beeinträchtigung kann sich außerdem unterschiedlich auf die eigene Körperwahrnehmung auswirken und unterschiedliche gesellschaftliche Reaktionen hervorrufen. Dabei ist zu beachten, dass die Auswirkungen der Bewegungseinschränkungen individuell unterschiedlich erlebt werden können.

Erscheinungsformen und Ursachen körperlicher Beeinträchtigung können durch Schädigungen von Gehirn und Rückenmark auftreten, durch eine Schädigung der Muskulatur und des Knochengewebes und infolge chronischer Krankheit oder Fehlfunktion von Organen (Leyendecker 2006, S. 27f).

2.2.1. Schädigung des Gehirns und Rückenmarks

Zu Schädigungen von Gehirn und Rückenmark zählen sowohl infantile Cerebralpareesen, als auch durch ein Schädel-Hirn-Trauma erworbene cerebrale Bewegungsstörungen, cerebrale Anfallsleiden, die Parkinson Erkrankung, Multiple Sklerose, Poliomyelitis sowie angeborene (Spina bifida) oder durch traumatische Ereignisse oder Erkrankung erworbene Querschnittslähmungen (Leyendecker 2005, S. 90ff).

2.2.1.1. Cerebrale Bewegungsstörungen

Cerebrale Bewegungsstörungen werden auch als cerebrale Läsion oder Cerebralpareesen bezeichnet (vgl. dazu Ermert 2003, S. 72; Leyendecker 2005, S. 86). Cerebrale Bewegungsstörungen können frühkindlich (Infantile Cerebralpareesen) prä-, peri- oder postnatal auftreten. Ausgelöst werden diese entweder pränatal z.B. durch Infektionen und Verlet-

zungen oder perinatal z.B. durch Sauerstoffmangel und Hirnblutungen, als auch postnatal z.B. durch Infektionskrankheiten (Hirnhautentzündung) und Kopfverletzungen (Kallenbach 2006, S. 62). Weiters können cerebrale Bewegungsstörungen auch durch ein im Lebensalter erworbenes Schädel-Hirn-Trauma auftreten, ausgelöst durch einen Unfall, einen Hirntumor oder eine Hirnblutung. Es kann im Zuge dessen zu vegetativen, sensiblen, wahrnehmbaren, motorischen und sprachlichen Unzulänglichkeiten als auch zu Anfallsleiden kommen (Leyendecker 2006, S. 27f). Frühkindliche Hirnschädigungen (infantile Cerebralpareesen) lassen sich in drei Formen unterteilen, welche auch in unterschiedlichen Kombinationen auftreten können: Spastizität oder auch Spastische Diplegie genannt, Athetose und Ataxie (vgl. dazu Kallenbach 2006, S. 63; Ermert 2003, S. 72). Leyendecker (2006, S. 24) gibt dazu eine zusammengefasste Übersicht über die Erscheinungsformen von Bewegungsstörungen:

- Spastische Lähmungen

Bei spastischen oder verkrampften Lähmungen kommt es zu einem erhöhten Muskeltonus. Die Bewegungen wirken infolgedessen verkrampft, verlangsamt und es kann zu einer Bewegungsunfähigkeit (Hypokinese) kommen. Ausgelöst wird dies durch eine Schädigung kortikaler, die Hirnrinde betreffende Areale, welche für willkürliche Bewegungen verantwortlich sind (ebd.,).

- Athetotische Syndrome (Athetosen)

Weiters gibt es un gelenk-ausfahrende Bewegungsstörungen, auch athetotische Bewegungsstörungen genannt, welche sich durch eine schwankende Muskelspannung (Dystonie) auszeichnet. Der Betroffene verliert mitunter die Kontrolle über seine Muskeln und es kommt zu windenden und mitunter auch ruckartigen Bewegungen (Dyskinese). Diese Beeinträchtigung erfolgt durch eine Störung des Zentralnervensystems, welches für unwillkürliche und automatisierte Bewegungen verantwortlich ist (ebd., S. 24).

- Ataktische Syndrome (Ataxien)

Die Bewegungen der Betroffenen sind unsicher und es kommt zu Koordinations- und Gleichgewichtsstörungen, welche aufgrund einer Schädigung des Kleinhirns entstehen. Der Gang der Betroffenen ist meist wankelmütig und breitbeinig, was auf einen schlaffen Muskeltonus bzw. einen nicht fein koordinierten (Dysmetrie bzw. Hypotonie), bei Personen mit ataktischem Syndrom, zurückzuführen ist (ebd., S. 24f).

Während spastische Lähmungen am Häufigsten auftreten, findet man Athetosen und Ataxien oft in Verbindung mit anderen Beeinträchtigungsformen, wobei das Ausmaß der Bewegungsmöglichkeit sehr unterschiedlich sein kann (Leyendecker 2005, S. 86). So können bei äußeren schweren Formen einer Beeinträchtigung die Betroffenen keine aufrechte Haltung einnehmen, sich fortbewegen, sitzen, oder sprechen. Leichte Beeinträchtigungen äußern sich hingegen in manchmal auftretenden Verspannungen der Bewegungsausführung als auch in Problemen der Koordination von Bewegungsformen (ebd.,).

Die cerebrale Bewegungsstörung teilt Leyendecker außerdem nach Betroffenheit von Extremitäten in unterschiedliche Gruppen ein: in die Tetraparese, Diparese, Paraparese, und in die Hemiparese. Es können entweder alle vier Gliedmaßen betroffen sein, als auch Torso, Hals und Kopf (Tetraparesen), oder es kann eine stärkere Lähmung der unteren Gliedmaßen und des Beckens vorhanden sein (Diparesen). Weiters kann eine vorwiegende Lähmung der unteren Extremitäten ohne weitreichende Armbeteiligung erfolgen (Paraparesen) oder eine Körperseite betroffen sein (Hemiparesen) (Leyendecker 2006, S. 27). Bobath (2005, S. 21) spricht weiter von der sehr selten auftretenden „Monoplegie“ (wo nur eine Extremität betroffen ist), welche sich oft später als Hemiplegie herausstellt. In Verbindung mit cerebralen Bewegungsstörungen können leichte Sprachstörungen (Dysarthrie) als auch schwerwiegende (Anarthrie), sensorische Beeinträchtigungen und Anfallsleiden auftreten (Leyendecker 2006, S. 27).

2.2.1.2. Cerebrale Anfallsleiden

Cerebrale Anfallsleiden führen durch eine elektrische Entladung zu einer Irritation der Funktion des Gehirns (Leyendecker 2005, S. 91). Seifert (2006, S. 111) spricht von epileptischen Anfällen, die Funktionsstörungen des Gehirns darstellen, im Gegensatz dazu bezeichnet eine Epilepsie eine Krankheit, wenn mindestens zwei epileptische Anfälle ohne ersichtlichen Anlass aufgetreten sind. Er unterscheidet zwischen drei verschiedenen epileptischen Anfallsformen: „primär generalisierte Anfälle“, wo beide Hirnhälften betroffen sind, welche entweder als kleine Anfälle (petit mal) oder als große Anfälle (grand mal) auftreten können, „fokale Anfälle“ die auf einen bestimmten Entstehungsort im Gehirn zurückzuführen sind und „generalisierte Anfälle fokaler Genese“, wo es zur Entstehung eines generalisierten Anfalls kommt, welcher sich aus einem fokalen entwickelt, also eine Kombination darstellt (ebd., S. 114ff).

2.2.1.3. Parkinson Erkrankung

Die Parkinson Erkrankung bricht vermehrt im Alter von 40-60 Jahren aus und führt zu einer Störung der extrapyramidalen Bahnen im Zentralnervensystem, welche für automatisierte Bewegungen verantwortlich sind. Es kommt zu Schüttellähmungen, Muskelsteifheit, Zittern, allgemeiner Bewegungseinschränkung und zu einer eintönigen Sprache (Leyendecker 2005, S. 91).

2.2.1.4. Multiple Sklerose

Die Multiple Sklerose, die häufig zwischen dem 30-40 Lebensjahr auftritt, führt durch eine Entzündung der Myelinschicht des Rückenmarks und Gehirns zu sensorischen und sensiblen Defekten als auch zu Ausfällen. Es kann, je nach betroffenen Arealen, zu einer Schwäche, Schmerzen, zu unterschiedlichen Lähmungen, zu Bewegungskoordinationsstörungen und Sprachstörungen kommen. Charakteristisch für diese Krankheit ist, dass sie schubweise und individuell verschieden verläuft, aber es auch zu einer unerwarteten Degeneration kommen kann (ebd., S. 87ff).

2.2.1.5. Querschnittslähmungen

Bei einer Querschnittslähmung unterscheidet man zwischen inkompletten und kompletten Lähmungen, abhängig davon, in welchem Abschnitt der Wirbelsäule sich die Verletzung befindet. Es kommt meist zu schlaffen, aber auch zu spastischen Lähmungen, wodurch auch die Ausscheidungs- und Geschlechtsorgane betroffen sein können (Leyendecker 2006, S. 25). Weiters wird unter einer angeborenen (spina bifida) und einer erworbenen Querschnittslähmung unterschieden (Kampmeier 2006, S. 197).

- Spina bifida

Eine Spina bifida ist eine bereits von Geburt an bestehende Fehlbildung der Wirbelsäule, bei der ein oder mehrere Wirbeln der Wirbelbögen offen liegen und sich das Rückenmark nach außen wölbt. Bei der Geburt wird dies durch aufwendig chirurgische Verfahren verschlossen, jedoch kann es zu Lähmungserscheinungen führen. Weiters kann in Verbindung mit einer Spina bifida auch ein Wasserkopf (Hydrocephalus) einhergehen (Leyendecker 2006, S. 25). Es kommt dabei zu einer Störung der Liquorzirkulation im Ventrikelsystem im Inneren des Gehirns, infolgedessen der gestaute Liquor gegen die Schädelknochen drückt und zu einer Ausweitung des Gehirns führt. Durch eine „Shunt-Operation“ wird

mithilfe eines Röhrchens ein künstlicher Weg gelegt, sodass der überschüssige Liquor ins Blutgefäßsystem oder in den Bauch abtransportiert werden kann (Berger 2010, S. 42).

Weiters kann eine Querschnittslähmung auch infolge einer Poliomyelitis, auch als Kinderlähmung bekannt, auftreten. (Kampmeier 2006, S. 25) Durch weit verbreitete Impfungen kommt es vor allem in Industrieländern nur noch vereinzelt zu dieser viralen Infektion, welche das Nervensystem angreift (Weinwurm-Krause 2006, S. 247) Die Ansteckungsgefahr ist durch verunreinigtes Wasser und Essen gegeben. Der Virus vermehrt sich anschließend im Darm und wird dann entweder mit dem Stuhlgang ausgeschieden, oder der Virus erreicht die Blutbahn und das Zentralnervensystem und führt insbesondere zur Infektion der Vorderhornzelle des Rückenmarks. Je nach Art und Ausmaß der Infektion kann es zu grippal ähnlichen Symptomen bis hin zu bleibenden Lähmungen kommen (WHO online). Weiters gibt es auch das Post-Polio-Syndrom, wo es nach einer ursprünglich überstandenen Poliomyelitisinfektion, zu Spätfolgen dieser kommen kann (Weinwurm-Krause 2006, S. 247).

- Erworbene Querschnittslähmungen

Querschnittslähmungen können auch aufgrund eines Unfalles, oder durch Entzündungserkrankungen und Hirntumore entstehen (Leyendecker 2006, S. 28). Die Schädigungshöhe hat einen entscheidenden Einfluss auf die Bewegungsfähigkeit der Extremitäten als auch auf die inneren Organe. Man spricht von einer Paraplegie wenn die Beine betroffen sind und von einer Tetraplegie, wenn alle vier Gliedmaßen betroffen sind. Weiters wirkt sich die Höhe der Schädigung auf die Art der Lähmung aus. Eine schlaffe Lähmung entsteht, wenn eine Verletzung des Lendenwirbelbereiches vorliegt, wohingegen eine Schädigung des Rückenmarks zu einer spastischen Lähmung führt (Kampmeier 2006, S. 202). Bei einer Schädigung des Lendenwirbelbereiches geht die Reflextätigkeit aufgrund der Betroffenheit des peripheren Nervensystems und damit des Reflexbogens verloren. Bei einer direkten Verletzung des Rückenmarks können Reflexe nicht mehr kontrolliert werden, da eine Störung der Verbindung zum Gehirn vorliegt. Es kommt zu einem Defekt der Weiterleitungsfunktion des Rückenmarks durch die Unterbrechung der afferenten und efferenten Leitungsbahnen. Eine Limitierung bzw. ein Verlust der Gefühlswahrnehmung von Schmerz und Temperatur ist die Folge wie auch eine Bewegungseinschränkung.

Eine Reflexfunktionsstörung des Rückenmarks führt zu einer möglichen Inkontinenz. Wenn der Reflexbogen nicht beschädigt ist und Reflexe der Entleerung noch vorhanden sind, kann die Blasen- und Darmentleerung durch ein erlerntes Drücken mit der Hand auf

den Unterleib durchgeführt werden. Bei einer schlaffen Lähmung und damit einer schlaffen Blase muss eine Entleerung durch einen Katheter erfolgen (ebd., S. 202f). Weiters kann es zum Entfallen der Selbstregulation der Körpertemperatur und einer Störung des Blutkreislaufes und einer möglichen Einschränkung der Sexualfunktion kommen (ebd., S. 203).

2.2.2. Schädigung der Muskulatur und des Knochengerüsts

Schädigungen der Muskulatur und des Skelettsystems können durch progressive Muskeldystrophien, Dysmelie, Schädigungen des Skelettsystems wie Glasknochenkrankheit und Arthrogrypose¹ oder Fehlstellungen der Wirbelsäule wie Skoliose, Kyphose oder aber Lordose, als auch durch Amputation und Kleinwüchsigkeit hervorgerufen werden (Leyendecker 2006, S. 29).

2.2.2.1. Progressive Muskeldystrophie

Muskelerkrankungen bei denen das Gewebe selbst angegriffen wird, werden oft vererbt. (Leyenecker 2005, S. 88). Dabei gibt es auch schwere Formen, wie die „Progressive Muskeldystrophie“, wo das Muskelgewebe soweit abgebaut wird, dass die Muskeln ihrer ursprünglichen Funktion nicht mehr entsprechen können (ebd.). Bei Kindern tritt vorwiegend die schwerwiegende Muskelerkrankung Typ „Duchenne“ und die gutartige Muskel-erkrankung Typ „Becker-Kiener“ auf. Ausschließlich im Erwachsenenalter auftretend gibt es den „Gliedergürtel Typ“, „fazioskapulohumerale Muskeldystrophie“ und den „distale Myopathie Typ Welander“ (Götsch 2007, S. 273).

Es kommt im Verlauf der Muskeldystrophie zu einer zunehmenden Bewegungsbeeinträchtigung durch den Muskelgewebeabbau. Weiters ist die Lebenserwartung bei einigen Formen wie dem Typ „Duchenne“ nicht sehr hoch (Leyendecker 2005, S.92). Ortmann (2006, S. 255) schreibt, bezogen auf die Duchenne Muskeldystrophie, dass die Mehrheit der Betroffenen zu Beginn der Adoleszenz nicht mehr selbstständig gehen können und nur wenige das 20. Lebensjahr erreichen.

¹ Bewegungseinschränkung durch schwere Gelenksversteifung und Kontrakturen (Leyendecker 2006, S. 28)

2.2.2.2. Dysmelie

Eine Dysmelie bezeichnet Fehlbildungen oder ein Fehlen von Gliedmaßen, welche aufgrund von toxischen Medikamenten, wie dies bei Contergan der Fall war, hervorgerufen werden können aber auch durch in der Gebärmutter erfolgte Abschnürungen, Genmutation oder Strahleneinwirkungen entstehen. Bei Teilfehlbildungen spricht man von einer Peromelie, wenn Extremitätenstümpfe vorhanden sind und von einer Phokomelie, wenn Gliedmaßen an Schulter bzw. Becken angesetzt sind. Wenn Gliedmaßen nicht vorhanden sind, wird dies als Amelie bezeichnet (Leyendecker 2006, S. 29).

2.2.3. Schädigung des Skelettsystems

Die Glasknochenkrankheit, auch Osteogenesis imperfecta genannt, ist eine Erbkrankheit, welche sich durch eine erhöhte Brüchigkeit der Knochen auszeichnet. Von einer Arthrogrypose spricht man hingegen, wenn schwere Versteifungen oder Kontrakturen von Gelenken bestehen (Leyendecker 2005, S. 92).

2.2.3.1. Fehlstellungen der Wirbelsäule

Fehlstellungen der Wirbelsäule können vererbt oder angeboren sein als auch als Begleiterscheinung bei Lähmungen, bei Muskelschwund oder aber einfach durch Haltungsschäden auftreten. Man unterscheidet zwischen Verkrümmungen zur Seite (Skoliose), nach hinten (Kyphose) oder nach vorne (Lordose) (Leyendecker 2006, S. 29).

2.2.3.2. Kleinwüchsigkeit

Kleinwüchsigkeit kann unter anderem genetisch oder aber hormonell bedingt sein und bedeutet, dass die Betroffenen nicht größer als 1,50m werden (ebd.,).

2.2.4. Schädigung infolge chronischer Krankheiten oder Fehlfunktionen von Organen

Zu chronischen Krankheiten und Dysfunktion von Organen zählen z.B. rheumatische Erkrankungen, wo es zu einer Erkrankung und schmerzhaften Bewegungen der Knochen, Gelenke, Bänder und Sehnen kommen kann, Hämophilie (Bluterkrankheit), Erkrankungen der Schleimdrüsen (Mukoviszidose), Fehlbildungen und Erkrankungen des Herzens bzw. Kreislaufes, Nierenleiden, Hauterkrankungen und Veränderungen des äußeren Erschei-

nungsbildes z.B. nach Verletzungen oder nach einer Krebserkrankung (Leyendecker 2006, S. 30).

2.3. Partnerschaften

Partnerschaften betreffen immer zwei Personen, eine so genannte „Dyade“, welche in sozialer Interaktion miteinander stehen und sich unterschiedlicher situationsbedingter Interaktionsmuster bedienen (Asendorpf/Banse 2000, S. 3f). Eine Partnerschaft kennzeichnet des Weiterem für Neyer (2003, S. 166) eine Verbindung aus zwei Individuen, die neben ihren Lebensgeschichten und Erfahrungen auch ihre bestehenden Persönlichkeitseigenschaften in die Partnerschaft einbringen. Damit sind sowohl interpersonale Prozesse, die zwischen den Partnern ablaufen als auch die individuellen Persönlichkeiten der Partner ausschlaggebend, für den Aufbau einer Beziehung, das Fortbestehen und der Entwicklung dieser und den Erfolg oder den Abbruch von Partnerschaften (ebd.,).

In der vorliegenden Arbeit gehe ich nicht von einer Partnerschaft aus, die im Sinne einer Freundschafts- oder einer Geschäftsbeziehung besteht, sondern einer Verbindung, die durch eine Liebesbeziehung gekennzeichnet ist oder durch eine zwischenmenschliche Anziehung. Die Partner können also, müssen aber nicht, in Ehe leben oder zusammenwohnen. Weiter ist zu beachten, dass in der Literatur vordergründig von heterosexuellen Partnerschaften ausgegangen wird. In der vorliegenden Arbeit wird der Fokus daher auch vorwiegend auf heterosexuellen Partnerschaften liegen, wobei die homosexuelle Partnerschaft nicht ausgeschlossen werden soll.

2.4. Barrieren

In der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) findet man folgende Definition: „**Barrieren** sind (vorhandene oder fehlende) Faktoren in der Umwelt einer Person, welche die Funktionsfähigkeit einschränken und Behinderung schaffen. Diese umfassen insbesondere Aspekte wie Unzugänglichkeit der materiellen Umwelt, mangelnde Verfügbarkeit relevanter Hilfstechnologie, negative Einstellungen der Menschen zu Behinderung, sowie Dienste, Systeme und Handlungsgrundsätze, die entweder fehlen oder die verhindern, dass alle Menschen mit Gesundheitsproblemen in alle Lebensbereiche einbezogen werden“ (WHO/ ICF 2005, S. 147, Hervorhebung im Original). Im Zuge dieser

Arbeit werde ich neben den umweltbezogenen Barrieren auch auf mögliche intrapersonale und durch die physiologische Beeinträchtigung selbst erlebte Barrieren eingehen. Im Sinne dieser Begriffsdefinition verstehe ich Barrieren als jegliche vorhandene oder fehlende Einflüsse, die für das subjektive Erleben der Betroffenen bestehen und dadurch eine Partnerschaft verhindern, erschweren, verzögern oder beeinflussen. Dabei gehe ich nicht davon aus, dass diese Barrieren nicht überwunden werden können und es damit zu keiner Partnerschaft kommen kann.

Die Herstellung von Barrierefreiheit, schreibt Hermes (2010, S. 242), ist aufgrund folgenden Aspektes notwendig: *„Zum einen ermöglicht sie überhaupt erst den gleichberechtigten Zugang zu und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, sie schafft mehr Chancengleichheit und führt- diese Hoffnung ist zumindest mit der Idee der Barrierefreiheit eng verbunden- zu einem gleichberechtigten Miteinander, in dem nicht mehr die Beeinträchtigung im Vordergrund steht, sondern der individuelle Mensch“* (ebd.,).

3. Das Grundbedürfnis nach einer Partnerschaft

Jeder Mensch hat das Bedürfnis nach zwischenmenschlicher Nähe, Liebe und Zuneigung. Partnerschaften bilden eine Möglichkeit, diese Bedürfnisse zu befriedigen und gehören, egal in welcher Form auch immer man diese führt, zum Leben dazu.

Dabei lässt sich dieses Bedürfnis nicht nur evolutionsbedingt und soziobiologisch erklären, wonach der Kontakt zu anderen und Partnerschaften im Sinne der Fortpflanzung dienlich sind, sondern auch aus psychologischer Sicht, nach der Partnerschaft ein Wachstum von Bindung bedeutet und damit die psychosoziale Persönlichkeit fördert (Trommsdorff 1991, S. 191). Der Neurobiologe Joachim Bauer (2009, S. 36) schreibt, dass es ein ursprüngliches menschliches Verlangen ist, in Interaktion mit anderen Menschen zu treten und soziale Bindungen zu knüpfen, denn *„Wir sind – aus neurobiologischer Sicht – auf soziale Resonanz und Kooperation angelegte Wesen“* (ebd.,). Im Gegensatz zu Sex, welcher mitunter die totale Hingabe und einen Kontrollverlust bringt und daher in lebensbedrohenden Situationen unterlassen wird, schafft die Liebe eine Bindung, ein so genanntes „gemeinsames Aktionsbündnis“, welches an ein Rudel, eine Lebensgemeinschaft von früher erinnert. Eine Verbindung zweier Personen bildet das kleinste mögliche Rudel, welches sozusagen übrig geblieben ist und ein Gefühl der Sicherheit und des Schutzes für das Leben der Partner mit sich bringt (Lothar 2007, S. 27).

Partnerschaft oder zumindest das Gefühl nach Bindung stellt ein Grundbedürfnis des Menschen dar. So hat bereits Abraham Maslow (1999, S. 62ff), Psychologe und Gründervater der Humanistischen Psychologie, in seinem Buch „Motivation und Persönlichkeit“ festgehalten, dass Bedürfnisse nach Zugehörigkeit und Liebe hervortreten, wenn die physiologischen Grundbedürfnisse und Sicherheitsbedürfnisse einer Person zufrieden gestellt sind. Diese finden Ausdruck durch eine Partnerschaft, Familie und Freunde und sind mit Zuneigung und Zugehörigkeit verbunden. Erst nach der Erfüllung dieser drei grundlegenden Bedürfnisse können weitere Bedürfnisse nach Achtung und Selbstverwirklichung bedient werden. Dabei geht Maslow (1999, S. 62ff) davon aus, dass die Bedürfnisbefriedigung stufenhaft erfolgt und ein Eintreten in eine höhere Stufe der Bedürfnispyramide die Befriedigung der niedrigeren Stufe zur Voraussetzung hat. Das Konzept Maslows erfuhr durch die ERG (Existence, Relatedness, Growth) Theorie der Arbeitswelt von Alderfer (1969, S. 147ff) eine Weiterentwicklung, wobei in seinem Modell unterschiedliche Stufen und ihre Bedürfnisse auch gleichzeitig vorhanden sein, sich also überlappen können. Alderfer integriert die menschlichen Bedürfnisse basierend auf Maslows Theorie in die Stufen „Existence-Needs“, „Relatedness-Needs“, was so viel wie das Bedürfnis nach Verbundenheit oder Beziehung heißt, und „Growth-Needs“. Im Gegensatz zu Maslows Theorie kann nicht nur, sobald ein Bedürfnis befriedigt ist, die nächste Stufe erreicht werden, sondern die Bedürfnisse können in unterschiedlichen Ausprägungen und Anzahl jederzeit präsent sein (ebd.). Was die beiden Modelle gemeinsam haben ist, dass sie beide von den Grundbedürfnissen des Menschen ausgehen, wonach eines das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Bindung nach „Relatedness Needs“ darstellt (vgl. dazu ebd.; Maslow 1999, S. 62ff).

Auch Fromm (2009, S. 19) schreibt, dass das grundlegendste Bedürfnis des Menschen ist, seine Einsamkeit zu überkommen, dabei sieht er sich unabhängig von Zeit und Kultur der Aufgabe gegenüber gestellt, wie er eine Vereinigung erreichen kann. Eine Möglichkeit, welches das Gefühl der Isolation und Abgetrenntheit dauerhaft überwinden lässt, ist die „reife Liebe“ (ebd., S. 19ff). „In der Liebe kommt es zu dem Paradoxon, daß zwei Wesen eins werden und trotzdem zwei bleiben“ (ebd., S. 32). Grau (2003, S. 311) schreibt, dass Partnerschaften einerseits besonders geeignet sind, das Nähebedürfnis erwachsener Personen, welches sich durch Vertrauen, Empathie und Bindung zweier Personen äußert, zu befriedigen. Andererseits können jedoch verschiedene Nähebedürfnisse der Partner bestehen und Nähedefizite durch nicht Erfüllen der Bedürfnisse in Paarbeziehungen zu Konflikten führen und Trennungen nach sich ziehen. Sie weisen außerdem daraufhin, dass ein

Ausbleiben der Erfüllung nach Nähe und Partnerschaft eines Menschen psychische als auch physische Krankheiten begünstigt (ebd.).

Eine qualitative Studie zu dem Thema „Loneliness of people with physical disabilities“ untersuchte die Einsamkeitserfahrungen 274 körperlich beeinträchtigter Menschen durch chronische Krankheit mittels eines Fragebogens und verglich diese mit 319 Menschen ohne Beeinträchtigung. Sie fanden heraus, dass eine körperliche Beeinträchtigung welche eine soziale, psychische und emotionale Herausforderung für die Betroffenen darstellt, sich negativ auf das Einsamkeitsgefühl auswirkt. Während beeinträchtigte Personen höhere Werte bei den Items „Emotional distress“, „social inadequacy and alienation“, und „Self-alienation“ erhielten, fanden sich bei nicht-beeinträchtigten Probanden höhere Werte bei den Items „Growth and discovery“. Somit sahen nicht-beeinträchtigte Probanden im Gegensatz zu beeinträchtigten Probanden die Einsamkeit auch als positive Möglichkeit zu wachsen und Selbstbewusstsein zu erhalten (Lehcier-Kimel/Safarov 2006, S. 687ff).

Das erlebte Einsamkeitsgefühl wirkt sich also, dieser Studie zur Folge, noch gravierender bei beeinträchtigten Frauen als bei nicht-beeinträchtigten aus und unterstreicht damit die Wichtigkeit einer Partnerschaft, welche eine Möglichkeit darstellt, die Einsamkeit zu überwinden. Diese Verbindung stellt nämlich sowohl für nicht-beeinträchtigte Frauen als auch für Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen ein erstrebenswertes Ziel dar und wird auch ein Stück weit mit Normalität im Sinne eines „normalen, glücklichen Lebens assoziiert“ (Eiermann et al. 1999, S. 231). Dass der Weg jedoch zu einem glücklichen normalen Leben ein langer und noch nicht vollendeter ist, zeigt das folgende Kapitel.

Der Weg einer gleichberechtigten Teilhabe im Bereich Partnerschaft körperlich beeinträchtigter Frauen

Während in früheren Zeiten beeinträchtigte Menschen und die Ausübung einer Partnerschaft nicht einmal in Erwägung gezogen wurde, änderte sich dies im Laufe der Jahre.

Ab den 60ern entstand an der Universität Berkeley in Kalifornien eine Gruppe von körperlich beeinträchtigten Menschen um Ed Roberts², die für Gleichberechtigung kämpfte. Mit der an dem Empowerment-Ansatz angelehnten „Independent Living Bewegung“ beeinflussten sie viele andere Länder, indem sie zu Beginn ein selbstbestimmtes Wohnkonzept für beeinträchtigte Menschen entwickelten und ein „Center of Independent Living“ gründeten, welches später um Beratungsmöglichkeiten

² Ed Roberts war der Initiator der Independent Living Movement.

(Peer Counseling) für körper- und sinnesbeeinträchtigte Menschen durch Betroffene erweitert wurden (Theunissen 2001, S. [...]). Der Independent Living Movement ging es um eine Selbstbestimmung beeinträchtigter Menschen durch Selbstorganisation, welches durch das Modell des „Peer Counseling“ Ausdruck fand, wo verschiedene Themenbereiche bearbeitet wurden, wie z.B. auch Sexualität und Partnerschaft (Biewer 2010, S. 145). In Deutschland entwickelte sich im Jahre 1970 ein ähnlicher Zusammenschluss, eine Emanzipationsbewegung mit dem Namen „Krüppelbewegung“ (Theunissen 2001, S. [...]). Im Zuge dieser Behindertenbewegungen wurde auch erstmals in den 1980er Jahren auf die ganz besondere Lebenssituation der Frau mit Beeinträchtigung aufmerksam gemacht und ihre „doppelte Benachteiligung“ zur Diskussion gestellt (vgl. dazu Ewinkel et al. 2002; Radtke 1987; Eggli 1986). Diese Bewegungen bildeten die ersten Schritte, um Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, so auch in Bezug auf die Partnerschaft.

Welcher Bevormundung sich beeinträchtigte Menschen noch in den 70er Jahren ausgesetzt sahen, unterstreicht das Buch „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ der Bundesarbeitsgemeinschaft, in welchem K.-J. Kluge und Leo Sparty mithilfe von Beiträgen von Vertretern unterschiedlicher Wissenschaftsrichtungen als auch behinderter Personen selbst auf die sozialen und sexuellen Ansprüche dieser eingehen. Mit Hilfe der unterschiedlichsten Publikationen zu dem Thema wurde aufgezeigt, dass behinderten Menschen eine befreiende Sexualität, Partnerschaft sowie Eheschließung zugesprochen werden sollte, und wie dies erreicht werden kann (Kluge/ Sparty 1977, S. 6f). In Bezug auf die Ehe eines körperlich beeinträchtigten Menschen stellt Ludwig J. Pongratz Schwierigkeiten dar, welche 1. körperlicher Natur sein können (trotz funktionierender sexueller Möglichkeiten kann die praktische Ausübung erschwert sein als auch alltägliche Handlungsdurchführungen), 2. seelischer Natur (hauptsächlich im Bereich des Selbstbewusstseins zu finden) und 3. Bedingungen der Schwierigkeiten, welche sich durch ihr anderes Aussehen ergeben und Reaktionen in der Gesellschaft hervorrufen. Als Wege der Behebung von diesen Schwierigkeiten nennt er „zuvorkommende Erziehung“, „Eheberatung sowie Therapie“ und „Änderungen der gesellschaftlichen Einstellung“ (Pongratz 1977, S. 204f).

Während man damals diskutierte, ob Menschen mit Beeinträchtigung überhaupt Partnerschaften bzw. Ehen eingehen dürfen, wird dies in der heutigen Zeit vorausgesetzt.

So liest man im vom Österreichischen Bundeskanzleramt herausgegebenen Behindertenbericht (2009, S. 187, Hervorhebung im Original): „Die Betroffenen müssen als sexuelle Wesen, als **Frauen und Männer mit Bedürfnissen**, wahrgenommen werden und auf der Suche nach **Partnerschaft** oder eigener **Familie** aktiv unterstützt werden.“

Eine Weiterführung der Ansätze, Menschen mit Beeinträchtigungen eine gleichberechtigte Teilhabe in allen Lebensbereichen zugutekommen zu lassen, findet sich in dem durch bildungspolitische Strömungen entstandenen Zugang der Integration und der Inklusion, welche ihre Wurzeln im schulischen Bereich haben (vgl. dazu Biewer 2010, S. 151; Hedderich 2006, S. 58). Wobei wie Biewer (2010, S. 151) schreibt, zum Beispiel der inklusive Ansatz sich bereits auf viele andere Lebensbereiche ausgewirkt hat und Anwendung findet. Weiters nennt Hedderich (2006, S. 54) als grundlegenden Wandel im Verständnis von Behinderung eine Loslösung von der Defizitorientierung hin zu einer Kompetenzorientierung im 21. Jahrhundert.

Dass der Weg zu einer gleichberechtigten Teilhabe von beeinträchtigten Frauen gerade bei dem Thema Partnerschaft noch lange nicht abgeschlossen ist, darauf verweist Dinah Radtke im Jahre 2003 auf der Fachtagung „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“ in Nürnberg. In der Dokumentation der Fachtagung schreibt sie, dass zwar seit den achtziger Jahren die Gesellschaft aufgeklärter und sensibler geworden ist, es jedoch noch immer Barrieren gibt, die beeinträchtigte Frauen von der Teilhabe am Gemeinschaftsleben abhalten und es an Möglichkeiten fehlt, andere Menschen zu treffen und kennen zu lernen (Radtke 2003, S. 29).

All die aufgezeigten Bewegungen tragen indirekt oder direkt dazu bei, dass körperlich beeinträchtigte Frauen, genauso wie allen anderen auch, Partnerschaften immer mehr zugesprochen werden und dennoch sehen sie sich noch Barrieren ausgesetzt, die im Zuge der vorliegenden Arbeit aufgezeigt werden sollen.

4. Die Phasen einer Partnerschaft

Eine Partnerschaft ist von verschiedenen Phasen gekennzeichnet, die von den Partnern durchlaufen werden. Auch wenn Partnerschaften interaktive Prozesse darstellen, die sich ständig verändern bzw. bewegen und diese sich grundsätzlich unterscheiden, was das

Wachstum, den Verlauf und das Ende betrifft, lassen sich doch typische Stufen dieser festmachen (Levinger 1980, S. 521):

A) Kennen lernen

B) Aufbau einer Partnerschaft

C) Fortsetzung der Partnerschaft

D) Verschlechterung der Partnerschaft

E) Ende der Partnerschaft, welche durch das Ableben eines Partners, aber auch durch andere Gründe der Trennung erfolgen kann (ebd.,).

Während Phase A von einer Attraktion der Partner füreinander geprägt ist, führt Phase B zu einer Partnerschaft. Phase C beinhaltet die Fortsetzung der Partnerschaft, welche von dem Verhalten und der Einstellung der Partner abhängig ist. In Phase D kommt es zur Verschlechterung der Partnerschaft und führt schlussendlich in Phase E zur Trennung (ebd.,).

Außerdem ist der Aufbau einer Partnerschaft nach Bierhoff/Grau (1999, S. 10) von mehreren Faktoren bestimmt:

- Individuelle Erfahrungen, welche die Partner in bisherigen Beziehungen gemacht haben.
- Es gibt außerdem eine Tendenz, den vorgelebten Bindungsstil der eigenen Eltern zu imitieren.
- Bindungsstil der Partner: Haben die Partner den gleichen Bindungsstil, ähneln sie sich im Verhalten z.B. nach der Suche von Nähe oder Vermeidung dieser?
- „Berufliche Einflüsse“: Es macht einen Unterschied wie sehr die Partner in ihrem Berufsleben eingeteilt sind und wie viel Zeit für eine gemeinsame Freizeit zur Verfügung steht (ebd.,).
- „Familiäre Einflüsse“: Inwieweit wird der Partner von der Familie akzeptiert (Driscoll et al. zit. N. Bierhoff/Grau 1999, S. 10)

Auch konkurrierende freundschaftliche Beziehungen können beim Aufbau einer Partnerschaft eine Rolle spielen z.B. Freunde, welche es nicht gutheißen, wenn an ihre Stelle der Partner tritt, und die früher gemeinsam verbrachte Zeit plötzlich dem Partner zugesprochen wird (Bierhoff/Grau 1999, S. 10)

Mit diesen unterschiedlichen Phasen einer Partnerschaft als auch mit Prozessen und Determinanten der Beziehungsqualität und Stabilität beschäftigen sich so genannte Paartheorien (vgl. dazu Bierhoff/ Grau 2003, S. 1). Die florierende Paarbeziehungsforschung hat

grundsätzlich zwei übergreifende theoretische Ausgangspunkte eingenommen. Einerseits die „evolutionspsychologische“, die davon ausgeht, dass die Wahl eines Partners als auch das Verhalten innerhalb einer Beziehung durch „evolutionäre Anpassungen“, also durch Überlegungen der Fortpflanzung bestimmt ist. Durch die unterschiedlichen Rollen, die Mann und Frau im Fortpflanzungsprozess einnehmen, entsteht die Annahme, dass sie ein grundsätzlich anderes Verhalten bei der Partnerwahl im Bezug z.B. auf Eifersucht und den sexuellen Kontakt an den Tag legen. So bevorzugen zum Beispiel Frauen, wenn sie die Wahl haben, Männer mit eher hohem Status, Männer hingegen eher Frauen mit physischer Attraktivität (Bierhoff/Grau 2003, S. 1f). Andererseits gibt es noch die „kulturelle Perspektive“, welche sich mit sozialen Faktoren beschäftigt und auf eine sozialwissenschaftliche Grundlage zurückzuführen ist. Neben diesen grundlegenden Perspektiven, welche allgemein umfassend eine Reihe von Phänomenen zu erklären versuchen und sich nicht zwangsläufig gegenseitig ausschließen, gibt es auch noch „Theorien mittlerer Reichweite“, welche sich auf ganz spezielle Phänomene der Partnerschaft spezialisiert haben (ebd., S. 1ff). In den folgenden zwei Kapiteln 4.1. „Partnerschaftsanbahnung“ und 4.2. „Partnerschaftsdurchführung“ wird auf Modelle, Theorien und Studien eingegangen, die sich mit dem partnerschaftlichen Erleben als auch mit der Partnerwahl beschäftigen.

4.1. Partnerschaftsanbahnung

Das erste Kennenlernen von Personen entscheidet meist bereits, ob sich diese sympathisch sind und eine soziale Beziehung miteinander eingehen, aus welcher sich in manchen Fällen auch eine Partnerschaft entwickeln kann. Besonders die Attraktionsforschung hat sich mit diesem ersten Eindruck auseinandergesetzt und untersucht Prozesse, welche in dieser Phase stattfinden.

Klein (1991, S. 36) veranschaulicht in einem Modell verschiedene Einflussbereiche, wodurch die Auswahl an möglichen Partnern limitiert wird. Dabei spielen die Faktoren „soziale Schichtung“, „individuelle Bedürfnisse“ und „Marktmechanismen“ eine große Rolle.

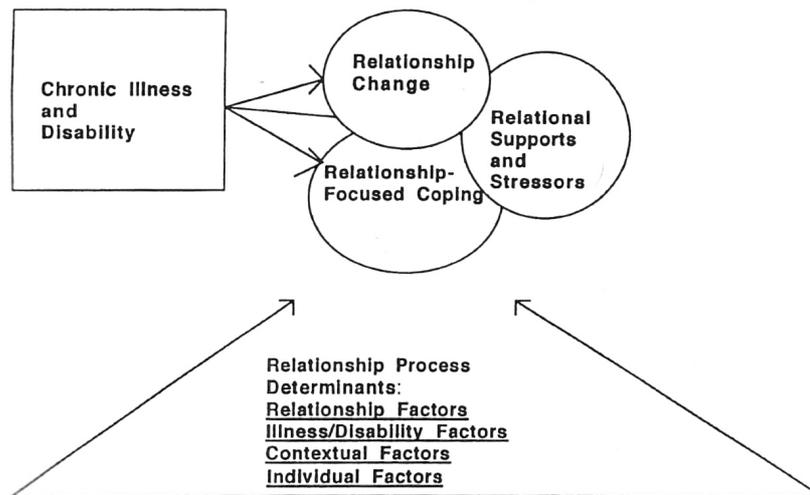


Abb. 1: Verschiedene Variablen, die die Menge potentieller Partner einschränken (Klein 1991, S. 36)

Die soziale Schichtung der Gesellschaft limitiert die Wahl der Partner. So umgeben sich die Menschen meist mit Personen, die in derselben Umgebung wohnen, sich im gleichen Milieu bewegen und/oder die gleichen Ausbildungswege durchlaufen haben und in Folge dessen auch eine Ähnlichkeit in Einstellung und Interesse aufweisen. Auf der Grundlage dieses verorteten Bereiches ist die Wahl des Partners von individuellen Bedürfnissen, der Vorstellungen eines Traumpartners, als auch durch bereits vergebene Partner und den daraus resultierenden Kampf um die begehrtesten Partner und dem eigenen Stellenwert am Partnerschaftsmarkt limitiert. Auch wenn die Partner verschiedene Werte besitzen, wie hoher Status eines Partners und gutes Aussehen des anderen, kann dies als attraktive Verbindung gelten (ebd., S. 35ff).

Die Variable „Prägung“, welche die Vorliebe für einen bestimmten Partnertyp beinhaltet, wobei möglicherweise frühkindliche Erfahrungen mitspielen, und „genetische Ähnlichkeit“, „sind Hintergrundvariablen, deren Wirkweise aus theoretischen Erwägungen unterstellt werden können“ (ebd., 1991, S. 36f).

Aus der vorhandenen sozialen Schichtung und dem Feld der geeigneten Partner in Abgleichung mit unseren individuellen Bedürfnissen und den auf dem Markt verfügbaren Partnern kommt es schlussendlich zur eigentlichen Partnerwahl (vgl. dazu Klein 1991, S. 36). Geht man von diesem Modell aus, spielen also Faktoren wie „soziale Schichtung“ „individuelle Bedürfnisse“ und „Marktmechanismen“ eine Rolle, die gemeinsam in Wechselwirkung stehen, die Personen das Gefühl gegenseitiger Anziehung, einer neutralen Haltung, Sympathie oder aber auch Ablehnung geben (ebd.,).

Mikula und Stroebe (1995, S. 76ff) beschäftigten sich mit Faktoren zwischenmenschlicher Anziehung und teilten dabei Variablen, die für die Entstehung dieser mehrfach untersucht wurden, in vier Gruppen ein. Eine Gruppe davon bildet „Charakteristika der anderen Person“, die denjenigen attraktiv wirken lassen. Im Zuge dieser Einteilung gehen Mikula und Stroebe genauer auf die physische Attraktivität ein, welche neben vielen anderen Vorteilen insbesondere bei heterosexuellen Partnerschaften einen positiven Effekt auf die Anziehung hat. Weiters spielt auch die Bewertung der eigenen Person durch andere eine Rolle, wobei es hier einerseits den Ansatz gibt, dass gegenüber Personen, die einen positiv bewerten, mehr Attraktion entgegengebracht wird und andererseits, dass dies nur der Fall ist, wenn auch die Person sich selbst als attraktiv erlebt (ebd.,).

Eine weitere Gruppe bezieht sich auf „Beziehungen zwischen Merkmalen zweier Personen“, wie z.B. die gleiche Werthaltung oder Einstellung. Davon geht zum Beispiel die „Matching- Hypothese“ aus, die eine Ähnlichkeit im Zuge der Attraktivität der Partner in einer heterosexuellen Beziehung feststellten. Die Autoren weisen weiters darauf hin, dass man den Aspekt der „Verfügbarkeit“, also räumliche und soziale Gegebenheiten, welche die Entwicklung von Beziehungen fördern, „Konkurrenzkampf und Marktprozesse“, wobei die Entscheidung für einen Partner hier aus einer Übereinkunft zwischen dem Wunschpartner und den realistischen Aussichten getroffen wird und „Verträglichkeit“, wie dies z.B. anhand der Austauschtheorie beschrieben wird, dass nämlich die Gleichartigkeit von Partnern beziehungsfördernd wirkt, nicht außer Acht lassen darf. Weiters gibt es jene Gruppe, die „Merkmale des situativen Kontextes“ umfasst. Dabei korreliert die angenehme Atmosphäre mit der Wahrnehmung des Gegenübers als sympathisch, während sich eine unangenehme Situation negativ auf die Beurteilung der Person auswirkt. Die letzte und vierte Gruppe betrifft „Charakteristika des Individuums selbst“, welche Auswirkung auf die ausgestrahlte Attraktivität haben können. Mikula und Stroebe weisen ebenso darauf hin, dass diese Gruppen auch noch erweiterbar sind (ebd.,).

Während das Modell von Klein mehr auf Rahmenbedingungen eingeht, welche eine Partnerwahl begünstigen, kommen Mikula und Stroebe auf die hauptsächlich interpersonalen, zwischen den Personen ablaufenden Prozesse zu sprechen, bei denen auch individuelle Eigenschaften der Personen, welche einen attraktiv oder weniger attraktiv erscheinen lassen, mitspielen (vgl. dazu Klein 1990, S. 36; Mikula und Stroebe 1995, S. 76).

Beeinträchtigte Frauen sehen sich, wie alle anderen Frauen auch, den beschriebenen Variablen, beim Erstkontakt mit möglichen Partnern, ausgesetzt. Sie haben es jedoch aus ihrem

Empfinden heraus schwerer, einen Partner aufgrund ihrer Beeinträchtigung zu finden (vgl. dazu Weinwurm-Krause 1990, S. 116; Taleporos et al. 2001, S. 138f). Die Studie „Physical Disability and Sexual Esteem“ kam zu der Erkenntnis: *„The responses clearly indicated that negative attitudes associated with disability, limit, and in some cases prevent, an individual who has a physical impairment from establishing sexual partnerships“* (Taleporos/ McCabe 2001, S. 138f). In Weinwurm-Krauses (1990, S. 116) Studie „Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter“ gaben 89,9 % von 158 befragten körperlich beeinträchtigten Probanden an, dass eine Beeinträchtigung die Partnersuche erschwert. Als Ursachen für Schwierigkeiten bei der Partnersuche wurden vermehrt „Gründe, die beim Nichtbehinderten angesiedelt werden“ und „Gesellschaftliche Einflüsse“ von möglichen Antworten gewählt und weniger „Gründe, die in der körperlichen Behinderung gesehen werden“ und „Gründe, die in der Persönlichkeit des Behinderten gesehen werden“. In der Kategorie „Gründe die beim Nichtbehinderten angesiedelt werden“ wurde z.B. angekreuzt, dass nicht-beeinträchtigte Personen glauben, durch beeinträchtigte Menschen auch selbst einer Stigmatisierung ausgesetzt zu werden oder, dass diese nicht als attraktive Partner gelten. In der Kategorie „Gesellschaftliche Einflüsse“ wurden geltende Normen der Schönheit und Rollenerwartungen als auch gesellschaftliche Vorurteile, als Gründe für die Hindernisse bei der Partnersuche aus den möglichen Antworten gewählt (ebd., S. 118). Davon einer Erschwerung der Partnersuche ausgegangen werden kann, die eine Beeinträchtigung mit sich bringt, beschäftigte sich die Studie „Dating Issues for Women with Physical Disabilities“, welche in der Zeitschrift „Sexuality and Disability“ publiziert wurde, mit den Unterschieden von nicht-beeinträchtigten Frauen zu beeinträchtigten Frauen beim „Daten“. Bereits im Jahre 1997 untersuchte diese mit Hilfe eines Fragebogens Dating-Aspekte von 250 körperbehinderten Single-Frauen im Vergleich zu 180 nicht-behinderten Single-Frauen. Dabei sollten die Fragen geklärt werden, welche Unterschiede es zwischen den zwei Gruppen gibt und welche Umstände zu einer Fortsetzung der Dates bei nicht-beeinträchtigten Frauen führen. Die Ergebnisse zeigen, dass während Frauen mit einer Beeinträchtigung die größten Bedenken bei einem Date hatten, ob sie attraktiv auf den Partner wirken, Frauen ohne Beeinträchtigung die größte Unzufriedenheit bei geringer Anzahl ihrer Dates erreichten. Der Vergleich der beiden Gruppen zueinander ergab jedoch, dass Frauen mit Beeinträchtigung grundsätzlich negativere Werte erhielten, was ihr allgemeines Wohlbefinden und die Zufriedenheit beim Kennen lernen von Partnern betraf (Rintala et al. 1997, S. 221ff). *„women with disabilities were less satisfied with their dating frequency, perceived more constraints on attracting dating partners, and perceived more societal and*

personal barriers to dating (ebd., S. 239). Die Studie zeigt den präsenten Unterschied auf, den es zwischen beeinträchtigten Frauen und nicht-beeinträchtigten Frauen in Bezug auf das Datedaten gibt, und wie sich eine Beeinträchtigung auf das Selbstwertgefühl auswirken kann (vgl. ebd.,)

Weiter geht aus diversen Studien hervor, dass beeinträchtigte Frauen proportional zu dem Zeitpunkt, an dem sie diese erhielten, später partnerschaftliche Erfahrungen sammelten als Frauen ohne Beeinträchtigung und grundsätzlich älter sind, wenn sie ihre ersten Erfahrungen mit Partnern machen (vgl. dazu Nosek et al. 2001, S. 14; Rintala et al. 1997, S. 228; Howland et al. 2001, S. 47). „Women who were disabled earlier in life tended to begin dating later than women who were disabled later in life or who were not disabled“ (Nosek et al. 2001, S. 14). Rintala et al. (1997, S. 228) fanden heraus, dass das Durchschnittsalter beeinträchtigter Frauen, die auf ein Date gingen, um 15 Monate höher war als bei nicht-beeinträchtigten Frauen. Frauen die ihre Beeinträchtigung bereits in jungen Jahren erhielten, bevor sie noch Kontakt zu Partnern hatten, waren außerdem signifikant älter als beeinträchtigte Frauen bei denen dies nicht der Fall war und nicht-beeinträchtigten Frauen. Außerdem berichteten single Frauen mit Beeinträchtigung vermehrt davon noch nie Geschlechtsverkehr in ihrem bisherigen Leben gehabt zu haben, im Vergleich zu nicht-beeinträchtigten Frauen (ebd.,). Die Studie „Dating Behaviors of Women with Physical Disabilities“ zeigte weiter, dass es eine Rolle für das Dating-Verhalten spielt, ob die Beeinträchtigung von Geburt an besteht oder eine Spätbeeinträchtigung erfolgt. Grundsätzlich gingen beeinträchtigte Frauen in dieser Studie später auf Dates und führten weniger Partnerschaften als Frauen ohne Beeinträchtigung. Weiter war die Unterstützung und das Verständnis der Familie als auch der Freunde und der Gesellschaft ausschlaggebend für die Entwicklung des individuellen Umganges mit Dates. Das Eintreten der Beeinträchtigung direkt in der Pubertät als auch kurz davor ist dabei als besonders kritisch anzusehen. Die Auswirkungen waren sehr unterschiedlich. So führte dies in manchen Fällen dazu, dass Beziehungen erst später eingegangen wurden und ein Aufschieben des ganzen Prozesses stattfand. Andere Frauen der Studie berichten davon, dass sie aus Angst vor dem Alleinsein jedes Date angenommen hätten (Howland/ Rintala 2001, S. 41ff).

Grundsätzlich lässt sich also festhalten, dass beeinträchtigte Frauen eine Erschwernis bei der Partnersuche erleben, und im Gegensatz zu nicht-beeinträchtigten Frauen von einer größeren Unzufriedenheit der gegebenen Möglichkeiten berichten. Einfluss auf das Erleben nimmt dabei das Alter, in dem es zur Beeinträchtigung gekommen ist, als auch das Verständnis und der Umgang von nahe stehenden Personen als auch der Gesellschaft.

4.2. Partnerschaftsführung

Während sich die Attraktionsforschung auf die Partnerwahl konzentriert, geht es in der Partnerschaftsforschung darum, Vorgänge in bestehenden Partnerschaften zu untersuchen, als auch Einflussfaktoren der Qualität und Stabilität von Beziehungen ausfindig zu machen. Die Grenzen der beiden Zugangsweisen sind jedoch fließend und lassen sich unter dem Begriff „Paartheorien“ zusammenfassen (Bierhoff/Grau 2003, S. 1).

Hahlweg (1991, S. 120) geht von einer lerntheoretischen Annahme der Partner aus und spricht vom Familienzyklus als Entwicklungsweg, welcher sich aus unterschiedlichen Etappen zusammensetzt, wie dem „Kennenlernen“, „Eingehen fester Partnerschaften“, „Heirat/Zusammenleben“, „Elternschaft“, „Familienleben mit jungen Kindern, mit Jugendlichen“, „Entlassung der Kinder ins eigene Leben“, „gemeinsames Altern“. Diese Lebensereignisse, welche ein Umgehen und eine Anpassung des Paares erfordern, sind Stressauslöser, welche gemeinsam als Paar und im Idealfall erfolgreich bewältigt werden müssen, um eine befriedigende Entwicklung der Partnerschaft voranzutreiben (ebd.). Weiter nennt Hahlweg (1991, S. 120) noch folgende Stressoren, mit denen sich ein Paar im Laufe seines Lebens auseinandersetzen muss:

- „Unerwartete externe Ereignisse“, welche zu einem Verlust oder einer Veränderung der gewohnt sozialen Umgebung des Paares führen. Dies kann unter anderem durch einen Umzug oder durch berufsbedingte Umstellungen erfolgen und eine Veränderung der Partnerschaft bedingen.
- „Enttäuschte Erwartungen“, welche sich im Verlauf der Partnerschaft herauskristallisieren. Unterschiedliche Bedürfnisse der Partner, welche zu Beginn der Beziehung nicht artikuliert wurden, treten plötzlich auf.
- „Tägliche Kleinigkeiten“, oder Verhaltensweisen wie Ticks, welche durch das wiederkehrende Auftreten für den anderen Partner nicht mehr tragbar sind (ebd.).

Dabei kann davon ausgegangen werden, dass fehlende Kommunikation und Problemlösungsfertigkeiten, welche zu einer unzureichenden Interaktion führen, eine Partnerschaft verschlechtern (ebd.). „Überspitzt formuliert sind es nicht die Differenzen zwischen den Partnern, die eine Ehe zum Scheitern bringen, sondern die Art, wie die Partner mit diesen Differenzen umgehen“ (ebd.).

Unter der Vielzahl von Theorien und Modellen der Paarbeziehung finden sich weiters: soziobiologische Ansätze, strukturell-funktionale Theorien, Austausch- und Investitions-

theorien, Bindungstheorien, familienökonomische Konzepte, Ähnlichkeits- und Komplementaritätsthesen, lern und verhaltstheoretische Ansätze, Belastungs-Bewältigungs-Modelle, Prozessmodelle der Partnerschaftsentwicklung und viele mehr (Schneewind/Wunderer 2003, S. 221; Bender/Lösel 2003, S. 43).

Aufbauend auf den vielen verschiedenen Zugängen und theoretischen Perspektiven der Paarbeziehung versuchen sich Lösel und Bender in einem „Resilienz-Modell“ der Ehe bzw. Paarbeziehung. Sie verstehen im Zuge dessen Resilienz nicht nur als statische Widerstandsfähigkeit des Paares, sondern verweisen auf eine Interaktion von sozialen und personalen Faktoren, die bei der Bewältigung bestimmter Aufgaben und auftretender Probleme von Paaren erfolgt (Bender/Lösel 1998, S. 39). Die Vorteile dieses Vorgehens beschreiben sie folgendermaßen: „*Das Konzept der Resilienz scheint uns für eine Integration insofern besonders geeignet zu sein, weil es flexible Anpassungsprozesse thematisiert, wie sie auf biologischer, psychischer, interpersonaler und gesellschaftlicher Ebene angesprochen worden sind*“ (Bender/Lösel 2003, S. 66).

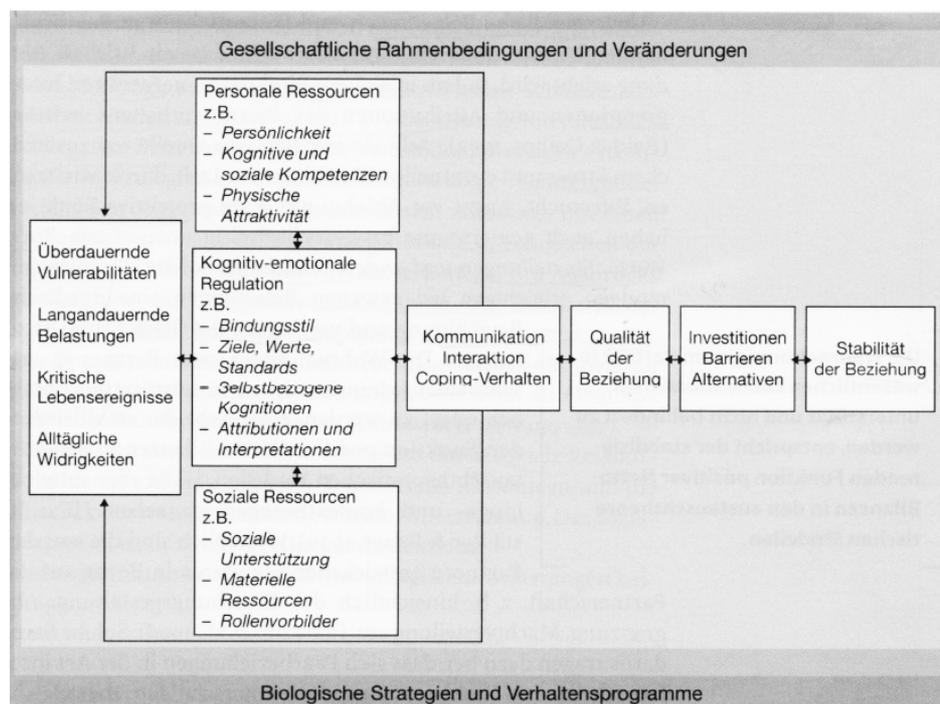


Abb. 2: Resilienz-Modell der Paarbeziehung (Bender/Lösel 1998, zit. n. Bender/Lösel 2003, S. 67)

Das Modell beschreibt auf der linken Seite unterschiedliche Belastungen, mit welchen eine Partnerschaft mitunter umzugehen hat. Diese können tiefgreifender Natur sein, so genannte „Vulnerabilitäten“, welche durch traumatische Kindheitserfahrungen oder aufgrund physischer Unzulänglichkeiten bestehen und auf längere Sicht nicht zu ändern sind. Weiters können auch längerfristige Umstände („langandauernde Stressoren“) oder zeitlich begrenz-

te „kritische Lebensereignisse“ z.B. ein Seitensprung eines Partners als auch „alltägliche Widrigkeiten“ mögliche Herausforderungen der Beziehung darstellen (ebd., S. 66f). Lösel und Bender (2003, S. 67) verweisen darauf, dass diese unterschiedlichen „Stressoren“ nicht zwangsläufig negativ zu bewerten sind sondern auch positive Aspekte beinhalten können. So kann es gerade durch die Bewältigung dieser Belastungen, abhängig von dem subjektiven Umgehen, zu einer Weiterentwicklung in der Partnerschaft führen (ebd.). Auch können Belastungen aus der Partnerschaft selbst kommen, welcher einer negativen Gefühlslage oder Unzufriedenheit eines Partners mit der Beziehung entspringen, also von der rechten Seite oder der in der Mitte liegenden Faktoren, was die Rückkoppelungsschleife des Modells darlegt (Bender/Lösel 1998, S. 41).

Im mittleren Teil des Modells befinden sich zusammenhängende und vermittelnde Faktoren und Prozesse, wie z.B. „Personale Ressourcen“ oder „soziale Ressourcen“ inmitten von Stressoren einer Partnerschaft und der Ehequalität, die sich positiv auf die Bewältigung von Belastungen und der Interaktionsmuster der Partnerschaft auswirken können, aber auch indirekt auf die „kognitiv-emotionale Regulation“ Einfluss nehmen (ebd., S. 45). Während „personale Ressourcen“ individuelle Persönlichkeitsmerkmale beinhalten, können „soziale Ressourcen“ materieller Natur sein, aber sich auch durch den selbst erlebten sozialen Rückhalt äußern (Bender/Lösel 2003, S. 67ff). Die „Kognitiv-emotionale Regulation“ ist von dem jeweils gelebten Bindungsstil der Partner, gemeinsamen Ziele, Vorstellungen und Werte des Lebens, dem eigenen Selbstkonzept, als auch von der jeweiligen Wahrnehmung und Interpretation des Partnerverhaltens abhängig (Bender/Lösel 1998, S. 42ff).

So genannte „Output-Variablen“ für die Partnerschaft finden sich rechts im Modell, welche sich durch das Interaktions- und Kommunikationsverhalten der Partner bei der Bewältigung von Stressoren zeigt (Bender/Lösel 2003, S. 69).

Die Qualität und Stabilität einer Partnerschaft wird durch die links im Modell angesiedelten Faktoren bestimmt, wobei nicht ausgeschlossen wird, dass sich diese aufgrund der Länge der Partnerschaft auch verändern können, also von rechts nach links (ebd.). Das Modell ist weiters umgeben von „Gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Veränderungen“, als auch von „Biologischen Strategien und Verhaltensprogrammen“, da das Erleben und Agieren in der Partnerschaft auch durch „*biologische Verhaltensprogramme und evolutionäre Anpassungsstrategien* mitbeeinflusst werden“ (Bender/Lösel 2003, S. 70, Hervorhebung im Original).

Das Modell weist auf die unterschiedlichsten Faktoren hin, welche eine Partnerschaft beeinflussen können und integriert verschiedene Facetten und Theorien der Partnerschaft. Dabei ist zu beachten, dass Belastungen auch als Entwicklungschance für die Partnerschaft angesehen werden können (vgl. dazu Bender/Lösel 2003, S. 67). Dies unterstützt die Annahme, dass selbst wenn man eine Beeinträchtigung als einen Faktor betrachtet, der eine Beziehung belastet, gerade dieser auch als Weiterentwicklungschance angesehen werden kann für die Partnerschaft.

Mit Veränderungen von Beziehungen, welche durch eine Beeinträchtigung oder chronische Krankheit entstehen können, beschäftigen sich Lyons et al. (1995, S. 16f) in ihrem Buch „Relationships in Chronic Illness and Disability“. In Anlehnung an Newcombs „model of the cohabitation process“ kommen sie auf ein interaktionales Rahmenmodell zu sprechen, das Veränderung von Beziehungen zu Freunden, Familie und Partnern beschreibt (ebd., S. 16).

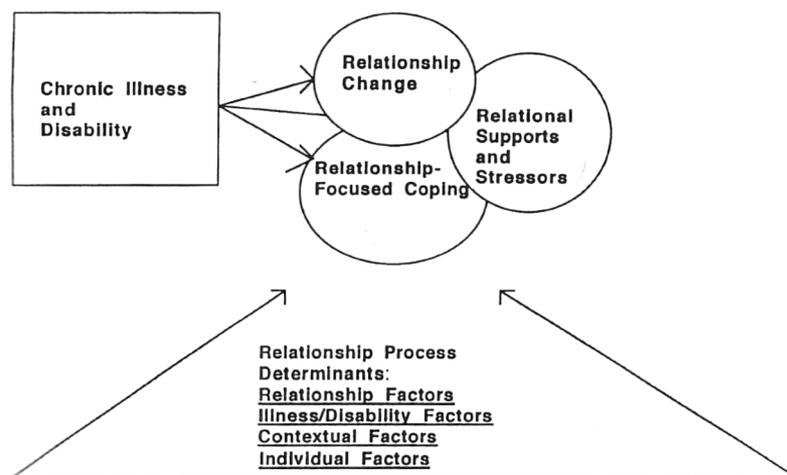


Abb. 3: Relationship Processes: Illness and Disability (Lyons et al. 1995, S. 17)

Die drei beziehungsverlaufenden und interaktiven Prozesse, die entstehen können, „Relationship Change“, „Relationship-Focused Coping“ und „Relational Supports and Stressors“ werden durch weitere Faktoren („Relationship Process Determinants“) bestimmt (Lyons et al. 1995, S. 17) Der Prozess „Relationship Change“ umfasst: „reduced social network size; increased marital and family difficulties; reduced frequency and spontaneity in social contacts; the termination of activity-based (work, leisure, and community) contacts; and difficulties in companionate activity, support, and communication“ (ebd., S. 125) Der Prozess „Relationships-Focused Coping“ wird durch wesentliche Umgestaltung der Beziehungen

aufgrund der Beeinträchtigung oder Krankheit von den Betroffenen selbst, aber auch von Lebensgefährten durchgeführt. Weiter wirkt eine Beziehung bei dem Umgehen mit einer Beeinträchtigung sowohl an einer Unterstützung als auch an Stressoren mit, dies bildet den Prozess „Relational Supports and Stressors“ (ebd., S. 95ff).

Die Faktoren, welche auf diese drei Prozesse einwirken, die so genannten „Relationship Process Determinants“, untergliedern sich in „Relationship Factors“, „Illness/Disability Factors“, „Contextual Factors“ und „Individual Factors“. „Relationship Factors“ beziehen sich dabei auf die bereits vor der entstandenen Beeinträchtigung existierenden und derzeitigen Eigenschaften der Partnerschaft und dem Umfeld, in dem man lebt. „Illness/Disability Factors“ bezeichnen physische und psychische Veränderungen als auch einen Lebenswandel, welcher durch eine Beeinträchtigung entstehen kann. „Contextual Factors“ bezeichnen die soziale und gesellschaftliche Situation, in der sich der beeinträchtigte Mensch wieder findet. Weiter gibt es die Kategorie „Individual Factors“, welche Persönlichkeitsmerkmale des Betroffenen als auch der Bezugsperson bezeichnen (ebd., S. 17). Die Autoren zeigen also im Zuge ihres Modells drei mögliche wechselseitige Beziehungsprozesse auf, die bei Beziehungen entstehen können, welche unter einer Beeinträchtigung geführt werden (vgl. dazu ebd.).

Dass eine Beeinträchtigung eine Herausforderung nicht nur bei der Suche nach einem Partner, sondern auch in der Partnerschaft sein kann, lässt sich auch anhand der „National Study of Women with Physical Disabilities“ erkennen, welche in Amerika durchgeführt wurde und insgesamt 946 Frauen (davon 504 körperlich beeinträchtigte und 442 nicht-beeinträchtigte Frauen) zu dem Thema befragte. Dabei kam die Studie zu dem eindeutigen Ergebnis: „Women with disabilities have limited opportunities to establish romantic relationships“ (Noesk et al. 2001, S. 7). Dieses Ergebnis stützt sich unter anderem auf folgenden Aussagen:

- Die Bedürfnisse beeinträchtigter Frauen Partner kennen zu lernen, wurde als weniger befriedigend erlebt und sie beschrieben größere Unsicherheiten in der Zuschreibung der eigenen Attraktivität.
- Im Vergleich zu nicht-beeinträchtigten Frauen entwickelten sich weniger oft Partnerschaften aus sozialen Beziehungen.
- Auch wenn die Mehrheit der beeinträchtigten Frauen bereits im Laufe ihres Lebens eine Partnerschaft durchlaufen hat, befanden sich aktuell weniger in einer Beziehung, 87% zu 64 %.

- Gründe dafür sahen 42% der beeinträchtigten Frauen im Gegensatz zu 27% nicht-beeinträchtigte Frauen darin, dass sie nicht um ein Date gebeten wurden.
- Die Beeinträchtigung als ausschlaggebenden Grund, der zum Abbruch der Partnerschaft führte, wurde jedoch von wenigen beschrieben.
- Mütter von leiblichen Kindern waren 38% der beeinträchtigten Frauen im Vergleich zu 51%.
- Die Gefahr in unglücklichen Partnerschaften zu verharren, aus Sorge ihre Kinder verlieren zu können, war für Frauen mit Beeinträchtigung eher gegeben (Nosek et al. 2001, S. 7f).

Auch die Studie „Live; Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung“, die in Deutschland durchgeführt wurde, untersuchte die Lebensführung beeinträchtigter Frauen, wobei in drei Forschungsschritten gearbeitet wurde. Zunächst erfolgte eine schriftliche Befragung von 987 körper- und sinnesbeeinträchtigten Frauen im Alter von 16-60 Jahren mit Hilfe eines Fragebogens. Anschließend erfolgte eine Auswahl an Frauen, die infolgedessen an mündlichen Gesprächen teilnahmen, und eine Befragung von Institutionsvertretern. In Bezug auf Partnerschaft gaben die meisten an, dass sie sich einen Partner wünschen, jedoch hatten viele von ihnen Zweifel, ob sie diesen oder den von ihnen gewünschten Traumpartner jemals finden werden (Eiermann et al. 2000, S. 15ff) So schreiben die Autoren: „Auch wenn eine Partnerschaft erwünscht ist, sind dennoch die **Barrieren auf dem Weg zu einer Partnerschaft** hoch“ (ebd., S. 232, Hervorhebung im Original).

Es kam der Gedanke der Zumutung der eigenen Person für den Partner zur Sprache, die Angst vor einer Konfrontation des Partners mit der Behinderung als auch die Vorurteile, die ihnen aufgrund ihrer Behinderung von Männern entgegengebracht werden. Im Gegensatz dazu kamen aber auch, hauptsächlich von Frauen jüngeren Alters mit Beeinträchtigung, selbstsichere Umgangsformen mit den Partnern zum Tragen. Diese Frauen suchten sich ihren Partner aufgrund ihrer Vorstellungen aus und konfrontieren diese absichtlich mit der eigenen Beeinträchtigung, um sich ein Bild von seiner Einstellung machen zu können (ebd.).

Die vorgestellten Modelle, Theorien und Studien zeigen die Vielseitigkeit der Faktoren, die eine Partnerschaft begünstigen oder aber verhindern können, wie dies im Zuge der Attraktionsforschung dargestellt wurde, und mit welchen Einflüssen sich eine Partnerschaft auseinandersetzen muss, wie dies die Partnerschaftsforschung untersucht. Dabei geht es

einerseits um die Persönlichkeitsmerkmale einer Person, als auch um das dyadische Zusammenspiel der Partner und andererseits um an die Person herangetragene Einstellungen und Vorstellungen, als auch Lebens- und Entwicklungsmöglichkeiten, in denen sich sie wieder findet.

Vergleicht man die Theorien, Modelle und Studien miteinander, so lassen sich folgende Dimensionen finden, welche sich auf die Person selbst, aber auch auf ihr partnerschaftliches Verhalten auswirken können.

- Zunächst spielt das Netzwerk, in dem man aufwächst und lebt, eine Rolle. Bei Klein (1991, S. 36) lässt sich dies in der Variable „Prägung“ finden und bei Lyons et al. (1995, S. 17) unter „Relationship Factors“.
- Weiter spielen soziale und gesellschaftliche Einflüsse eine Rolle. Klein (1991, S. 36) spricht von der „sozialen Schichtung“ und den „Marktmechanismen“, die unsere Auswahl an Partnern limitieren, Lösel und Bender (2003, S. 67) von den „gesellschaftlichen Rahmenbedingungen“ und „sozialen Ressourcen“ und Lyons et al. (1995, S. 17) von „Contextual Factors“, also Situations- und Gesellschaftsfaktoren.
- Die Wichtigkeit physiologischer Faktoren lässt sich bei Lyons et al. (1995, S. 17) durch die der „Illness/Disability Factors“ finden, welche Merkmale sind, die sich durch Funktionseinschränkungen und Änderung des Lebensstils ergeben.
- Weiters spielt das dyadische Verhalten, das Zusammenspiel und Zusammenwirken der Partner und ihr individuelles Umgehen, eine Rolle. Dies lässt sich bei Lösel und Bender (2003, S. 69) durch das „Coping Verhalten“ und der „kognitiv-emotionale Regulation“ von Belastungen finden, als auch bei Lyons et al. (1995, S. 17) durch die drei Prozesse „Relationship Change“, „Relationship Focused Coping“ und „Relational Supports and Stressors“ und bei Hahlweg (1991, S. 120) durch die verschiedenen Stressoren, mit denen man im Verlauf einer Partnerschaft konfrontiert wird und wie man mit diesen umgeht.
- Von in der Person liegenden Faktoren spricht Klein (1991, S. 36), indem sie auf „individuelle Bedürfnisse“ verweist. Mikula und Stroebe (1995 S. 76) sprechen von „Charakteristika der Person selbst“. Weiter wirken sich nach Bender/Lösel (2003, S. 67) „Personale Ressourcen“ auf die Partnerschaft aus und Lyons et al. (1995, S. 17) sprechen von „Individual Factors“.

In Anlehnung an die vorgestellten Modelle werde ich mögliche Einflüsse, die auf eine Partnerschaftsentstehung als auch auf eine Partnerschaftsdurchführung bei beeinträchtigten Frauen einwirken, in meiner Arbeit untersuchen.

5. Das Auftreten einer Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensabschnitten

In diesem Kapitel wird auf das Auftreten der Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensphasen und die Auswirkung auf das Partnerschaftsverhalten eingegangen.

5.1. Das Aufwachsen mit einer körperlichen Beeinträchtigung

Ortland fasst die wichtigsten Problembereiche zusammen, welche es körperlich beeinträchtigten Jugendlichen erschwert, ein positives Körperkonzept zu entwickeln. Darunter fallen „negative Körpererfahrungen aus der Kindheit“, eine „geringere Einschätzung der eigenen Attraktivität“, eine „wenig förderliche Erziehungshaltung der Eltern“, „wenig Kontaktmöglichkeiten zu Jugendlichen ohne Behinderung“ und „Stigmatisierung“, die Begegnungen mit nicht-beeinträchtigten Jugendlichen hemmen und die „als gering empfundene Einflussmöglichkeiten auf die bisher genannten Aspekte“ (Ortland 1990, S. 64).

Der Einfluss der Eltern als auch nahe stehender Personen auf das spätere Bindungsverhalten

Um sich das Ausmaß des elterlichen Einflusses auf spätere Partnerschaften körperlich-beeinträchtigter Frauen zu vergegenwärtigen, stößt man zwangsläufig auf die Bindungstheorie, die sich genau dieser Thematik widmet. Die Bindungstheorie, welche ursprünglich von Bowlby entwickelt wurde und sich mit dem Mutter-Kind Bindungsverhalten beschäftigt, wird für folgende Beziehungsprozesse herangezogen, da von einer Beständigkeit des Bindungsverhaltens ausgegangen werden kann, welches über die Lebensspanne bestehen bleibt und somit Auswirkungen auf weitere Bindungen in Partnerschaften von Erwachsenen hat (Schneewind/Wunderer 2003, S. 228). Dies lässt sich zum Beispiel durch den Umstand erklären, dass bei Erwachsenen in Krankheit oder Not das Bindungsverhalten ausgelöst wird, indem sie die Nähe zu Personen suchen, denen sie vertrauen können (Bowlby 2006, S. 204).

Aus der Bindungstheorie entwickelten sich schließlich die Partnerschaft betreffende, unterschiedliche Bindungsstile bei Erwachsenen, welche „infancy – secure“, „avoidant“ oder „anxious/ambivalent“ sein können (Hazan/Shaver 1987, S. 511). Hazan/Shaver (ebd.) kamen in ihrem Artikel „Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process“ zu dem Ergebnis, dass die Bindungstheorie für Partnerschaften im Erwachsenenalter geltend gemacht werden kann. „[...]affectional bonds are formed between adult lovers, just as affectional bonds are formed earlier in life between human infants and their parents“ (ebd.). Die Studie „Romantic Attachment in Individuals With Physical Disabilities“ untersuchte das Bindungsverhalten körperlich beeinträchtigter Menschen in Partnerschaften. Die Studie ergab, dass die Qualität einer Partnerschaft, welche mit der „Dyadic Adjustment Scale“ gemessen wurde, bei beeinträchtigten, wie auch bei nicht-beeinträchtigten Menschen in Zusammenhang mit den unterschiedlichen Bindungsstilen steht. Die Bindungsstile variierten dabei weder zwischen früh- oder spätbeeinträchtigten Menschen noch gegenüber Personen mit keiner Beeinträchtigung (Hwang/Johnston 2007, S. 184).

Das Aufwachsen körperlich beeinträchtigter Frauen bzw. das eigene Umgehen mit der Beeinträchtigung ist maßgeblich von der Einstellung der Eltern sowie auch nahe stehenden Personen, wie Freunden und Verwandten, abhängig.

Eltern, welche meist bestimmte Vorstellungen und Pläne für ihr Kind haben müssen sich, wenn dieses beeinträchtigt zur Welt kommt, neu orientieren. Sie sind meist verunsichert in ihrer Erziehung und welche Forderungen und Erwartungen sie an ihr Kind stellen können. Die Einstellung, die Eltern an dieser Stelle an den Tag legen, ist jedoch von grundlegender Bedeutung für die Weiterentwicklung des Kindes. So kann die Erziehung zur Selbsttätigkeit einen wesentlichen Grundstein für das Selbstbewusstsein bedeuten und das Kind in seiner Selbstständigkeit stärken. Dabei ist es auch nicht förderlich, dass ein beeinträchtigtes Kind von sämtlichen negativen Erlebnissen geschützt wird, denn gerade durch den Umgang und der Bewältigung dieser, kann es sich weiterentwickeln (Diehl 2001, S. 16).

In Bezug auf Kinder mit infantiler Cerebralparese schreibt Kallenbach (2006, S. 76): *„Mangelnde Sicherheit der Eltern in ihrer Beziehung zu dem Kind und unzureichende emotionale Intensität lösen bei dem betroffenen Kind die gleiche Unsicherheit aus und beeinträchtigen es später in seiner eigenen Bindungsfähigkeit“*. Natürlich kann, gerade weil eine sehr intensive Zeit durch Krankengymnastik, Physiotherapie usw. durchgemacht wurde, eine besonders enge Beziehung der Eltern zu ihrem Kind zustande kommen.

Es besteht jedoch die Gefahr, dass sich eine exzessive Bindung entwickelt, welche sich durch ein ängstliches und beschützendes Verhalten der Eltern äußert und zu einer großen Abhängigkeit des beeinträchtigten Kindes führt. Kinder, dessen Bewegungseinschränkung nicht wirklich sichtbar ist, unterliegen auch oft dem Vergleich zu nicht-beeinträchtigten Kindern und fühlen sich mitunter durch diese direkte Gegenüberstellung von ihren Eltern überfordert (ebd., S. 76). Bruner (2000, [...]) spricht von familiären „Ausschlusstendenzen“, die durch Abgrenzung der Eltern dem Kind gegenüber entstehen oder „einschließenden Tendenzen“ der Familie, die es unter allen Umständen behütet und vor verletzenden Situationen beschützen will, aber ihm damit auch den Zugang zu Spielgefährten verwehrt. Besonders wichtig ist, dass Kinder und Jugendliche, welche durch diverse Therapien mitunter ihre körperliche Beeinträchtigung als belastend erfahren haben, woraus Unsicherheiten entstehen können, in ihrer Schulzeit auf Mitschüler und Peer-Groups treffen, mit denen sie beständige Beziehungen aufbauen können (Bergeest et al. 2011, S. 265). In der Pubertät kann das Ausmaß einer Beeinträchtigung sich in besonderer Art und Weise darlegen weil mitunter Freizeitaktivitäten, wie der Tanzkurs, und sonst so selbstverständliche Eingänge ins Leben der Erwachsenenwelt versperrt sind, wie Stein (2003, S. 14) schreibt, bzw. es besonderes Engagement auch von dem Umfeld bedarf, dass hier kein Ausschluss stattfindet.

Auch im Bereich der Sexualität wirken Eltern an der weiterführenden Sozialisation beeinträchtigter Kinder mit (Diehl 2001, S. 16). Im Zuge der Vorstellung einer Examensarbeit der Universität Köln zu dem Thema konnte Diehl (2001, S. 19) als Auslöser für das Wegschieben sexueller Wünsche des eigenen beeinträchtigten Kindes ein „Schonraum-Denken“, welches sich durch Verunsicherung und Ängste der Mütter äußert, ausfindig machen. Manche Eltern blenden die Bedürfnisse nach Sexualität und Liebe ihrer Kinder lieber aus, um nicht in Erklärungsnotstand zu geraten. Viele Frauen wachsen auf und haben dabei keine Ahnung, wie ihre Beeinträchtigung und ob diese überhaupt ihr Sexuellen beeinflusst.

Für das partnerschaftliche Verhalten beeinträchtigter Frauen macht es also einen entscheidenden Unterschied, ob eine Frau in einem Umfeld aufwächst, das es ermutigt, Freizeitaktivitäten nachzugehen und Freunde zu treffen und Eltern davon ausgehen, dass es später einmal einen Partner haben wird, oder ob dies nicht der Fall ist. Kinder, denen sowohl das Gefühl der Wertschätzung entgegengebracht wird und Attraktivität zugestanden wird als auch Sozialkompetenzen vermittelt werden, wird sozusagen das Werkzeug mitgegeben, sich gegen Vorurteile (welche beim Kennenlernen von Partnern auftreten können), besser

zu Wehr zu setzen und entwickeln ein positives Selbstbild. Dieses unterstützt den Kontakt zu Freunden und auch die Partnersuche. Kinder, die eine Überbehütung erfahren oder zu wenig Selbständigkeit erzogen werden und keine Partnerschaft zugesprochen wird, bekommen unterschwellig die Information vermittelt, dass man es ihnen auch nicht zutraut, was sich negativ auf die spätere Entwicklung und somit bei der Partnerfindung als auch -führung auswirken kann (vgl. dazu Nosek et al. 2001, S. 14; Howland et al. 2001, S. 66). Erlebte Barrieren für eine Partnerschaft körperlich beeinträchtigter Frauen hängen also entscheidend von der Einstellung der Eltern und nahe stehender Personen ab, mit denen sich die Frau umgibt bzw. von Erfahrungen, welche sie im Zuge ihrer Jugend macht.

5.2. Im Laufe des Lebens erhaltene körperliche Beeinträchtigung

Frauen, die nicht von Geburt an beeinträchtigt sind sondern diese erst im Laufe ihres Lebens erhalten haben, finden sich in einer grundlegend veränderten Lebenssituation wieder, welche einen Bruch ihrer bisher gelebten Geschichte darstellt. Frauen, die unter dem „weiblichen Normalkonzept“ aufgezogen wurden und ihr gesamtes Leben und ihre Zukunftspläne als auch beruflichen Vorstellungen und Partnerschaften im Einklang mit diesem ausgerichtet haben, erfahren mitunter, dass diese aufgrund der Beeinträchtigung einer Umorientierung bedürfen. An sie werden plötzlich andere Rollenerwartungen gestellt als bisher, sie werden in ihrer Identität als Frauen durch die Beeinträchtigung anders wahrgenommen und haben mitunter auch limitierte Möglichkeiten, ihre zuvor anvisierten Lebenspläne umzusetzen. Eine Beeinträchtigung, die im Laufe des Lebens entsteht, hat somit für betroffene Frauen vorwiegend eine „biografische Zäsur“ zur Folge und bedeutet einen Einschnitt in ihr Leben (Ehrig 1996, S. 53ff). Im Zuge der biografischen Interviews, die von Ehrig durchgeführt wurden, kommt sie zu der Schlussfolgerung, dass für alle befragten Frauen eine plötzlich auftretende Beeinträchtigung eine elementare Veränderung ihres Lebens zur Folge hatte, aber unterschiedliche Bedeutung und Bewertung durch die Frauen erfuhr. So zeigte sich auch ein „kreatives Potential“ aufgrund der Beeinträchtigung, welches ihnen zu einer anderen Sichtweise verhalf und grundlegenden Veränderungen im Denken und Handeln nach sich zog (ebd., S. 322).

Weiters führt mangelnde Aufklärung bei Spätbeeinträchtigten zu Verunsicherung, wie sich die Beeinträchtigung auf ihr späteres Leben auswirken wird. Gerade im partnerschaftlichen Bereich gibt es Unsicherheiten, mit welchen Veränderungen zu rechnen ist (Mösler et al. 2001, S. 33). Wichtige Fragen der Betroffenen wie: „Wie erreiche ich mit meinem/meiner

PartnerIn dennoch ein erfülltes Sexualleben?“ oder „Wie komme ich als behinderter Mensch mit anderen Menschen in Kontakt?“ erfahren keine Antwort (ebd.). Dabei sind dies gerade Fragen, die wahrscheinlich von großem Interesse wären. In dieser Phase ist auch wichtig, den betroffenen Frauen zu vermitteln, dass eine Beeinträchtigung nicht unattraktiv macht, sondern wie Lothar (2007, S. 199) schreibt, es darauf ankommt, ob diese als respektierte Zustand in die eigene Identität integriert und selbstsicher gelebt wird. Selbstsicherheit wirkt sich wiederum positiv auf das Kennenlernen von Partnern aus, was für beeinträchtigte Menschen genauso wie für nicht-beeinträchtigte gilt. Ob es schlussendlich zu einer Partnerschaft kommt, hängt von dem harmonischen Zusammenspiel der unterschiedlichen Lebensvorstellungen der Partner ab. So ist es auch durchaus für Personen optional, mit beeinträchtigten Partnern Beziehungen einzugehen. (Lothar 2007, S. 198f)

Lothar (2008, S. 42) gibt jedoch in seinem Artikel „Verliebt, verlobt, verheiratet... Verdrängt, verpasst, verhindert?“ zu bedenken, dass beeinträchtigte Menschen nur einen beschränkten Zugang zu Lebensbereichen und Ressourcen besitzen, die in unserem Kulturkreis als attraktiv gelten. Er nennt hier u.a. materielle Gegebenheiten, wie zum Beispiel eine eigene Wohnung oder ein regelmäßiges Einkommen aber auch die Teilhabe an Freizeitaktivitäten (ebd.). Dabei ist dies, geht man nach der „Equity theory“, ein entscheidender Faktor, der bei einer Partnerschaftsanbahnung als auch in der Partnerschaft mitspielt, in welcher es um die Ausgewogenheit (Equity) der Beiträge und der sozialen Stellung, die beide Partner leisten und in die Partnerschaft mitbringen, bzw. ob diese Beteiligungen und Erträge von den Partnern als gleich groß wahrgenommen werden, geht. Diese Beiträge müssen nicht, können jedoch, auch materieller Natur sein (Berscheid et al. 1973, S. 171). Dass Frauen einen begrenzten Zugang zur Arbeitswelt haben, zeigt das Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009, S. 230f) in seinem Behindertenbericht. Frauen sehen sich im Zuge dessen mit limitierenden Berufschancen, geringerem Einkommen und weniger Aufstiegsmöglichkeiten konfrontiert (ebd.). Hinzu kommen die Nachteilsausgleichungen als auch spezieller Kündigungsschutz und Zusatzurlaubstage, die Arbeitgeber mitunter auch dazu veranlassen, wenig beeinträchtigte Frauen einzustellen (Ehrig 2003, S. [...]). Oft wird die geringe Teilausgleichszahlung von 232€ bis 345€ stattdessen bevorzugt gezahlt (vgl. dazu Arbeiterkammer online). Bruner (2000, S. [...]) gibt auch zu bedenken, dass ein Beruf und eine eigene Wohnung neben Unabhängigkeit und Autonomie auch vermehrt Organisation mit sich bringt und es einem logistischen Aufwandes bedarf, um Fahrtendienste und Barrierefreiheit am Arbeitsplatz oder Bewilligung von Assistenz zu organisieren.

Festzuhalten ist, dass eine Spätbeeinträchtigung eine Veränderung der individuellen Lebensführung zur Folge hat, welche mit diversen Umstellungen einhergeht und beeinträchtigten Frauen mitunter der Zugang zu einem selbstbestimmten Leben versperrt bleibt, welches wiederum als entscheidender Attraktivitätsfaktor gilt.

5.3. Auftreten der Beeinträchtigung während der Partnerschaft

Tritt eine Beeinträchtigung im Laufe einer Partnerschaft auf, bedeutet dies eine Umstellung sowohl für den Betroffenen als auch für den Partner in ihrer Lebensführung als auch in ihrer Rollenübernahme.

Die Partner stehen vor der Entscheidung, ob sie sich gemeinsam der Herausforderung einer Beeinträchtigung stellen und diese für sie als Paar bewältigbar erscheint oder nicht. Mitunter kommt es nach dem Eintritt der Beeinträchtigung auch zur Trennung. In anderen Partnerschaften hingegen bieten Partner und Kinder Rückhalt und Unterstützung in der Lebensbewältigung der Frau und erhalten damit einen besonderen Stellenwert (Eiermann et al. 2000, S. 233). Die Studie „Dating Behaviors of Women with Physical Disabilities“ berichtet von der Herausforderung, den Kontakt zu Partnern ganz neu zu erlernen, bei Frauen, die ihre Behinderung erst als Erwachsene erworben haben. Frauen in Beziehungen waren mit der Sorge konfrontiert, dass der Partner die Beeinträchtigung als zu große Herausforderung erlebt und schlussendlich dies das Aus der Partnerschaft bedeutet, auch wenn viele Beziehungen wie auch bei nicht-beeinträchtigten Personen beendet wurden. Frauen sahen vermehrt den Grund für den Abbruch der Beziehung in ihrer Beeinträchtigung liegend und, dass der Partner eine nicht-beeinträchtigte Frau bevorzugt. (Howland/Rintala 2001, S. 64ff)

Natürlich gibt es auch Abbrüche der Partnerschaften seitens der beeinträchtigten Frauen, welche wiederum aus Gründen wie auch bei nicht-beeinträchtigten Frauen stattfinden können, aber auch aufgrund von Unverständnis der Partner für die Beeinträchtigung vollzogen werden. „*Sometimes the woman ended the relationship because she was dissatisfied with her partner's reaction to her disability, her partner pitied her or felt sorry for her, or he was too overprotective*“ (Howland/Rintala 2001, S. 64f).

Im Zuge der Auseinandersetzung mit einer Querschnittslähmung schreibt Anke S. Kampmeier (2006, S. 211), dass eine Beeinträchtigung auch nahe stehende Personen dahingehend beeinflusst, dass Veränderungen akzeptiert werden müssen und es einer Erlernung

von Umgangsweisen mit dieser bedarf. Dies betrifft neben der Familie und Freunde auch die Partner. Durch die plötzlich neue Situation kann es zur Verunsicherung und Ängsten des Partners im Kontakt mit dem betroffenen Partner aber auch beim Betroffenen selbst kommen. Eine weitere Herausforderung stellen auch das Reden über die Beeinträchtigung und die damit einhergehenden organisatorischen, aber auch die Beziehung betreffenden Folgen dar. Es kann zu Unsicherheiten kommen, wie heikle Themen zur Sprache gebracht werden sollen als auch dazu, dass der Partner sich nicht mehr zu dem betroffenen Partner hingezogen fühlt und er ihm fremd erscheint (ebd.).

Mitunter können auch geliebte Fähigkeiten und Fertigkeiten des Partners wie körperliche Belastbarkeit, Sportlichkeit, oder aber zusammen erlebte Freizeitaktivitäten nicht mehr durchgeführt werden (ebd.). *„Je näher die Beziehung zwischen einem Angehörigen und dem betroffenen Menschen ist, desto stärker wirken sich die Veränderungen auf die einzelnen Lebensbereiche aus“* (ebd.).

Die Partner stehen vor der Aufgabe, einen Weg zu finden, um sich mit der neuen Situation zu arrangieren und gemeinsam an der Beziehung zu arbeiten, um ein Fortbestehen zu sichern. So kann zum Beispiel eine Beeinträchtigung die Partnerschaft dahingehend verändern, dass die Betroffene sich in einem großen Abhängigkeitsverhältnis wiederfindet. Der Partner übernimmt mitunter die Pflege oder Tätigkeiten, die bisher der andere Partner übernommen hat oder aufgeteilt wurden, wie den Haushalt und das finanzielle Einkommen, als auch den Transport zu diversen Ärzten und Therapeuten, was als Belastung erlebt werden kann. Er wird mit Aufgaben konfrontiert, die vielleicht in seinen ursprünglichen Vorstellungen über die Partnerschaft nicht enthalten waren. Es kann an dieser Stelle zu „*evergrowing imbalance*“ der Partnerschaft kommen, welche manchmal nicht bewältigt werden können (Carolyn 1996, S. 80). Kampmeier (2006, S. 211) schreibt, dass es in der Partnerschaft notwendig ist, gemeinsam zu einer befriedigenden Übereinkunft im Hinblick auf Sexualität und Pflege zu kommen, um ein Weiterbestehen der Beziehung zu gewährleisten. Weiters ist ein Offenlegen der eigenen Gefühlswelt über Furcht, Trauer, Hoffnung usw. notwendig als auch eine Aussprache über gemeinsame Möglichkeiten und Veränderung zur Bewältigung der Situation von großer Wichtigkeit (ebd.). Auch Carolyn (1996, S. 98ff) spricht von „*Open communication*“, welche entscheidend für die erfolgreiche Bewältigung der Situation ist. Auch wenn eine Beeinträchtigung situationsbedingt für beide Partner eine Überforderung bedeutet, kann durch das gemeinsame Bewältigen von Aufgaben und Problemen ein tiefer Zusammenhalt entstehen. Dabei ist es wichtig, dass beeinträchtigte Partner in ihre bisherige Lebensführung und Rolle zurückkommen können und keine

Überbehütung durch den Partner erfahren, weil nur so eine Ausgewogenheit der Partnerschaft weiterhin Bestand hat. Eine Überbehütung durch den Partner kann zu einer Abhängigkeit führen, wobei die Fähigkeiten und Kompetenzen des Betroffenen unterschätzt werden. Beeinträchtigte Partner können genauso ihrer bisher gelebten Rolle nachgehen und dem nicht-beeinträchtigten Partner z.B. halt und Unterstützung bieten. Um mit den Anforderungen und der manchmal vorhandenen Überforderung zurecht zu kommen, ist es wichtig, dass beide Partner sich den erforderlichen Freiraum nehmen, den sie brauchen und sich auch Freunden anvertrauen. Für die Partnerschaft kann es außerdem hilfreich sein, die Hilfe einer Assistenz als Unterstützung für den betroffenen Partner in Anspruch zu nehmen und diesem damit zu mehr Selbstbestimmung zu verhelfen. Auch die medizinische Aufklärung bzw. Anleitungen zu Lebensstiländerungen und Übungsdurchführungen sollte beiden Partnern verständlich gemacht werden, um Ungewissheit und Stress, wie mit der Beeinträchtigung umgegangen werden soll, zu vermeiden (ebd., S. 98ff). Entscheidend ist im Endeffekt, wie die Partner und ob sie gemeinsam mit der Beeinträchtigung leben lernen. Es gilt, Barrieren zu überwinden, um eine bereits bestehende Partnerschaft weiterzuführen und Veränderungen zu akzeptieren, was aber nicht heißen soll, dass diese nicht bewältigt werden können.

6. Barrieren in der Umwelt

6.1. Grundhaltung gegenüber Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung

Eine Grundvoraussetzung, dass eine Partnerschaft entstehen kann, ist die gegenseitige Anziehung der Partner. Eine Anziehung kann jedoch nur dann entstehen, wenn die grundlegende Einstellung zueinander positiv und offen gestaltet ist und nicht durch Vorurteile blockiert wird. Körperbehinderte gelten zwar „als die Beitrittskandidaten in die Gemeinschaft der gesellschaftlich Partizipationsfähigen“, jedoch scheint diese in keine vollwertige Mitgliedschaft überzugehen und manifestiert damit wiederum die Sonderstellung von körperlich beeinträchtigten Menschen (Bruner 2005, S. [...]).

Mit Einflüssen auf die Entwicklungs- und Lebensmöglichkeiten körperlich beeinträchtigter Menschen beschäftigte sich Eva-Maria Weinwurm-Krause in ihrem Buch „Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter“. Die Ergebnisse ihrer durchgeführten

Untersuchung zeigen, dass die „von außen an die Behinderten herangetragenen Wertemaßstäbe und die Lebensumstände eine entscheidende Einflußgröße für ihre (sexuellen) Entwicklungs- und Lebensmöglichkeiten darstellt“ (Weinwurm-Krause 1990, S. 207).

Wesentlichen Einfluss hatten dabei folgende Bereiche:

- „*Institutionelle Erfahrungen,*
- *gesellschaftliche Bewertungsmuster,*
- *Bildungsmöglichkeiten,*
- *Auseinandersetzung mit der Behinderung“ (ebd.,).*

Mit Bewertungsmustern der Gesellschaft setzte sich Cloerkes (2007, S. 104f) in seinem Buch „Soziologie der Behinderten“ auseinander. Er gibt einen Überblick über empirische Studien, welche sich mit Determinanten von Einstellungen gegenüber Behinderten beschäftigen. Dabei stellt sich heraus, dass neben der Art der Behinderung (geistige oder psychische werden grundsätzlich negativer bewertet als körperliche) speziell die Stärke ihrer Sichtbarkeit sowie die Beeinträchtigung der gesellschaftlichen Partizipationsfähigkeit ausschlaggebend für die Einstellung zu beeinträchtigten Menschen sind. Die Schwere der Beeinträchtigung spielt dabei keine besondere Rolle und auch sonst gibt es kaum eindeutige Belege für die Einstellung zu beeinträchtigten Menschen (ebd., S. 105).

Es ist die wahrgenommene Divergenz von gesellschaftlichen Normen, welche die Einstellung als auch die sozialen Reaktionen auf Menschen mit Beeinträchtigung erklären lassen. Bei sichtbaren Beeinträchtigungen wird das Nicht Erfüllen der gesellschaftlich fest verankerten Vorstellungen über Schönheit, Leistung und Gesundheit für die Mitmenschen offenkundig und löst Reaktionen in diesen aus (Wellnitz 2006, S. 288). Ortland sieht dies differenzierter und schreibt: „*Ob ein Merkmal als Behinderung erfahren wird oder nicht, hängt von den Bewertungsprozessen und Anpassungsleistungen aller sozialen Partner in den verschiedenen Situationen ab*“ (Ortland 2008, S. 11).

Während also die Schwere einer Beeinträchtigung nicht unbedingt ausschlaggebend ist für die Einstellung gegenüber beeinträchtigten Frauen, kann dies die Sichtbarkeit der Beeinträchtigung sein, aber auch wie gut die Betroffene im gesellschaftlichen Leben integriert ist und in welchem Umfeld sich dieser wieder findet (vgl. dazu Cloerkes 2007, S. 105; Ortland 2008, S. 11). Wie schon bereits im Zuge des Kapitels 5.2. erwähnt wurde, ist jedoch die gesellschaftliche Teilhabe, wie z.B. durch die Ausgrenzung von beeinträchtigten Frauen am Arbeitsmarkt, behindert. Dass die Sichtbarkeit einer Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung für die Einstellung von Menschen ist, schreibt auch Goffmann (1967, S. 9)

in seinem Buch „Stigma: Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.“ Dabei geht er von drei unterschiedlichen Möglichkeiten eines Stigmas aus, das unter anderem beeinträchtigten Menschen zuteil werden kann. Er spricht von „physischen Deformationen“, „individuellen Charakterfehlern“ und „vererbaren phylogenetischen Stigmata“. Dieser von den Griechen stammende, ursprüngliche Verweis auf körperliche Anzeichen führt dazu, dass Betroffene primär über ein Merkmal wahrgenommen werden, welches sich in negativer Art und Weise der Aufmerksamkeit des Gegenübers aufdrängt und sie in eine Randgruppenposition drängt (ebd., S. 9ff).

In der Beurteilung von beeinträchtigten Frauen spielt auch die gesellschaftlich erzeugte Hierarchisierung von Beeinträchtigung eine Rolle. Der Wunsch nach einer Partnerschaft und Familienbildung wird noch am ehesten bei Frauen respektiert, die ihre Beeinträchtigung durch z.B. ein gesellschaftlich akzeptiertes Verhalten wie einen Sportunfall oder einen Verkehrsunfall erhielten. Frauen, die hingegen von Geburt an oder durch eine Erkrankung beeinträchtigt sind, geben Spekulation zur Annahme eines unkorrekten Verhaltens der Eltern durch Drogen oder Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft, aber auch religiöse, alt eingesessene Betrachtungsweisen spielen immer noch vereinzelt eine Rolle (Bruner 2000, S. [...]).

Dass die Akzeptanz beeinträchtigten Frauen gegenüber mitunter zwar gegeben ist, aber dies noch lange nicht heißt, dass sie als mögliche Partner angesehen werden, verdeutlicht die Studie „Willingness to Engage in Personal Relationships With Persons With Disabilities“, die von der Universität von Texas Pan American durchgeführt wurde. Diese untersuchte die Bereitschaft von 305 nicht-beeinträchtigter Studenten, welche später einmal im Pflegebereich arbeiten werden, Beziehungen unterschiedlicher Art und Weise mit beeinträchtigten Menschen einzugehen. Freundschaftliche bzw. bekanntschaftliche Bindung einzugehen, bewerteten die Studenten am wahrscheinlichsten, gefolgt von der Option, ein Date mit beeinträchtigten Menschen zu haben und schlussendlich der niedrigsten Bereitschaft, eine Partnerschaft oder eine Heirat mit diesen einzugehen. Auch spielte das Ausmaß der Behinderung eine Rolle. Weiters geht aus der Studie hervor, dass die Studenten diese unterschiedlichen Beziehungsformen mit Personen mit leichten Beeinträchtigungen am ehesten eingehen und am wenigsten mit Menschen, welche eine schwere Beeinträchtigung besitzen. Sie nannten in absteigender Reihenfolge zunächst Sinnesbeeinträchtigungen, dann chronische Krankheiten, gefolgt von körperlichen Beeinträchtigungen, kognitiven Beeinträchtigungen und ganz am Schluss psychiatrische Beeinträchtigungen (Miller et al. 2009). Dies verdeutlicht, dass beeinträchtigte Menschen zwar gerne als Freunde ange-

sehen werden, wenn es jedoch um das Thema Partnerschaft geht, nur von wenigen in die Partnerwahl eingeschlossen werden. Dies dürfte an der allgemeinen Grundeinstellung der Menschen liegen, eine Beeinträchtigung als etwas Fremdes wahrzunehmen.

Cloerkes (2007, S. 105) schreibt, dass der Kontakt zu beeinträchtigten Menschen und der Umgang mit diesen zwar die Einstellung beeinflusst, jedoch längst nicht eine positive Einstellung zu diesen hervorruft. Dabei ist zu beachten, dass nicht das häufige Zusammentreffen mit beeinträchtigten Personen entscheidend ist, wohl aber die Intensität des Umgangs, welcher freiwillig und auf einer emotionalen Ebene stattfindet muss, damit es zu einer positiven Einstellung kommt (ebd., S. 147). „Eine ursprüngliche Einstellung tendiert dazu, sich bei Kontakt mit dem Einstellungsobjekt zum Extrem hin zu verstärken“ (ebd.). Cloerkes (2007, S. 148) verweist weiter darauf, dass die Möglichkeit einer Einstellungsänderung über den Kontakt zu beeinträchtigten Menschen in jungen Jahren am effektivsten ist. Raffay (1999, S. 94) schreibt über die meist früh antrainierten Verhaltensweisen durch die Eltern, wie man einem beeinträchtigten Menschen gegenübertritt. Sie schreibt, dass der Kontakt mit Nicht-Beeinträchtigten oft nicht einfach ist, weil lieber weggeschaut wird und Mütter ihre Kinder lieber ablenken, um vermeintlich unangebrachte Fragen dieser zu verhindern (ebd.). Dies ist schon der erste Schritt, eine Beeinträchtigung als etwas zu deklarieren, über das man nicht spricht. Indem man es nicht als etwas „Normales“ seinen Kindern erklärt, gibt man ihnen bereits die Information mit, es ist nicht so, wie es sein sollte.

Bei dem Vergleich zwischen unterschiedlichen Kulturen als auch innerhalb einer spezifischen Kultur lassen sich viele gleichartige Beurteilungen von Andersartigkeit erkennen, wohingegen die Reaktionen welche ausgelöst werden, auf beiden Ebenen variieren und nicht eindeutig bestimmt werden können. Die soziale Reaktion im Bezug auf beeinträchtigte Menschen ist jedoch kulturell eingeschränkt, somit ist sie variabel, aber nicht beliebig (Cloerkes 2007, S. 132). Die bisher aufgezeigten Einstellungsfaktoren von Cloerkes (2007, S. 106) führen ihn zu der Feststellung, dass die Einstellung gegenüber beeinträchtigten Menschen mit einer, wie er sagt „bemerkenswert starren und sehr grundlegenden Haltung“ zu tun haben muss.

Die Grundeinstellung, der sich Frauen mit Beeinträchtigung ausgesetzt sehen, ist also meist tief verankert und lässt sich auch nicht anhand von Ausbildung, Familienstatus oder anderen individuellen Eigenschaften festmachen. Dabei gibt es Menschen, die eine Beeinträchtigung als eine Gegebenheit wahrnehmen, die zu einer Person dazugehört, wie z.B.

ein Muttermal, und wiederum andere, die dies als Freibrief für unangebrachte Kommentare sehen.

Deutlich wird dies anhand folgenden Beispiels: Geifrig (2003, S. 12) schildert eine Situation bei der ihr Partner aufgrund ihrer Beeinträchtigung von einigen Männern angesprochen wurde. Sie fragten ob Renate Geifrig bereits beeinträchtigt war als er sie kennen lernte und als dies bejahte, machten die Männer ihr Unverständnis für ihre Situation kund (ebd.). Sie schreibt: *„Sie hätten für unsere Beziehung gerade noch Verständnis aufbringen können, wenn ich z.B. durch einen Unfall querschnittgelähmt worden wäre, als wir schon zusammen waren, und er mich aus Mitleid und moralischer Verpflichtung nicht hätte verlassen können. Aber so? Wie kann einer aus freien Stücken mit einer Behinderten eine Beziehung anfangen? Wie diese Gruppe Männer denken viele Menschen, wenn es um Beziehungen, Partnerschaften und die Sexualität behinderter Frauen geht. In weiten Teilen unserer Gesellschaft werden Frauen mit einer Behinderung noch immer als geschlechtslose, asexuelle Wesen betrachtet. Die Sexualität behinderter Frauen ist nach wie vor ein Tabu. Eine Behinderung ist nicht mit dem Bild vereinbar, das man sich von einer Traumpartnerin macht. Behinderte Frauen passen nun einmal nicht in das durch Vorurteile überlieferte und von Medien verbreitete Bild einer Person mit erotischer Ausstrahlung“* (ebd., S. 12).

Anhand dieses Beispiels wird deutlich, dass beeinträchtigte Frauen mitunter in bestimmte Rollenklischees hineingedrückt werden, wo eine Partnerschaft keinen Platz findet. Die oben erwähnten Männer können sich nicht vorstellen, dass eine beeinträchtigte Frau eine Partnerin sein kann. Es passt nicht in ihr Bild eines beeinträchtigten Menschen, der als uneigenständig, pflegebedürftig und schwach angesehen wird (ebd.). Stein (2003, S. 14) schreibt von einer beeinträchtigten Studentin, die öfter von einem Mitstudenten angeflirtet wurde. Sie fand ihn sehr sympathisch, bis zu dem Zeitpunkt, an dem dieser folgende Aussage tätigte: *“Mit ihr könne er ja ruhig flirten, da bestünde ja keine Gefahr, dass seine Freundin eifersüchtig würde“* (ebd.). Und selbst wenn Frauen mit Beeinträchtigung einen Partner haben, wird dieser manchmal nicht als Partner wahrgenommen, sondern als Verwandter oder Helfer durch die Gesellschaft identifiziert (Raffay 1990, S. 94).

Abschließend lässt sich sagen, dass die gesellschaftliche Einstellung zu Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung, welche meist tief verwurzelt ist, zu Barrieren in der Akzeptanz dieser als Partnerinnen führen kann. Dass Frauen es dabei mit einer ganz besonderen Randstellung zu tun haben, wird im anschließenden Kapitel näher erläutert.

6.2. Die doppelte Diskriminierung der beeinträchtigten Frau

Köbsell (1993, S. 34) schreibt, dass die Diskriminierung von beeinträchtigten Frauen bei einem Zusammenspiel von Frau-Sein und Beeinträchtigt-Sein ansteigt, also wie durch ein „Prisma“ intensiviert wird. Auch wenn Frauen längst nicht mehr die Diskriminierungen erfahren als dies noch vor 30 Jahren der Fall war, führt der Umstand, eine Frau mit einer Beeinträchtigung zu sein, in manchen Lebensbereichen noch immer zu Benachteiligungen. Während in früheren Zeiten die Bedürfnisse beeinträchtigter Frauen nach einer Beziehung nicht wahrgenommen wurden, hat sich dies im Zuge des Normalitätsprinzips und durch die unterschiedlichen Selbstbestimmt-Leben-Bewegungen, und durch die weiterführende Integration, Inklusion und Kompetenzorientierung geändert.

Da trotzdem noch ein großer Bedarf besteht, das Thema zu behandeln, wird mitunter die ganz besondere Stellung der Frau mit einer Beeinträchtigung zum Thema diverser Kongresse, Fachtagungen und Studien gemacht (vgl. dazu Eiermann et al. 2000; Dokumentation zur Fachtagung „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“ 2003). Dass dies auch weiterhin dringend notwendig ist, zeigt z.B. eine qualitative Untersuchung von Kemper und Treu, welche spezifische Aspekte des Selbst- und Fremdkonzepts von Frauen mit Beeinträchtigung untersuchten. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass wenn es um Partnerschaft geht, die Gesellschaft beeinträchtigte Männer prinzipiell aber auch deren Partnerschaften mit nicht-beeinträchtigten Frauen mehr tolerieren als den umgekehrten Fall. Somit sahen sich vor allem beeinträchtigte Frauen in Partnerschaften wenig Akzeptanz ausgesetzt (Kemper/Treu 2007, S. 126).

Bruner (2000, S. [...], Hervorhebung im Original) sieht das Geschlecht eines Menschen als auch eine Beeinträchtigung nicht als Gegebenheit an, die einem, wie sie schreibt, „kraft seiner >>Eigenschaften<< quasi auf natürliche Weise zuwächst“, sondern erst in speziellen Situationen oder Verhältnissen entsteht und bemerkbar wird, z.B. in der Auseinandersetzung eines Menschen mit baulichen Hindernissen, die nicht überwunden werden können (ebd.). Damit unterliegt eine Beeinträchtigung und das Geschlecht einem sozialen Entstehungsprozess, an dem auch selbst beeinträchtigte Menschen mitwirken (vgl. Brunner 2000, [...]; Brunner 2005, S. [...]) Bruner (2005, [...]) gibt auch zu bedenken, dass sich unsere derzeitige Gesellschaft nicht mehr durch Diskriminierung beeinträchtigter Menschen, sondern durch Integration und Inklusion in unterschiedlichen Bereichen auszeichnet. Diese

veränderte Lebensweise muss berücksichtigt werden, um neue Aspekte der Ausgrenzung von Frauen zu untersuchen (ebd.,).

Dass die Situation sich jedoch nicht grundlegend verändert hat, beschreiben folgende zwei Zitate. Ursula Eggli schreibt in ihrem Beitrag „Meinen Körper vom Zustand des Neutrums befreien“ im Jahre 1999, dass beeinträchtigte Frauen durch Normen und Vorstellungen der Gesellschaft eine größere Ausgrenzung als Männer im Bereich Partnerschaft erleben. (Eggli 1999, S. 101). Jahre später schreibt Grundstein (2004, S. [...]) in ihrem Artikel „Werden behinderte Frauen doppelt diskriminiert?“, dass der Umstand, beeinträchtigte Frauen immer im Hinblick auf ihre Beeinträchtigung zu betrachten und sie als nicht äquivalente Frauen anzusehen, die Konsequenz mit sich bringt, dass sich der Zugang zu einer Partnerschaft und Familiengründung für sie schwierig gestaltet. Sie weist auf die Notwendigkeit einer behinderten Frauenbewegung in Österreich hin, wie sie in Deutschland durch das „Weibernetz“ (Zusammenschluss von beeinträchtigten Frauen) existiert, um die Anliegen beeinträchtigter Frauen besser vertreten zu können (ebd.,).

Dabei sei an dieser Stelle erwähnt, dass Männer es nicht unbedingt schwerer oder leichter haben, einen Partner zu finden, sondern dass sie sich anderen Aufgaben und Rollenmustern ausgesetzt sehen. So schreibt Lothar (2008, S. 27), dass auch viele Männer damit zu kämpfen haben, dem Männerideal, welches bei den Frauen begehrt ist, zu entsprechen. Die Frau ist jedoch anderen Lebensumständen ausgesetzt, die sich von jenen beeinträchtigter Männer unterscheiden. Franz ([...], S. 56) spricht von sechs Lebensbereichen beeinträchtigter Frauen, in denen sie eine Degradierung erfahren, welche ihren Ursprung in dem Verhältnis Selbstbestimmung-Fremdbestimmung und Beeinträchtigung/Geschlecht finden:

- Durch die gesellschaftliche Schönheitsnormen und dem Körperbild
- In der Erwerbsarbeit und in der Ausbildung
- In Liebesbeziehung/Leben in Partnerschaft
- Bei einer Schwangerschaft und als Mutter
- Durch Gewalterfahrungen
- Durch einen Hilfe- und Pflegebedarf beeinträchtigter Frauen (ebd.,).

Ina Stein (2003, S. 4f), Behindertenbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung, verweist unter anderem in ihrem Vorwort einer Fachtagung zum Thema „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“ in Nürnberg auf die Benachteiligung von Frauen im Bereich Partnerschaft und Familie. Ihrer Meinung nach wirkt sich die Tatsache, eine Beeinträchtigung zu haben weitaus extensiver für Frauen aus, welche im Gegensatz zu

behinderten Männern einer doppelten Benachteiligung ausgesetzt sind. Dies erklärt sie mit dem bereits aus der Kindheit mitgegebenen Rollenverständnis, dass eine beeinträchtigte Frau der in der Gesellschaft dominanten Frauenrolle nicht gerecht werden kann. Dies führt schließlich dazu, dass Frauen diese Sichtweise übernehmen und ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen einer Partnerschaft nach Geborgenheit und Zärtlichkeit unterdrücken (ebd.). Weiters wird auch noch heutzutage der Haushalt, die Familienarbeit und ein pflegendes Verhalten als typische Frauenarbeit deklariert. Eine Frau, die ihren beeinträchtigten Mann umsorgt, erfüllt die gesellschaftlichen Vorstellungen der Aufgabenteilung (Ehrig 2003, S. [...]). Während dies als selbstverständlich angesehen wird, wird ein Mann, der sich um seine beeinträchtigte Frau kümmert und diese als Partnerin hat, als aufopfernder, bewundernswerter oder aber als armer Mann, der keine andere Frau gefunden hat, dargestellt. Eine beeinträchtigte Frau, welche sich in einer Beziehung befindet sollte sich, den gesellschaftlichen Vorstellungen entsprechend, genügsam und dankbar zeigen und ihrer Aufgabe entsprechend Familien- und Haushaltsarbeit leisten (Stein 2003, S. 15f). Auch wenn sich im Zuge der Emanzipation der Frau einiges getan hat und die Werte, für die einst gekämpft wurde, sich eingestellt haben, so dürfen Frauen auf eigenen Beinen stehen, Stärke zeigen und sich auch im Berufsleben durchsetzen, bleibt jedoch die Haushalts- und Familienarbeit oft noch immer in den Händen der Frau. Der Mann hilft zwar mit, übernimmt aber nicht den Hauptteil der Arbeit. Dabei ist die Frage zu stellen, ob sich nicht vielleicht sogar durch die Emanzipation und Feminisierung weitere Attribute der leistungsstarken Frau und Allrounderin, die Kind, Job, Sport und Freizeit unter einen Hut bringt, in unseren Vorstellungen der Powerfrau vereint haben, zusätzlich zu den Vorstellungen, die es sowieso schon von Frauen gab. Dazu schreibt Stein (2003, S. 14): *„Männer suchen sich zum überwiegenden Teil eine Partnerin, die Haushalt und Kinder versorgen kann, eventuell auch berufstätig ist und mit der man natürlich und vor allem Dingen repräsentieren kann. Dies alles kann eine behinderte Frau nicht bieten“*. Auch wenn dies Ansichtssache ist, da eine Frau mit Beeinträchtigung genauso Kinder versorgen, berufstätig und repräsentativ sein kann, bedeutet die Erfüllung der erwarteten Vorstellungen, eine große Belastungsprobe. Die Situation der beeinträchtigten Frau in der Gesellschaft wird treffend von Ulrike Schildmann (2000, S. 124) beschrieben, wenn sie schreibt, dass sich die Sozialisation beeinträchtigter Frauen zwischen den Vorurteilen der Gesellschaft und der demokratischen Ausrichtung bewegt, die ihnen gleiche Lebensmöglichkeiten einräumt.

6.3. Das vermittelte Körperbild und die Schönheitsnorm der Gesellschaft

Der Körper erhält in unserer Gesellschaft eine besondere Rolle, indem er als Indikator für Fitness, Schönheit und Gesundheit gewertet wird. So finden wir das gesellschaftlich dominierte Ideal in Werbung, Magazinen und im Fernsehen wieder.

Das Aussehen spielt mehr denn je in unserer Gesellschaft eine Rolle, was vielleicht auch durch die neuen Möglichkeiten der Kommunikation und Konsumgesellschaft einen Auftrieb erhalten hat. Das Vergleichen von Schönheit ist durch Internet und Medien weltweit möglich geworden, Trends verbreiten sich wie ein Lauffeuer über diverse Kommunikationskanäle und die Möglichkeit diverser Schönheitsoperationen, egal ob dies eine Brustvergrößerung, Lippen aufspritzen, Falten glätten oder Haare weglasern darstellt, geben uns kontinuierlich das Gefühl, dem Schönheitsideal ein Stück näher gerückt zu sein.

Dabei sind „auch die Silikonbrust oder der künstlich verlängerte Penis [...] nichts anderes als Prothesen“ (Lutz et al. 2003, S. 13). Jede Frau weiß, dass sie den Schönheitsnormen nicht entsprechen kann, egal ob beeinträchtigt oder nicht. So ist sich auch jede Frau ihrer eigenen körperlichen Makel bewusst und versucht diese auszugleichen. Der Unterschied zwischen beeinträchtigten und nicht-beeinträchtigten Frauen ist lediglich, dass der Versuch, gesellschaftlichen Schönheitsidealen zu entsprechen, unterschiedlich aussichtsreich ist. So wird eine beeinträchtigte Frau immer auch unter dem Aspekt der Beeinträchtigung betrachtet, egal wie nahe sie dem Schönheitsbild auch gekommen ist (Ewinkel/ Hermes 2002, S. 58). Außerdem haben beeinträchtigte Frauen, wie Nosek et al. (2001, S. 11) beschreiben, einen anderen Bezug zu ihrem Körper. Dies ergibt sich einerseits daraus, dass sie wie nicht-beeinträchtigte Frauen ihren Körper den gegebenen Normen aussetzen wie Körpergewicht, Brustgröße und jugendliches Aussehen und andererseits sie zusätzlich durch Rollstühle, Krücken und Deformitäten des Körpers in ihre Körperwahrnehmung beeinflusst werden. Diese behindertenspezifischen Gegebenheiten erfahren von vielen beeinträchtigten Frauen eine gekonnte Kaschierung, z.B. durch Kleidung (Nosek et al. 2001, S. 11f).

Kreilinger (2008, S. 56) beschreibt ein weiteres Problem, dass beeinträchtigten Frauen meist auch die persönlichen und finanziellen Mittel fehlen um dem Schönheitsideal gerecht zu werden, wie z.B. der Zugang in Fitnessstudios eine Kostenfrage ist aber auch eines persönlichen Aufwandes bedarf. So haben z.B. Frauen, die in Institutionen leben und nur begrenztes Geld zur Verfügung haben, oder Frauen ohne Einkommen nicht die Möglichkeit, sich Diäten, Schönheitsoperationen oder dergleichen zu leisten (ebd.,).

Warum Frauen dem Schönheitsideal noch mehr als Männer ausgesetzt sind, lässt sich vielleicht damit erklären, dass Frauen nicht nur miteinander verglichen werden sondern sich auch untereinander vergleichen und damit die Zuschreibung, wer als schön oder nicht so schön gilt, auch noch unterstützen (Ewinkel/ Hermes 2002, S. 58). Dies gilt heutzutage mehr denn je. Frauen haben im Zuge der Sozialisation gelernt, sich untereinander zu vergleichen, bei Männern ist dieser Prozess erst kürzlich ins Rollen geraten. Ewinkel et al. (2002, S. 60) schreiben: *„Unser Verhältnis zu nichtbehinderten Frauen ist ausgesprochen ambivalent. Auf der einen Seite fühlen wir uns ihnen verwandt, auf der anderen Seite stellen sie die Verkörperung der Normen dar, an denen wir scheitern“* (ebd.).

Auch fehlt es an Rollenbildern, an denen sich Frauen mit körperlicher Beeinträchtigung orientieren bzw. mit denen sie sich identifizieren können, so sind sie doch selten in der Mode-, Fernseh- oder in der Zeitschriftenwelt anzutreffen. Einige wenige Versuche gibt es jedoch im Bereich der Kunst oder auch im Film, um auf das Thema aufmerksam und sensibel zu machen, wie dies laut Hermes (2007, S. 76) z.B. durch das beinamputierte Fotomodell Heather Mills passierte, die offen mit ihrer Beeinträchtigung umging und ihren Körper ganz bewusst der Aufmerksamkeit aussetzte. Weiters gibt es Filme, die sich mit Partnerschaften beeinträchtigter Menschen auseinandersetzen, wie der im Jahr 1979 entstandene Dokumentarfilm *„Behinderte Liebe“* von Marlies Graf oder der 2006 entstandene Dokumentarfilm *„Disabled and looking for love“*, auch der 1999 entstandene Film *„the other sister“*, auch als *„Ganz normal verliebt“* bekannt (vgl. dazu Filmkollektiv online). Dabei gibt es auch einige fragwürdige Versuche wie z.B. die Show *„the undateables“*, welche auf BBC im April 2012 startete (vgl. dazu BBC online). Auch wenn der Film und die Künste vielleicht keine adäquaten Rollenbilder für beeinträchtigte Frauen kreieren können, haben sie zumindest den Vorteil, in ihrer Vorgangsweise *„freier und unbefangener, experimentierfreudiger als die Ethik“* zu sein (Lutz et al. 2003, S. 15).

Das Fehlen von Rollenbildern kann auch dazu führen, dass beeinträchtigte Frauen sich dem gesellschaftlichen Klischee ergeben, sich bemitleiden lassen und durch ihre Qualitäten als verständnisvolle Zuhörerinnen als auch durch ihren Intellekt sich Ansehen und Zuwendung holen. Der Wunsch oder aber die Möglichkeit, eine geschätzte Partnerin zu sein, wird zurückgestellt und der Wunsch nach Liebe und Nähe aufgegeben (Plangger 2003, S. 19). Plangger verweist auf Hindernisse, welche sich Frauen mit Beeinträchtigung gegenübergestellt sehen bei der Partnerwahl aber auch innerhalb der Partnerschaft (ebd., S. 19):

- *„Sozialisation und übernommene Glaubenskonstrukte*

- *Gesellschaftlich zugewiesene Lebensräume und -formen*
- *Gesellschaftliche Wahrnehmung*
- *Entfremdung vom eigenen Körper*
- *Schwierigkeiten vor und in der Partnerschaft“* (ebd., S. 20).

Außerdem erfahren beeinträchtigte Frauen im Laufe ihres Lebens immer wieder den Druck der Anpassung, welcher mitunter auch durch die pädagogischen, medizinischen und therapeutischen Vorstellungen stattfindet und versucht, den abweichenden Körper an die Gesellschaft anzupassen. Auch wenn es bereits zahlreiche Gegenbewegungen gibt, welche die „Ästhetik des Andersseins“ in den Vordergrund rücken, Aufmerksamkeit schaffen und zur Diskussion über geltende Normalitätsvorstellungen und Körperwerte anregen, lässt sich nicht sagen, inwiefern es gelungen ist, ein Gegengewicht dieser zu schaffen (Hermes 2007, S. 71ff).

Dass es aber auch durchwegs möglich ist und sich Ansätze finden lassen, beschreibt das Zitat Dinah Radtkes, welche schreibt: „Unsere Normalität ist eine andere als die der Nicht-behinderten“ (Radtko 2001, zit. N. Hofe 2001, S. [...]). Weiters erwähnt sie, dass es für sie ganz normal ist, sich rollend und nicht gehend fortzubewegen und dies für sie eine ganz besondere und spezielle Schönheit beinhaltet. Als Lösungsansatz, um das „gespaltene Körperbewusstsein“ zu überkommen und den eigenen Körper in die eigene Identität aufzunehmen, müssen sich beeinträchtigte Frauen den Vorstellungen und dem Schönheitsgeist der nicht-beeinträchtigten Welt entgegensetzen (Radtko 2001, zit. N. Hofe 2001, S. [...]). Der beeinträchtigte Körper muss also nicht als defizitär erlebt werden sondern kann gerade durch seine erlebte Andersartigkeit zur Besonderheit werden. „Nicht umsonst betonen behinderte Menschen, die von Geburt an mit einer „Behinderung“ leben daß sie ihren Körper gar nicht als Manifestation eines ‚Leids‘, als Ort eines ‚Verlusts‘, erleben.“ (Lutz et al. 2003, S. 14) Ein Körper, der also von den Mitmenschen vielleicht als defizitär wahrgenommen wird, muss dies nicht zwingend von der betroffenen Person. Auch wenn die Einstellungen, welche ihnen entgegen gebracht werden, Einfluss auf ihre eigenen Wahrnehmung und Identität nehmen und beeinträchtigte Frauen oft ein negatives Bild vermittelt bekommen, gibt es auch Frauen, die sich davon abgrenzen können. Barrieren im Hinblick auf das von der Gesellschaft vermittelte Idealbild können entstehen, indem beeinträchtigte Frauen starre Rollenklischees zugeschrieben werden und ihre Person nur auf der Grundlage der Beeinträchtigung betrachtet wird.

7. Selbstkonzept und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen

Das Selbstkonzept beeinträchtigter Frauen ist dahingehend für eine Beziehung relevant, inwieweit sie ihre Beeinträchtigung in ihr Selbstbild aufgenommen haben bzw. wie sie mit dieser umgehen und was sie sich selbst zutrauen. Dabei muss nach Mummendey (2006, S. 158) die Bedeutung des Milieus und der darin bestehenden Interaktionspartner berücksichtigt werden, welche in ständig wechselseitiger Auseinandersetzung mit dem Individuum das Selbstkonzept entwickeln. Die Identität des Menschen setzt sich nach Markowetz (2000, S. [...]) aus der Triangulation von Selbstbild (Wie man sich selbst sieht) vermutetem Fremdbild (Wie man glaubt, dass einen die anderen sehen) und Fremdbild (Wie einen der andere bzw. die anderen tatsächlich sehen) zusammen.

Geifrig (2003, S. 13) schreibt, dass es für Frauen mit einer Beeinträchtigung deshalb so schwer ist, ein Selbstwertgefühl zu entwickeln, weil ihnen bereits von Kindesalter an gelernt wird, dass eine Beeinträchtigung etwas Defizitäres ist und sie diese nach Möglichkeit verstecken sollen. Dies führt schlussendlich zu einem gespaltenen Körperbewusstsein. Es wird gelernt, nur gewisse Teile des Körpers zu schätzen und die Ansicht, aufgrund der Beeinträchtigung unattraktiv zu sein, entwickelt. Diese Einstellung über den eigenen Körper strahlt man in weiterer Folge auch aus, „womit sich der Teufelskreis schließt“ (ebd., S. 13).

Kemper und Treu (2007, S. 150f) untersuchten das Selbst- und Fremdkonzept von Frauen mit Behinderung. Im Hinblick auf das „emotionale Selbstkonzept“ kamen sie zu dem Ergebnis, dass das Alter, in dem die Beeinträchtigung erworben wurde, die Beeinträchtigungsform und die Schwere dieser in Kombination mit dem Ausmaß der Sichtbarkeit, das Umfeld des Betroffenen sowie die tatsächliche physische Einschränkung dieses beeinflusst. Zunächst wirkte sich die körperliche Beeinträchtigung sowohl bei früh- als auch spätbeeinträchtigten Frauen negativ auf das emotionale Selbstkonzept aus, was sich jedoch im Laufe der Zeit änderte. Sie gewannen an Selbstbewusstsein und kamen zu einem „positiven emotionalen Selbstkonzept“. Eine Beeinflussung des „körperbezogenen Selbstkonzeptes“ verlief ähnlich, war jedoch bei Spätbeeinträchtigten durch den direkten Vergleich mit ihrem Leben vor der Beeinträchtigung und ihrer damaligen körperlichen Fähigkeiten erschwert (ebd.).

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass eine Beeinträchtigung nicht als eine Einschränkung wahrgenommen werden muss, wie dies schon in Kapitel 6.2. kurz angesprochen wurde. So schreibt Leyendecker (2006, S. 40), könne sich ein körperlich beeinträch-

tigter Mensch, auch wenn eine Einschränkung vorliegt, als nicht-beeinträchtigt erfahren und sich so wiedergeben. Dorothee Kienle (2010, S. 189), die selbst eine Muskeldystrophie hat, schreibt: *„Mensch sein ist nicht einfach, weder für Behinderte noch für Nicht-Behinderte. Für mich bedeutet es vor allem, Mit-Mensch zu sein und seinem Leben den Sinn zu geben, der einen als Menschen glücklich macht - tatsächlich glücklich. Manchmal begegnen mir (vorzugsweise ältere) Menschen mit den Worten 'Ach Sie Arme!'. Was meinen die nur? Ich bin glücklich - tschuldigung!“* (Kienle 2010, S. 189).

Aber es gibt auch weniger geglückte Versuche, die Beeinträchtigung in das eigene Selbstbild zu integrieren. Ehrig (1996, S. 329) kommt in ihrem Buch „Verminderte Heiratschancen oder Perspektivengewinn“ und der von ihr durchgeführten Biografieforschung unter anderem auf den Aspekt der Beeinflussung der Rollenvorstellung der Frau auf die Partnerschaft zu sprechen. Dabei übernahmen die Frauen die stigmatisierenden Klischees, dass eine Beeinträchtigung zur Verringerung des Marktwertes auf dem Partnermarkt beiträgt. Sie hatten Zweifel und waren verunsichert, auch schraubten sie ihre eigenen Bedürfnisse in Bezug auf eine Partnerschaft hinunter bis hin zum vollkommenen Wegschieben dieser. Eine der Interviewpartnerinnen glaubt, dass sie durch ihre erworbene Behinderung keine Chancen auf eine Heirat mehr hat, eine andere wiederum verweist auf das Tabu von Partnerschaften von Beeinträchtigten mit Nicht-Beeinträchtigten und den eigenen Ängsten, die hier zum Tragen kommen (ebd., S. 329). Passend dazu findet sich folgendes Zitat: *„Was ist heute eine Frau wert, die weder gute Hausfrau noch flotte Geliebte sein kann? Heute muss man jung, dynamisch, sportlich, schick und vor allen Dingen leistungsfähig sein, um in der Gesellschaft akzeptiert zu werden. Wie sollen sich da behinderte Frauen zurechtfinden, Selbstwertgefühl und Selbstbewusstsein entwickeln?“* (Stein 2003, S. 14).

Eine Partnerschaft einzugehen und diese vor anderen zu leben scheint vor allem mit Angst, nicht akzeptiert zu werden und eine Belastung für jemanden anderen zu sein, einherzugehen. Daher ziehen sich beeinträchtigte Frauen auch mitunter selbstlos aus einer Partnerschaft zurück, weil sie keinem anderen Menschen ihre Beeinträchtigung zumuten wollen. Wildbahrer (1982, S. [...]) schreibt, dass sie beim Ausbruch ihrer Muskelerkrankung die Beziehung zu einem Partner, der sie heiraten wollte, beendete weil sie der Gedanke der Verschlechterung ihrer progressiven Erkrankung sehr belastete. Selbstlos verzichtete sie auf die Partnerschaft, um ihm die Möglichkeit zu geben, eine Familie mit einer anderen Partnerin verwirklichen zu können (Wildbahrer 1982, S. [...]). Ein aktuelleres Beispiel findet sich in einem Interview der Zeitschrift „dummy“, wo eine Frau mit Ataxie in einem

Interview berichtet: *„Wenn ich verliebt bin, dann frag ich mich oft, ob das sein und ich dem Ganzen auch eine Chance geben darf, weil ich durch meine fortschreitende Krankheit demjenigen oder mir später einmal Kummer bereite. Das will ich nicht. Ich will auch nicht, dass jemand denkt, er müsse sich um mich kümmern, weil ich in diesem Ding hier sitze“* (Strittmatter 2011, S. 55).

Diejenigen, die jedoch diese Barrieren überwinden, berichten von befriedigenden, erfüllenden Partnerschaften in der Studie „National Study of Women with Physical Disabilities“ (Nosek et al. 2001, S. 6). *„What we also found is that many women with disabilities have overcome the effect of those stereotypes and have had wonderful success in developing relationships, families, and satisfying lives“* (ebd.). Außerdem fanden sie heraus, dass das Selbstbewusstsein stärker von sozialen und umfeldbedingten Faktoren beeinflusst wird und ganz besonders von der Kombination gewisser Umstände als von der Tatsache, eine Beeinträchtigung zu haben. Unabhängig davon, ob die Beeinträchtigung stark oder schwach ist oder eine Früh- oder Spätbehinderung bestand, aber auch der individuelle Werdegang durch Ausbildungen und Beruf wirkte sich nicht wirklich prägnant auf das Selbstwertgefühl aus, jedoch tat dies das Zusammenwirken vieler Faktoren. Eine positive Kombination, bei der eine Frau in einer Beziehung lebte, arbeitete oder in Freizeitaktivitäten eingebunden wurde, begünstigte ein höheres Selbstbewusstsein. Im Gegensatz dazu wirkte sich ein Fehlen der Eingebundenheit in soziale Prozesse (wenn keinem Beruf nachgegangen wurde, ein Fehlen einer Partnerschaft) aber ganz besonders wenn Frauen Opfer von Missbrauch wurden, im Vergleich zu nicht-beeinträchtigten Frauen deutlich negativer auf das Selbstbewusstsein aus. Beeinträchtigte Frauen sahen sich stärker beeinflusst von folgenden drei Faktoren: 1) der Arbeit; 2) ihren Beziehungen; 3) Missbrauch, als auch die Akzeptanz der Familie kann als Faktor gewertet werden. Einfluss auf das Selbstbewusstsein nahm, ob die Familie den Frauen zustand, dass sie einmal in Partnerschaften oder selbstständig leben könnten. Den stärksten Effekt auf das Selbstbewusstsein von allen möglichen Einflüssen hatte jedoch der Missbrauch (ebd., 2001, S. 11). Auch gibt es den umgekehrten Effekt, dass nämlich Frauen mit Beeinträchtigung aufgrund ihres niedrigen Selbstwertgefühls in missbräuchlichen Partnerschaften bleiben. Die qualitative Studie „I Thought I was Less Worthy“: Low Sexual and Body Esteem and Increased Vulnerability to Intimate Partner Abuse in Women with Physical Disabilities“ fand heraus, dass vor allem Frauen mit schwereren körperlichen Beeinträchtigungen, die sich alleine fühlten, mit wenig Selbstwertgefühl und limitierten Möglichkeiten, Partnerschaften einzugehen, vermehrt Missbrauch in Partnerschaften tolerierten, weil sie dies dem Alleinsein vorzogen.

Auch gingen sie vermehrt missbräuchliche Beziehungen ein und blieben in diesen (Hasouneh-Phillips et al. 2005, S. 238). Da Missbrauch eine eigene Thematik für sich darstellt und den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, wird auf dieses Thema nicht weiter eingegangen. Wichtig ist jedoch zu sehen, dass Frauen mit Beeinträchtigung mitunter ein gespaltenes Körpergefühl entwickeln können, was wiederum eine Barriere für eine Partnerschaft darstellt.

Manche beeinträchtigte Frauen erleben ihren Körper auch als defizitär durch Erfahrungen der Anpassungen, wie sie durch medizinische Vorgehensweisen aber auch durch Physiotherapie oder Behandlungskonzepte wie Bobath³ oder das Vojta-Prinzip, Ergotherapie und sonstige Therapiemöglichkeiten erfolgen (Hermes 2007, S. 71). Dabei kann die Krankengymnastik, welche mitunter auch als sehr unangenehm empfunden werden kann, dazu führen, dass in weiterer Folge körperlicher Kontakt als belastend erlebt wird (Plangger 2003, 21). Schwierigkeiten, ein positives Körpergefühl zu entwickeln, ergeben sich auch daraus, dass der Körper meist durch diverse Therapien und Hilfestellungen immer wieder von fremden Personen angefasst werden muss und somit ein Eindringen in die Intimsphäre stattfindet. Der Intimbereich eines Menschen, der uns wie ein beschützender Kokon umgibt, wird auch als „bubble“ bezeichnet. Die Blase gibt uns Sicherheit und bietet Schutz, weshalb wir einer halben Armlänge Abstand halten zu Personen, die nicht in unsere intimen Bereiche eintreten sollen (Birkenbihl 2009, S. 139f). In manchen Fällen entsteht jedoch ein Eindringen in diesen, ohne dass darüber entschieden werden kann (vgl. dazu Egli 1999, S. 100). So sind viele Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung auf Hilfe angewiesen, welche neben sozialer Betreuung und hauswirtschaftlichen Tätigkeiten auch Körperpflege und sexuelle Hilfestellungen beinhaltet. In Bezug auf die Assistenz schreibt Plangger (2003, S. 22), auf ihren eigenen Erfahrungen beruhend, dass diese einerseits hilfreich sein kann, um ein selbstbestimmtes Leben zu führen und Möglichkeiten in einer Partnerschaft eröffnen. Andererseits gibt sie jedoch zu bedenken, dass die Assistenz durch die ständige Anwesenheit der Intimität einer Partnerschaft entgegen wirken kann (ebd., S. 22). Frauen, die in Institutionen leben und eine schwerwiegende Beeinträchtigung besitzen, sind einer besonderen schwierigen Situation ausgesetzt, ihre Intimität zu bewahren.

³ Behandlungskonzepte wie Bobath oder das Vojta Prinzip sind neurophysiologisch orientierte Bewegungstherapien welche sich durch krankengymnastische Behandlungsformen auszeichnen (Kallenbach 2006, S. 79).

Dazu schreibt Stefan Zettels in seinem Beitrag „Zwischen Pflege und Distanz“ über die Problematik der schlechten Ausbildung bzw. nicht Thematisierung des Bereichs Sexualität in Krankenpflegerberufen und der Gratwanderung, Frauen zu pflegen und sie als geschlechtliche Wesen wahrzunehmen in Kliniken und Pflegeeinrichtungen (Zettel 2003, S. 81ff). Ursula Eggli schreibt, dass man als beeinträchtigte Frau nur begrenzt bestimmen kann, wer einem Hilfestellungen anbietet, somit ist die Selbstbestimmung eingeschränkt. Auch wenn nahe stehende Personen einem helfen, können diese mitunter in den Intimbereich vordringen, der eigentlich nur Partnern vorbehalten ist (Eggli 1999, S. 100). Im Zuge dessen stellt es einen Drahtseilakt dar, auf körperlicher Hilfe angewiesen zu sein und dabei die Selbstbestimmung nicht zu verlieren (ebd., S. 103).

8. Physiologische Barrieren körperlich beeinträchtigter Frauen

8.1. Barrieren im öffentlichen Raum

Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung sind auch baulichen Barrieren im öffentlichen Raum ausgesetzt. Diese erschweren neben vielen anderen Bereichen auch die Freizeitgestaltung, wo man Partner kennen lernen könnte. Auch wenn die erste Kontaktaufnahme im Zeitalter der Telekommunikation über das Internet und diverse Plattformen, die für die Partnerwahl zur Verfügung stehen, wie <http://www.handicap-love.de/>, <http://www.myhandicap.ch/>, <http://www.cebrex.ch/>, <http://www.schatzkiste-partnervermittlung.eu/> oder <http://www.flirt-projekt.de/>, erleichtert wird, bildet dies nur den ersten Einstieg, um Partner kennen zu lernen. Ein Treffen können diese jedoch nicht ersetzen. Weiters werden durch bauliche Barrieren des öfteren Unternehmungen in der Partnerschaft limitiert. Eine Limitierung äußert sich dadurch, dass darauf geachtet werden muss, ob der Zielort als auch der Weg dorthin barrierefrei sind. Egal ob es die Stufen in einer Diskothek sind oder die viel zu engen Toiletten in einem Restaurant, viele Aktivitäten sind mit einem erhöhten Aufwand für beide Partner verbunden, manche Orte auch vollkommen unerreichbar. Die selbst an der Rheumakrankheit Fibromyalgie erkrankte Autorin Chance (2002, S. 200) schreibt in ihrem Artikel „To Love And Be Loved: Sexuality And People With Physical Disabilities“: “It can be wearying to spend part of every date anticipating problems, such as whether the restaurant is accessible [...]“. Bauliche Barrieren können dabei nicht nur ein großes Hindernis für die Teilhabe von beeinträchtigten

Frauen darstellen sondern zur Ausgrenzung ihrer ganzen Familie führen, weil gemeinsame Freizeitaktivitäten als auch Urlaube eine Einschränkung erfahren (Hermes 2007, S. 215). Dabei bedeutet für Hermes (2007, S. 215) Zugänglichkeit nicht nur Partizipation, also die Teilhabe an Unternehmungen, sondern auch die Möglichkeit der Wahl, welche Aktivitäten wann ausgeführt werden. Abhilfe können neben baulichen Bestimmungen auch Fahrten-dienste oder Assistenten schaffen, welche wie Franz ([...], S. 136) schreibt, Frauen mit Beeinträchtigung bei einer unabhängigen Alltagsbewältigung helfen sollen und dies auch von der Mehrheit so erlebt wird.

Für viele Frauen ist also die Teilhabe am öffentlichen Leben nur dann möglich, wenn sie fremde Hilfe in Anspruch nehmen oder sich mit praktisch unüberwindbaren Hindernissen auseinandersetzen, was zur Folge hat, dass auch viele auf die Teilnahme verzichten, weil jede Unternehmung einen zusätzlichen Aufwand bedeutet (Hohenester 1994, S. 80). Eine Beeinträchtigung zu haben bedeutet nämlich, immer wieder mit den Auswirkungen dieser konfrontiert zu werden und sich tagtäglich mit diesen auseinanderzusetzen, wie zum Beispiel eine Querschnittslähmung bedeutet, dass nicht mehr alle Orte besucht werden können, weil vielleicht Wohnungen nur durch Treppen erreichbar sind (Lothar 2007, S. 16). Die Anerkennung dieser Einschränkungen, welche sich aus der Beeinträchtigung ergeben, als auch die Trauer darüber, sieht Lothar als wichtigen Schritt an, um diese schließlich anzunehmen. Weiters werden auch nahe stehende Personen wie potentielle Partner oder bereits bestehende Partner die Beeinträchtigung genauso annehmen wie die betroffene Frau dies selbst tut (ebd., S. 18). Es kommt also auch darauf an, inwieweit beeinträchtigte Frauen Barrieren als mögliche Hindernisse selbst erleben und zulassen, dass diese sie z.B. von der eigenen Freizeitgestaltung in der Partnerschaft abhalten. Es spielt auch eine Rolle, inwieweit man bereit ist, Hilfe anderer anzunehmen und nach dieser zu fragen, als auch ob es Menschen im Umfeld gibt bzw. Partner, die sich durch mögliche Hindernisse nicht abhalten lassen, gemeinsam Zeit zu verbringen.

8.2. Einflüsse auf das sexuelle Erleben körperlich beeinträchtigter Frauen

Dass Partnerschaft mit Sexualität einhergeht zeigt sich unter anderem in der Studie von Eva-Maria Weinwurm-Krause, wo 158 körperlich beeinträchtigte Menschen zu grundlegenden Fragen der Sexualität befragt wurden. Für 79,7 % der Befragten ist an eine Partnerschaft die Erwartung und die Vorstellung einer sexuellen Befriedigung geknüpft, wobei nur 20,3% von ihnen dies als keinen entscheidenden Faktor für eine Partnerschaft ansahen

(Weinwurm-Krause 1990, S. 122) Dies verdeutlicht, dass eine Partnerschaft für die meisten Probanden in dieser Studie mit sexuellem Kontakt einhergeht und nicht davon getrennt gesehen werden sollte (vgl. ebd.). Sexualität ist dabei nicht nur als das Durchführen des Geschlechtsaktes zu verstehen, sondern gilt als Überbegriff für jeden befriedigenden Körperkontakt. Beier/Ahlers (2003, S. 201f) schreiben, dass sich die Sexualität des Menschen nicht nur als rein körperlicher Akt fassen lässt sondern als „biopsychosoziales“ Phänomen verstanden werden muss. *„Sexualität ist ein Erlebensbereich, in dem der Mensch – im Sinne seiner grundlegenden Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit – auf eine intensive, unmittelbare und sinnlich einzigartige Weise mit anderen Menschen in Beziehung treten kann: Sie ist auf Partnerschaft, auf „Wir-Bindung“ hin angelegt und bringt, selbst wenn dieses Ziel verfehlt wird, immer etwas Soziales zum Ausdruck“* (ebd., S. 201f). In diesem Erlebensbereich spielt jedoch der Körper eine zentrale Rolle. Je mehr man sich mit seinem Körper identifizieren kann und ihn schätzt und liebt, umso sicherer kann man sich in der Gegenwart eines anderen geben. Wird der eigene Körper als defizitär erlebt, wird man auch Hemmungen haben, zu diesem zu stehen und Barrieren gegenüber Partnern aufbauen.

Für viele beeinträchtigte Frauen ist es schwer bzw. sie bemerken erst im Laufe der Zeit durch intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, dass dieser lustbereitend und schön ist. So kommt es oft vor, dass ein sich selbst Streicheln oder Berühren großer Überwindung bedarf. Um eine körperliche Identität zu entwickeln ist es jedoch wichtig, den eigenen Körper anzunehmen und diesen mit guten Gefühlen zu besetzen. Weiters ist es wichtig, um ein positives Körpergefühl zu entwickeln, dass Schamgrenzen akzeptiert werden, was oft jedoch aus organisatorischen Motiven in der Umsorgung der Frauen ignoriert wird. Dies kann sich zu Hause als auch in Einrichtungen abspielen, wo Frauen die Hilfe von Menschen annehmen müssen bzw. sich berühren lassen müssen, ohne dass sie wirkliches Mitspracherecht haben (Geifrig 2003, S. 15; vgl. dazu auch Kapitel 8). Zettel (2003, S. 85) schreibt, dass das Thema Sexualität in unserer Kultur besonders mit Schamgefühlen verbunden ist, was wiederum den Grund hat, dass über Sexualität normalerweise nicht gerne gesprochen wird. Durch diese Tabuisierung kommt es vermehrt dazu, dass sexuelle Probleme selten diskutiert bzw. manchmal auch bagatellisiert werden (ebd., S. 85). Viele Frauen wissen oft gar nicht genau, wie sich eigentlich ihre Beeinträchtigung auf ihr Sexualleben auswirkt und ob dies anders ist als bei anderen. Einerseits wird in der Gesellschaft vermittelt, dass man über das eigene Sexualleben nicht redet und auf der anderen Seite findet, wie Ortland (2008, S. 23) schreibt, eine Vermittlung eines „Sexualitäts-Ideals“,

welches immer unter der Perspektive der Leistung betrachtet wird, statt. Sie sieht diese Tatsache in Kombination mit einem übertriebenen Körperkult als Gefahr an, Menschen mit Beeinträchtigung aus dieser Thematik auszuschließen (ebd.,). Auch wenn das Recht auf Sexualität körperlich beeinträchtigten Frauen noch eher als geistig beeinträchtigten Frauen zugesprochen wird, gehört es noch immer zu einem der am häufigsten verdrängten Themen. Dieses Verdrängen entspringt der Interaktion zwischen beeinträchtigten Menschen und nicht-beeinträchtigten Menschen und beginnt schon bei kleinen Dingen wie dem Vorhandensein von Männer-, Frauen- und Behindertentoiletten. Es erfolgt eine geschlechtlich neutrale Darstellung von körperlich beeinträchtigten Menschen, welche das Bild vermittelt, dass Menschen mit Beeinträchtigung keine Sexualität haben (Schönwiese 1994, S. 103f).

Gerade aus diesem Grund geht Barbara Ortland (2008, S. 9f) in ihrem Buch „Behinderung und Sexualität“ auf eine spezifische Sexualpädagogik („Kompetente integrierte Sexualpädagogik“) für Menschen mit Beeinträchtigung ein. Dabei verweist sie nicht nur auf die physiologischen Funktionseinschränkungen, die eine Auswirkung auf die Entwicklung eines körperlich beeinträchtigten Menschen haben können, sondern lenkt das Augenmerk auch auf soziale Bedingungen, die durch die Gesellschaft, die Familie und in der Schule vermittelt werden und zu einer individuellen, befriedigenden Sexualität beitragen (Ortland 2008, S. 9ff).

Vermehrt findet sich auch das Thema der Sexualassistenz und der professionellen Sexualbegleitung. Diese werden durch Organisationen bereitgestellt wie z.B. durch Alphanova, wo die Fachstelle „Hautnah“ Unterstützung in den Schwerpunktthemen Aufklärung über Sexualität und sexuelle Probleme, Sexualbegleitung, Verhütung, Kinderwünsche, Schwangerschaft sowie Homosexualität anbietet, aber auch Hilfestellung im Bereich Partnerschaftssuche und Partnerschaftsgestaltung leistet, oder die Einrichtung „Sensis“, welche sich der Sexualität von Menschen mit Behinderung widmet (vgl. dazu alphanova online, Senger 2001, S. 44). Die Erfahrungen von Sensis zeigen, dass zwar rund 100 Körperkontakt-Termine von 1996- 2001 vergeben wurden, jedoch lediglich sechs davon Frauen in Anspruch nahmen. Damit ist der Anteil von Frauen sehr gering und deutet darauf hin, dass vor allem Frauen Sexualität innerhalb einer Partnerschaft und nicht nur durch einen professionellen Service erleben wollen (Senger 2001, S. 46). Zu der Sexualassistenz gibt es auch kritische Stimmen wie zum Beispiel durch Peter Mand, der zu bedenken gibt, dass bezahlte Zärtlichkeit keine Partnerschaft ersetzen kann und nicht unbedingt zur Selbstbestimmung beiträgt. Er schreibt: „Nur wer selbstbestimmt lebt, kann sich einen Partner suchen“ (Mand 2001, S. 43). Sexualassistenz kann also nicht dem Anspruch eines Partnerer-

satzes genügen, was sie zwar auch dezidiert nicht versucht, aber die Gefahr besteht, dass diese so aufgefasst wird (vgl. dazu Senger 2001, S. 46).

Zu dem Ergebnis, dass sich eine körperliche Beeinträchtigung tatsächlich auch auf die Sexualität auswirkt, kam die Studie „Physical Disability and Sexual Esteem“, welche 35 körperlich beeinträchtigte Personen befragte. Es zeichnete sich eine allgemeine Tendenz ab, dass die Betroffenen sich mit Barrieren auseinandersetzen mussten die aufgrund ihrer Beeinträchtigung entstanden, um ihre sexuellen Ansprüche zu erfüllen. Die Mehrheit der Probanden berichtete sowohl von einer großen sexuellen Unzufriedenheit und von negativer eigener Zuschreibung von sexueller Attraktivität, als auch von der Schwierigkeit einen Sexualpartner zu finden. Die Studie lässt jedoch auch das große Interesse und den Wunsch nach dem Ausleben der Sexualität erkennen und dass es, wenn der richtige Partner gefunden wird, zu einem befriedigenden Sexuellen kommt (Taleporos/ McCabe 2001, S. 131ff). „A compatible and supportive sexual partner is likely to result in strong feelings of sexual satisfaction regardless of a physical impairment“ (ebd., 2001, S. 138).

Zu welchen Beeinträchtigungen es im Sexuellen durch eine körperliche Einschränkung kommen kann, geht Ermert (2003, S. 70) nach. Er unterscheidet zwischen zwei Gruppen von physiologischen Sexualstörungen:

- 1) Es können „primäre Störungen“ der Sexualität als eine Art der körperlichen Beeinträchtigung vorhanden sein. Diese können von Geburt an bestehen oder erst im Laufe des Lebens entstehen, welche sich bei Frauen meist durch Fehlentwicklungen der im Körper befindenden Geschlechtsorgane äußert (ebd.).
- 2) „Sekundäre Störungen“ der Sexualität können einerseits durch die Auswirkung einer Beeinträchtigung störend oder erschwerend wirken z.B. bei Spina bifida oder Zerebralparese (Richter 1998 zit. N. Ermert 2003, S. 70f). Andererseits können auch sowohl psychosoziale Faktoren wie der Unwissenheit (ebd.), als auch kein Zugeständnis sexueller Bedürfnisse seitens der Eltern, Ärzte, Pfleger und Pädagogen und fehlende Kommunikation zu den sekundären Störungen gezählt werden. Aus der eigenen Unkenntnis begegnen sie der Sexualität von körperlich beeinträchtigten Menschen mit Ablehnung und behandeln diese als Nebensache (Ermert 2003, S. 72).

8.3. Körperlich sexuelle Funktionsstörungen und ihre Auswirkungen

Sexualität kann durch Funktionsstörungen Einschränkungen erfahren, die bei den unterschiedlichsten Beeinträchtigungen variieren können. Exemplarisch werden die Auswirkungen einiger körperliche Beeinträchtigungen unter diesem Punkt näher dargestellt.

Aus der „National Study of Women with Physical Disabilities“ aus Amerika geht hervor, dass Schwierigkeiten den Sexualakt zu vollziehen von vielen mit einer allgemeinen Schwäche in Verbindung gebracht wurde. Weiters wurde von 39% vaginale Trockenheit und von 38% Unausgeglichenheit als entscheidende Faktoren genannt. Schmerzen in der Hüfte oder in den Knien gaben 32% an und eine Spastizität der Beine wurde von 28% als Problem bei sexuellem Kontakt erlebt (Nosek et al. 2001, S. 20).

Bei einer cerebralen Bewegungsstörung kann es bei der betroffenen Frau zu einer abnehmenden oder aber auch erhöhten Scheidensekretion kommen (Ortland 2008, S. 26). Eine verminderte Sekretion führt in vielen Fällen zu einem schmerzhaften Geschlechtsakt, wie Ortland (ebd.) beschreibt, was in weiterer Folge auch Auswirkungen auf das Lustempfinden in der Partnerschaft haben kann. Weiters können Koordinationsstörungen die Masturbation als auch den Geschlechtsakt erschweren und Sensibilitätsstörungen das lustvolle Berühren und Erleben einschränken (ebd.). Auch kann es durch Kontrakturen (Versteifungen der Gelenke) zu Bewegungseinschränkungen kommen und Inkontinenz bestehen, die mitunter als unangenehm beim Geschlechtsverkehr erlebt werden kann. Die hormonellen und neurologischen Bedingungen um den Sexualakt zu vollziehen sind meist jedoch gegeben. Hilfe bei der Lagerung durch Dritte können bei schweren cerebralen Bewegungsstörungen das sexuelle Erleben und den Kontakt zum Partner unterstützen (Ermert 2003, S. 72).

Auch bei einer Muskeldystrophie und bei einer Schädigung des Knochengestüts kommt es je nach Ausmaß von Fehlbildungen oder fehlenden Extremitäten durch unterschiedliche Bewegungseinschränkungen zu limitierenden Möglichkeiten bei der Durchführung des Geschlechtsaktes (Ortland 2008, S. 28).

Epilepsien hingegen können sich bei Frauen einerseits auf den Hormonhaushalt auswirken, andererseits beeinflussen auch die körpereigenen Hormone die Anfallsfrequenz (z.B. zyklusgebundene Anfälle). Vor allem so genannte „fokale Epilepsien“, wo beide Hirnhälften bei der Entstehung des Anfalls betroffen sind, haben eine Auswirkung auf den Hormonhaushalt. Eine Regulationsstörung der Hormone im Gehirn führt bei Frauen zu Zyklusstö-

rungen, zur Überrepräsentation männlicher Hormone, was zu Akne und vermehrtem Haarwuchs führt, und zu verringerter Fruchtbarkeit und Lust (Libidostörung) (Delisle 2003, S. 218ff). Delisle (2003, S. 225) schreibt, dass es zu einer Belastungsprobe der Partnerschaft werden kann, wenn sich durch die Anfälle psychische Persönlichkeitsveränderungen des Betroffenen einstellen. Außerdem sehen sich vermehrt Frauen der Sorge ausgesetzt, einen Anfall während des Sexualaktes zu erhalten und dabei die Kontrolle über den eigenen Körper zu verlieren. Auch wenn dies zwar sehr unwahrscheinlich ist, hindert der Gedanke viele daran, sexuell aktiv zu werden (ebd., S. 225f).

Bei einer Querschnittslähmung kann es, abhängig von der Schädigungshöhe als auch dem Ausmaß der Schädigung des Rückenmarks, zu reflektorischen und/ oder zu psychogenen Störungen kommen. Die Erregung der Genitalsexualität kann nämlich einerseits reflektorisch erfolgen, also durch die tatsächliche Stimulation der Geschlechtsorgane, oder durch psychogene Reaktionen über die Sinnesfunktionen entstehen. Eine Beeinträchtigung durch körperliche Gegebenheiten erfolgt beim Sexualverkehr durch auftretende Spastizität, chronische Schmerzen, Gefühlsverlust, Minderung der Beweglichkeit und Inkontinenz (Kampmeier 2006, S. 204f). *„In welcher Weise eine befriedigende Sexualität gelebt werden kann, hängt wesentlich von dem Mut und der Bereitschaft sowie von der äußeren Unterstützung ab, den veränderten Körper neu kennenzulernen, neue erogene Zonen aufzuspüren und eventuell neue Möglichkeiten des intimen Kontaktes zu (er-)finden“* (ebd., S. 205).

In Bezug auf die Sexualität von Rheumakranken schreiben Rothermund et al. (2003, S. 117), dass ein verändertes Körperbild akzeptiert werden muss, um eine bestehende Partnerschaft weiterzuführen oder eine neue einzugehen. Frauen mit Rheuma sehen sich vor allem der Aufgabe gegenübergestellt, sich mit dem im Laufe der Zeit durch die Erkrankung selbst oder aber durch Therapien verändertem Aussehen und körperlichen Funktionen auseinanderzusetzen. Es kann zu einer Versteifung der Gelenke, einer veränderten Mimik als auch zu psychischen und physischen Nebenwirkungen der Medikamente kommen wie Wassereinlagerungen, Veränderungen der Haut oder aber auch zu Libidoverlust usw. (ebd., S. 110f).

Eine befriedigende Sexualität, und dies lässt sich auf alle körperlichen Beeinträchtigungen übertragen, kann nur dann erfahren werden, „wenn das eigene Selbstbild stimmig ist und nicht von Gefühlen des Bedauerns oder des Ärgers, der Trauer, der Scham oder des Versagens überlagert wird“ (ebd.). Die größte Herausforderung stellt es also dar, egal ob

die Betroffene eine Multiple Sklerose, Querschnittslähmung, Muskeldystrophie oder eine andere Beeinträchtigung erfährt, den Körper neu kennen und mit den Veränderungen umgehen zu lernen (Beier/Ahlers 2003, S. 215). Auch der Partner ist von den Auswirkungen der unterschiedlichen Beeinträchtigungen betroffen und kann mit Verunsicherung und Angst reagieren oder in manchen Fällen auch Ablehnung empfinden. Wichtig für die gemeinsam gelebte Sexualität ist es, dass die Partner miteinander reden und sich über ihre Empfindungen und Gefühle austauschen, um Unsicherheiten vorzubeugen. Denn nur so können neue Wege der Sexualität erkundet und ausprobiert werden und zu einer erfüllenden Sexualität für beide Partner führen (Rothermund et al. 2003, S. 117). Dabei kann es für die Betroffene schwierig werden, die eigenen Gefühle und Ängste mit dem Partner oder mit anderen Personen zu besprechen, was aber notwendig ist, um sich der eigenen Vorstellungen, Möglichkeiten und Wünsche bewusst zu werden (Beier/Ahlers 2003, S. 215).

Eine Einschränkung durch körperliche Gegebenheiten heißt natürlich nicht zwingend, dass Sexualität mit dem Partner als weniger lustbringend oder befriedigend erlebt wird. Denn gerade in der Partnerschaft hat man die Möglichkeit, seine eigenen Vorlieben kennen und verstehen zu lernen. Die Vorstellung, dass eine befriedigende Sexualität nur erlebt wird, wenn eine volle Funktionsfähigkeit der genitalen Sexualität gegeben ist, ist ein Vorurteil, welches in unseren Köpfen besteht, aber nicht der Realität entspricht. Eggli (1999, S. 103) schreibt, dass sie gerade durch ihre Beeinträchtigung zu einer intensiveren und umfassenderen Sexualität gekommen ist, dies jedoch ein Lernprozess war. Gemeinsam mit ihrer Partnerin, für die nicht ihr „Markwert“ zählt, hat sie ihre eigene Sexualität spielerisch stundenlang erkundet und dadurch „[...] am intensivsten gespürt, was es heißt, körperlich voll und ganz akzeptiert zu werden“. (ebd.,) Weiters schreibt sie: „Ich erlebte, endlich auch über meinen Körper geliebt zu werden, für schön befunden, Lust bereitend...“ (ebd.,). Lothar (2007, S. 42f) schreibt basierend auf den Erfahrungen, welche er als Peer Counselor gemacht hat, dass der sexuelle Lebensbereich von Menschen mit Beeinträchtigung nur durch unser Schubladendenken Grenzen erfährt. Er verweist auch darauf, dass um neue Wege sowohl in Partnerschaft als auch beim Sex zu eröffnen, es nicht reicht, nur an der Gesellschaft zu arbeiten, sondern beeinträchtigte Menschen auch an sich selbst arbeiten müssen (ebd., S. 16). *„In die erotischen Geschichten irgendwelcher Menschen passen auch wir. Es gibt ja genug. Und jede und jeder baut sich seine eigene Welt. Keine ist wie die andere. Das ist unser Vorteil. Wenn wir uns allerdings selbst peinlich sind, passen wir in keine Welt, nicht mal in unsere eigene“* (Lothar 2007, S. 44.)

8.4. Mutterschaft

Mutterschaft spielt für die meisten Frauen eine große Rolle. Irgendwann steht jede Frau vor der Entscheidung, sofern dies physiologisch möglich ist, ob Kinder für das zukünftige Leben erwünscht sind oder nicht. Dabei kommt bei einer beeinträchtigten Frau mitunter hinzu, dass sie sich zusätzlich mit den Möglichkeiten ihres Körpers auseinandersetzen muss und auch manchmal auf in der Gesellschaft kommunizierte Vorurteile als auch auf Ärzte, die davon abraten oder/aber schlecht ausgerüstet sind, trifft. Dabei fängt es bei „Kleinigkeiten“ an, wie beim Frauenarzt auf den Untersuchungssessel hinaufzukommen, was vielen beeinträchtigten Frauen schier unmöglich ist.

Oft wird einer beeinträchtigten Frau eine Mutterschaft von ihrem Umfeld nicht zugetraut. Mitunter wird immer noch angenommen, dass eine beeinträchtigte Frau auch ein behindertes Kind gebären wird und weiters, dass sie der Umsorgung und Erziehung des Kindes nicht gerecht wird (Ehrig 2003, S. [...]). Bruner (2000, S. [...]) schreibt, dass abhängig von der Sichtbarkeit der Beeinträchtigung einer Frau ihr Wunsch, Mutter zu werden, auf Unverständnis in der Gesellschaft stößt. Als Beispiel für „positive Diskriminierung“ nennt sie hier die Tatsache, dass Frauen mit Beeinträchtigung eine Abtreibung sogar nahe gelegt wird, wohingegen dies bei nicht-beeinträchtigten Frauen häufig noch verurteilt wird. Der Wunsch nach einem „doppelten Lebensentwurf“, welcher Beruf und Mutterschaft enthält, ist meist mit Barrieren versehen und kann nicht von allen gelebt werden (ebd.,). Die Zweifel der Gesellschaft übertragen sich auch auf die Frauen selbst, sodass der Wunsch nach einem Kind oft ad acta gelegt wird.

Wildbahrer (1982, [...]) schreibt, dass sie sich häufig mit den Gedanken beschäftigt hat, ob sie ein Kind haben will und ob sie dieses haben kann, bis sie zu dem Punkt kam, an dem sie wusste, dass sie ein Kind haben wollte und Ärzte ihr bestätigten, dass sie dies physisch gesehen auch konnte. Trotzdem entschied sie sich, diesem Wunsch nicht nachzugehen, da sie Sorge hatte aufgrund ihrer Beeinträchtigung das Baby nicht umsorgen zu können und keine anderen Personen mit der Hilfe, welche sie benötigen würde, belasten wollte (ebd.,).

Diejenigen, die sich für ein Kind entschieden und die Mutterrolle einnehmen, berichten von wunderschönen Erfahrungen, so wie dies vermutlich die meisten Mütter tun würden (Grue/Tafjord Laerum 2005, S. 675). Die Studie „`Doing Motherhood` : Some experiences of mothers with physical disabilities“ fand außerdem heraus, dass Mutterschaft beeinträchtigten Frauen einer ganz besonderen Bedeutung hinzukam, indem sie ihren Körper als etwas Großartiges und Wertvolles erfahren ließ und sie zum ersten Mal in ihrem Leben das

Gefühl hatten, sie werden nicht primär als beeinträchtigte Frauen wahrgenommen. Die Frauen sahen sich jedoch auch Vorurteilen von Seiten der Gesellschaft ausgesetzt, was diese dazu veranlasste, alles Erdenkliche zu tun, um als normale Mütter wahrgenommen zu werden und keine Zweifel an ihrer Kompetenz aufkommen zu lassen (ebd., S. 675ff).

9. Empirische Untersuchung

Die folgenden Kapitel widmen sich dem empirischen Teil dieser Diplomarbeit. Auf der Grundlage der vorangegangenen theoretischen Arbeit wird nun eine empirische Untersuchung durchgeführt, welche in weiterer Folge zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden soll. Basierend auf der Bearbeitung des aktuellen Forschungsstandes haben sich verschiedene Faktoren ausfindig machen lassen, welche auf das Zustandekommen einer Partnerschaft, aber auch innerhalb einer Partnerschaft begünstigend, verhindernd oder erschwerend wirken können. Dabei wurde näher auf die Auswirkung des Zeitpunktes einer Beeinträchtigung eingegangen, auf Barrieren aus dem Umfeld, auf das Selbst- und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen und auf physiologische Barrieren, welche sich im Zuge dessen auswirken können.

Mit der Durchführung qualitativer Interviews soll nun die bereits bearbeitete theoretische Grundlage erweitert werden und neue Aspekte im Hinblick auf diese aufgezeigt werden. Basierend auf der Darstellung des bisherigen Forschungsstandes sind verschiedene Barrieren, die im Zuge der Suche nach einem Partner aber auch in der Partnerschaftsführung zu Tage treten können, möglich. Der Abgleich mit der Darstellung der Praxis soll zu einem umfassenderen Verständnis dieser Barrieren geführt werden.

In der dargestellten Arbeit wird die Methode der qualitativen Interviewführung gewählt, um die subjektive Lebenswelt der befragten beeinträchtigten Frauen abbilden zu können und diese zur Beantwortung der Forschungsfrage „*Welche Barrieren für Partnerschaften werden von körperlich beeinträchtigten Frauen erlebt?*“ heranzuziehen. Dabei wurden acht körperlich beeinträchtigte Frauen im Alter von 18-59 Jahren zum Thema „Partnerschaft“ befragt.

9.1. Qualitative Forschung

Im Rahmen dieser Diplomarbeit wird mit Hilfe der qualitativen Forschung gearbeitet. „Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten <<von innen heraus>> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben“ (Flick et al. 2010, S. 14, Hervorhebung im Original). Durch die Darstellung der individuellen Sichtweisen der Menschen will sie zu einem genaueren und umfassenderen Verständnis der sozialen Realität führen welche Außenstehenden als auch den Betroffenen selbst meist nicht bewusst sind, als auch auf Muster und Strukturmerkmale dieser bewusst machen (ebd.). Sie nutzt [...] *„das Fremde oder von der Norm Abweichende und das Unerwartete als Erkenntnisquelle und Spiegel, der in seiner Reflexion das Unbekannte im Bekannten und Bekanntes im Unbekannten als Differenz wahrnehmbar macht und damit erweiterte Möglichkeiten von (Selbst-)Erkenntnis eröffnet“* (ebd.).

Qualitative Forschung beschäftigt sich dazu mit relevanten Fällen und untersucht das Zusammenwirken von Makro-, Meso- und Mikroebene, um den Anderen in seiner Welt zu erfassen. Dazu beschäftigt sie sich mit der subjektiven Realität von Menschen, ihrer Zuschreibung von Sinn und Bedeutung und ihrem sozialen Agieren, um die darauf aufbauenden kognitiven Prozesse als auch das Handeln von diesen zu verstehen (Prenzel et al. 2010, S. 34f). Die Qualität der qualitativen Forschung besteht darin, dass sie in der Auseinandersetzung der subjektive Sichtweise, als auch der subjektiven und sozialen Konstruktion der Welt des Individuums ein plastischeres Bild aus der Perspektive dieser abgeben kann (Flick et al. 2010, S. 17). Diese Offenheit für Erlebenswelten, wie sich diese darstellen und zusammensetzen, bilden den Ursprung gegenstandsbegründeter Theoriebildung für die qualitative Forschung (ebd.).

Im Zuge meiner Fragestellung lässt es die qualitative Forschung zu, auf das subjektive Erleben beeinträchtigter Frauen einzugehen, um zu einem besseren Verständnis der Wirklichkeit zu gelangen.

9.2. Methodisches Vorgehen

„Forschungsmethoden sind perspektivisch ausgerichtete Instrumente, um Wissen in ausgewählten Perspektiven zu erschließen“ (Prenzel et al. 2010, S.33). Der Forscher erhält dabei die Aufgabe aufzuzeigen, von welchem Ausgangsort aus, mit welchen Forschungsinstrumenten, welche sich darstellenden Aspekte eines Phänomens, mit Hilfe welcher Fra-

gestellung, auf welcher theoretischen Grundlage erkundet werden will, um sich der Möglichkeiten, aber auch der Begrenzungen des Gegenstandes bewusst zu sein (ebd.,).

Um die Forschungsfrage zu beantworten, welche Barrieren von Frauen mit Beeinträchtigung in Partnerschaften als auch bei der Partnerschaftsanbahnung erlebt werden, wurde als Erhebungsmethode ein problemzentriertes Interview gewählt. Die gewonnenen Interviews werden in weiterer Folge mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet (vgl. dazu Kapitel 9.4.) Friebertshäuser/Langer (2010, S. 437) schreiben, dass man den Menschen als Kulturwesen welcher individuelle Werte, Normen und Vorstellungen über die eigene Lebenswelt entwickelt hat, besser verstehen kann, indem man mit ihm kommuniziert und sich seine Lebenserfahrungen, erzählen lässt. Interviews bilden dabei einen Zugang zu Personen und ihren individuellen Zuschreibungen von Sinnhaftigkeit und Bedeutung, die ihr Verhalten und Vorgehen beeinflussen (ebd.,).

Das problemzentrierte Interview eignet sich besonders für theoriegeleitete Forschung und findet bei spezifischen Fragestellungen, wie dies in der vorliegenden Arbeit der Fall ist, gute Anwendbarkeit. Weiters erleichtert die leitfaden basierende Standardisierung die Vergleichbarkeit verschiedener Interviews (Mayring 2002, S. 70f). Mayring (2002, S. 71) beschreibt folgendes Ablaufmodell eines problemzentrierten Interviews:

1. Problemanalyse
2. Leitfadenkonstruktion
3. Pilotphase
4. Interviewdurchführung
5. Aufzeichnung (ebd.,).

Diesem Ablaufschema wurde ausgenommen die Leitfadenerprobung in der Pilotphase, welche den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, Folge geleistet. Die Problemanalyse erfolgte in dem vorangegangenen Theorieteil dieser Diplomarbeit, die Leitfadenkonstruktion wurde anhand des Theorieteils entwickelt und wird in Kapitel 9.2.2. dargestellt. Auf die Aufzeichnung der Interviews wird in den Kapiteln 9.3. näher eingegangen.

9.2.1. Das problemzentrierte Interview

Ich habe mich im Zuge meiner Arbeit für das problemzentrierte Interview entschieden, um die Lebenswelt beeinträchtigter Frauen zu rekonstruieren und damit zu einem besseren Verständnis zu gelangen.

Das problemzentrierte Interview, welches von Andreas Witzel entwickelt wurde, vereint sowohl eine Leitfadenorientierung als auch eine offene Befragung und geht von einer dem Forscher erkannten Problemstellung aus, mit der sich die Interviewpartner auseinandersetzen müssen (Friebertshäuser et al. 2010, S. 442). Es zielt dabei auf die „Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realitäten“ ab (Witzel 2000, Abs. 1).

Das problemzentrierte Interview, so schreibt Witzel (2000, Abs.[...]), ist ein „theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert.“

Der Forscher bereitet sich im Eigenstudium anhand bereits vorliegender Literatur, eigene Ermittlungen und durch Fachwissen von Experten auf seine Untersuchung vor und arbeitet anschließend die für ihn relevanten Perspektiven des Problembereichs heraus, welche er dann zu einem theoretischen Konzept konzentriert. Legitimiert wird dieser Zugang zur Forschung dadurch, dass der Forscher dem soziale Untersuchungsfeld nicht ohne System begegnen kann, weil er immer schon theoriebasierte Ideen und Vorstellungen zu dem Thema entwickelt hat und es dann auch schlüssig ist, diese in Form eines wissenschaftliche Konzeptes auf den zu erforschenden Gegenstand anzuwenden (Lamnek 2010, S. 333).

Da davon auszugehen ist, dass meine Probandinnen unterschiedliche Erfahrungen gemacht haben in Bezug auf das Thema Partnerschaft, kann ich ihnen mit der Methode des problemzentrierten Interviews die nötige Offenheit geben, über ihre individuellen Erfahrungen zu berichten, sie aber trotzdem auf die Hauptthematik der Fragestellung mit Hilfe des Leitfadens führen.

Zentrale Prinzipien des problemzentrierten Interviews

Als zentrale Prinzipien, welche das problemzentrierte Interview vertreten, nennt Witzel (2000, Abs. 4) die Problemzentrierung, die Gegenstandsorientierung und die Prozessorientierung:

- Das Prinzip der „Problemzentrierung“ beschreibt die Ausrichtung an einer gegenwärtigen Problemstellung, wobei der Interviewer sich wesentliche Erkenntnisse über den Untersuchungsgegenstandes bereits vor der Interviewphase erarbeitet hat, um am Problem angelehnte Fragen stellen zu können (ebd.).

- Die „Gegenstandsorientierung“ beschreibt die Anpassungsleistung der Methode gegenüber dem zu erforschenden Gegenstand und der Gesprächstechniken, indem der Interviewer je nach den Erfordernissen mehr narrativ oder unterstützend nachfragend agieren kann (ebd.).
- Mit der „Prozessorientierung“ des problemzentrierten Interviews forciert Witzel (2000, Abs. 4), dass das Gespräch mit viel Feingefühl auf ein Wiedergeben von Vorstellungen, Einstellungen und Handlungen ausgelegt sein sollen, sodass der Befragte mit dem Interviewer ein Vertrauensverhältnis eingeht, welches von Offenheit geprägt ist und die Erinnerung und Reflexion unterstützt. Durch das kooperative Entdecken von Problemseiten des Befragten mit dem Interviewer ergeben sich neue Blickwinkel, Korrekturen an bereits getätigten Aussagen und Überschneidungen und Widersprüchlichkeiten des Gespräches können korrigiert werden (ebd.).

Die Instrumente des problemzentrierten Interviews

Die Instrumente des problemzentrierten Interviews sind nach Witzel (2000, Abs. 5): Ein Kurzfragebogen als Einstieg in das Gespräch, der Leitfaden welcher durch das Gespräch führt, eine Tonträgeraufzeichnungen und das im Anschluss an das Interview erstellte Postskriptum.

Der Kurzfragebogen gibt Auskunft über personenbezogene Daten, entlastet das nachfolgende Interview von einem Frage-Antwort Muster und kann auch als Einstieg in das folgende Gespräch dienlich sein. Der Leitfaden als eine Art „Hintergrundfolie“ unterstützt das Gespräch und beinhaltet die relevanten Themen als Anhaltspunkte für den Forscher um eine Vergleichbarkeit der Interviews sicherzustellen (ebd., Abs. 6). Zusätzlich zu dem Interview dienen Postskripte dazu, Anmerkungen als auch Besonderheiten des Gespräches wiederzugeben (ebd., Abs. 7). Dieses kann außerdem Angaben über die Rahmenbedingungen des Interviews enthalten als auch Aufschluss über die Situation vor und nach dem Interview geben (Lamnek 2010, S. 335).

Nach Lamnek (2010, S. 334) lässt sich das problemzentrierte Interview in fünf Phasen einteilen:

- **„Einleitung“:** Zunächst muss eine Aufklärung über die erzählende Struktur und Verlauf des Interviews und des zu besprechenden Themas stattfinden.
- **„Allgemeine Sondierung“:** Durch ein Erzählbeispiel und Nachfragen von Seiten des Interviewers wird nun der Interviewte dazu ermutigt, detaillierte Beschreibungen der eigenen Lebenswelt zu geben.

- **„Spezifische Sondierung“:** Dem Interviewer stehen drei Möglichkeiten der aktiven Ableitung von Verständnis zur Verfügung, um die Darstellungen des Befragten nachzuvollziehen. Das Zurückspiegeln durch den Forscher bietet dem Befragten eine Interpretationsmöglichkeit, womit er die Auffassungen des Forschers noch einmal auf seine Richtigkeit überprüfen kann. Weiters kann der Interviewer durch Verständnisfragen widersprüchliche oder nicht klar verständliche Antworten zur Sprache bringen. Zu guter Letzt kann der Interviewer den Befragten mit Widersprüchlichkeiten und unklaren Äußerungen konfrontieren. Es ist an dieser Stelle Fingerspitzengefühl gefragt, um den Interviewten nicht vor den Kopf zu stoßen.
- **„Direkte Fragen“:** In dieser Phase kann der Interviewer direkte Fragen zur Thematik stellen, so genannte „Ad-hoc-Fragen“, wenn noch unbeantwortete Aspekte vorliegen.
- **„Kurzfragebogen“:** Den Kurzfragebogen welcher auch schon von Witzel im Zuge dieses Kapitels weiter oben angeführt wurde, bezeichnet Lamnek als Phase 0, weil er den anderen Phasen zuvorkommt (ebd., Hervorhebung im Original).

Um die in dieser Arbeit vorliegenden Fragestellung beantworten zu können, wurden acht beeinträchtigte Frauen zu dem Thema Partnerschaft interviewt. Dabei wurde das Interview so geführt, dass erlebte Barrieren zu Tage treten können. Es wurden ausschließlich Frauen befragt, da ich mir bei einem sensiblen Thema wie dem der Partnerschaft mehr Offenheit und Zugang erhoffte. Außerdem kann somit das Augenmerk speziell auf das weibliche Erleben gelegt werden um spezifischere Ergebnisse erzielen zu können. Die Interviews wurden mit Hilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet und anschließend transkribiert.

9.2.2. Entwicklung des Leitfadens

Der Leitfaden wurde anhand der Sichtung des bisherigen Forschungsstandes entwickelt. Dabei wurden die Hauptthemen, welche sich aus der vorangegangenen Theoriearbeit herauskristallisiert haben „außerhalb der Person liegende Faktoren“, „in der Person liegende Faktoren“ und „physische Faktoren“, welche eine Auswirkung auf die Partnerschaft haben können, hinterfragt. In den Interviews wurde z.B. nicht dezidiert nach Barrieren gefragt, um die Probandinnen nicht zu beeinflussen, sondern lediglich zu Problemfeldern hingeführt.

Der Interviewleitfaden gliederte sich in unterschiedliche Bereiche:

1. Grundeinstellung: Der erste Bereich forcierte die Grundeinstellung der Frauen, welche diese von einer Partnerschaft besitzen. Ausgehend von dem Grundbedürfnis einer Partnerschaft welches in Kapitel 3 erläutert wurde, ging es in diesem Bereich um das Verständnis der Vorstellungen und Erwartungen beeinträchtigter Frauen, die sie an eine Beziehung stellen und ob diese überhaupt erstrebenswert für sie ist.

2. Dyadisches Verhalten: Den nächsten Bereich bildeten Fragen zu dem dyadischen Verhalten in der Partnerschaft. In dieser Kategorie wurde auf das Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung, auf die gemeinsame Alltagsbewältigung und das Freizeiterleben eingegangen. Wenn eine Spätbeeinträchtigung erfolgte, wurde außerdem nach möglichen Veränderungen, die sich durch die Beeinträchtigung ergeben haben, im Bezug auf die Partnerschaft als auch bei der Partnerschaftsanbahnung erfragt. Dies wird besonders in Kapitel 5.2. und 5.3. behandelt, wo sich herausstellte, dass eine Beeinträchtigung zu einer Umstrukturierung der Lebensführung führt und in Partnerschaften sich sowohl auf den Partner, als auch auf den Betroffenen auswirkt. Weiters findet sich unter diesem Bereich auch ein Ausblick in die Zukunft, um Wünschen der Probandinnen und Vorstellungen wie ihre Partnerschaft weiter verlaufen soll, Platz zu geben.

3. Selbstkonzept: In diesem Bereich ging es um das eigene Erleben als Frau und dem individuellen Umgang mit der Beeinträchtigung, als auch um die Wahrnehmung in der Partnerschaft und mögliche Wünsche und Sorgen, die damit einhergehen. Dazu wurde in Kapitel 7 das Selbstkonzept und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen gezeigt, dass sich ein Annehmen der Beeinträchtigung in weiterer Folge auch positiv auf die Attraktivität und die Partnerschaftsfindung auswirkt, dies jedoch oft durch viele unterschiedliche Barrieren erschwert wird.

4. Physiologische Faktoren: Im Bereich der physiologischen Faktoren, welche sich auf eine Partnerschaft auswirken können, wurde dezidiert auf die körperliche Beeinträchtigung in der Partnerschaft eingegangen, als auch auf das sexuelle Erleben. Kapitel 8 beschäftigt sich mit zunächst physiologischen Barrieren, welche sich unterschiedlich auswirken können und somit auch auf anderen Ebenen, wie dem individuellen Erleben, zum Tragen kommen.

5. Umfeld: Hierzu wurde näher auf die Wahrnehmung der Gesellschaft der beeinträchtigten Frau eingegangen, als auch auf die erlebte Unterstützung von nahe stehenden Personen und die mögliche Beeinflussung einer Assistenz, falls diese in Anspruch genommen wurde. Kapitel 6 beschäftigt sich mit den Barrieren in der Umwelt, wobei besonders auf die gesellschaftliche Grundhaltung gegenüber beeinträchtigten Menschen eingegangen wurde

und auf die besondere Stellung der Frau, die oft noch mit einer doppelten Diskriminierung einhergeht.

Wenn die Probandinnen ihre Beeinträchtigung bereits in jungen Jahren erfuhren bzw. von Geburt an beeinträchtigt waren, wurde auch auf das Aufwachsen mit dem Thema Partnerschaft näher eingegangen. Dieser Bereich bezieht sich auf das Kapitel 5.1. , wo das Aufwachsen körperlich beeinträchtigter Frauen näher dargestellt wird und der Einfluss nahe stehender Personen, insbesondere der Eltern, auf das spätere Beziehungsverhalten Erklärung findet.

Leitfadendarstellung

Zunächst erfolgte eine Aufklärung über den Ablauf und das Thema des Interviews, wie auch der Zusicherung, dass dieses anonymisiert wird.

Der Kurzfragebogen

Alter:

Beruf:

Wohnsituation:

Assistenz:

Beeinträchtigung:

Besteht die Beeinträchtigung von Geburt an oder wurde diese erst im Laufe des Lebens erworben?

In einer Beziehung oder Partnerschaft lebend?

Hat die Partnerschaft/Ehe (falls die Probandin ihre Beeinträchtigung im Laufe des Lebens erfahren hat) bereits vor der Beeinträchtigung bestanden?

Der Interviewleitfaden

Grundeinstellung

- Welche Erwartungen und Vorstellungen hast du an eine Partnerschaft?
Was bedeutet eine Partnerschaft für dich?
Welche Erwartungen hast du an deinen Partner?

Dyadisches Umgehen

- Welche Erfahrungen/Begegnungen innerhalb der Partnerschaft oder mit einem Partner hast du bereits gemacht?

War/ist die Beeinträchtigung ein Thema?

Wie geht ihr in der Partnerschaft mit deinen körperlichen Möglichkeiten um?

Wie verhält sich der Partner?

Was unternimmt ihr in der Freizeit?

Wie ist das Rollenverhalten in der Partnerschaft?

- Erhaltene Beeinträchtigung: Welche Veränderungen haben sich für dich seit deiner Beeinträchtigung ergeben in deiner Partnerschaft/ beim Kennenlernen von Partnern?
- Wo siehst du dich in 10 Jahren, wenn du an deine Partnerschaft denkst?

Selbstkonzept

- Welchen Wünschen, Hoffnungen und Ängsten bist du ausgesetzt wenn du jemanden kennlernst/ in deiner Partnerschaft?
- Inwieweit fühlst du dich vom gängigen Schönheitsideal der heutigen Zeit, welches uns in den Medien begegnet, beeinflusst?
Wie gehst du damit um?
- In welcher Rolle siehst du dich, wenn du einen Partner kennen lernst/ in einer Partnerschaft?
Welche Rolle würdest du gerne übernehmen?

Physiologische Faktoren

- Inwieweit beeinflussen dich deine körperlichen Möglichkeiten bei Begegnungen mit Partnern/ innerhalb der Partnerschaft?
- Inwieweit beeinflussen dich deine körperlichen Möglichkeiten beim Sexualleben?

Umfeld

- Wie wirst du als Frau in deinem Umfeld wahrgenommen, welche Erfahrungen hast du bereits gemacht?
Gibt es Unterschiede und wenn ja welche, bei der Kontaktaufnahme von Menschen mit Beeinträchtigung, oder ohne?
- Wie gehen Familie und Freunde mit deiner Beeinträchtigung um?
- Beeinflusst dich die Inanspruchnahme einer Assistenz in deiner Partnerschaft/ wenn du jemanden kennen lernst und wenn ja, in welcher Weise? (Wenn Assistenz in Anspruch genommen wird)

Die Interviews wurden alle elektronisch aufgezeichnet und anonym abgehalten. Zunächst wurde ein Kurzfragebogen mit den Probandinnen durchgeführt, danach folgte das eigentliche Interview. Zusätzlich zu den Interviews wurde eine Dokumentation der Rahmenbedingungen der Interviewsituation nach den jeweiligen Treffen, welche im folgenden Kapitel dargestellt werden, durchgeführt.

9.3. Kontaktaufnahme zu den Probandinnen und Beschreibung der Interviewsituation

Die Kontaktaufnahme zu den Probandinnen

Die Kontaktaufnahme zu meinen Probandinnen verlief zunächst über eine meiner Probandinnen (Probandin C), die ich bereits besser kannte. Diese gab mir weitere Kontakte zu Interviewpartnerinnen B und G. Zunächst habe ich mit diesen Kontakt per Telefon aufgenommen, sie über mein Forschungsthema aufgeklärt und in Absprache mit ihnen Interviewtermine vereinbart. Außerdem habe ich durch meine Cousine einen Kontakt zu Probandin A bekommen und über eine Freundin zu Probandin D. Beide erklärten sich zunächst bereit, dass ich sie auf Facebook adden darf und wir dann einen Termin für ein Treffen festlegen können. Wie sich im Zuge der Treffen mit den Probandinnen herausstellte, kannten sich die Frauen, die im Rollstuhl saßen, alle untereinander, da sie nach ihrem Unfall im Rehabilitationszentrum Weißer Hof untergebracht waren. Der Kontakt zu Probandin F, welche erst kürzlich die Diagnose Rheuma erhielt, wurde mir von einer meiner Freundinnen vermittelt. Wir vereinbarten per Telefon einen Treffpunkt, um das Interview durchzuführen. Der Kontakt zu Probandin E erfolgte durch meine Mutter, da sie eine Bekannte meiner Eltern ist. Den Kontakt zu Probandin H bekam ich durch eine Freundin meiner Schwester.

Der Erstkontakt zu den Probandinnen erfolgte mit Hilfe unterschiedlicher Medien wie per Telefon, E-Mail oder Facebook, wo ich sie kurz in Kenntnis über mein Diplomarbeitsthema setzte und sie um ein Interview bat. Die Reaktionen waren von allen durchwegs positiv und so erklärten sich alle bereit, sich mit mir zu treffen.

Die Interviewsituation

Die Interviews wurden einerseits bei den Probandinnen zu Hause durchgeführt und andererseits am Arbeitsplatz oder in Kaffeehäusern. Insgesamt wurden acht Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung im Alter von 18-59 Jahren befragt.

Probandin A

Das Interview mit Probandin A fand am 17. April 2012 bei ihr zu Hause in Wien um 17:00- ca 17:30 statt. Die Probandin empfing mich freundlich in ihrer Wohnung und bot mir sogleich etwas zu trinken an. Außer der Probandin selbst war auch noch eine Freundin anwesend. Auf die Bitte der Probandin, ob diese beim Interview anwesend sein dürfe, saß die Freundin, bis auf ein dreiminütiges Telefongespräch, zu dem sie den Raum verließ, neben uns auf einer Couch. Das Interview selbst führten wir im Wohnzimmer der Probandin, wo ich direkt neben ihr saß und ihre Freundin neben mir auf der Couch Platz nahm. Die Interviewsituation war deutlich entspannter, als die Freundin das Zimmer zum Telefonieren verließ. Die Probandin beantwortete in dieser Zeit viel offener und detaillierter die an sie gestellten Fragen. Als die Freundin wieder anwesend war, sah die Probandin oft zu dieser hinüber, bevor sie eine Frage beantwortete und wirkte allgemein angespannter. Da es für mich das erste Interview war, vergaß ich auf zwei wichtige Fragen näher einzugehen, was ich aber im Anschluss an das Interview nachholte.

Die Probandin ist seit ihrem 15. Lebensjahr aufgrund eines Unfalles querschnittsgelähmt. Zum Studieren zog sie nach Wien, wo sie anfangs mit ihrem Bruder zusammen wohnte, jetzt wohnt sie alleine. Partnerschaften hat sie schon ca. fünf gehabt, wobei sie sich zum Zeitpunkt des Interviews in keiner Partnerschaft befindet.

Probandin B

Das Interview mit Probandin B wurde am 18. April 2012 durchgeführt und fand bei ihr zu Hause in Wien von 19:00 bis ca. 20:00 statt. Ich traf die Probandin alleine in ihrer Wohnung an, wo sie mit ihrem Ehemann wohnt. Sie empfing mich gut gelaunt in ihrem Rollstuhl sitzend und wirkte sehr offen und freundlich. Zunächst bot sie mir gleich Hausschuhe an, ehe sie mir zeigte, was alles an der Wohnung geändert wurde, damit diese zugänglich für sie ist. Die Schwelle, die von der Küche ins Wohnzimmer führt, meisterte sie mit ihrem Rollstuhl, wie wenn diese gar nicht existieren würde und sie erzählte mir, dass dies aber erst durch Training für sie möglich wurde. Die Probandin war vom ersten Moment an, als sie mir die Tür öffnete, sehr offen und gesprächsbereit, weshalb wir, bevor wir überhaupt mit dem Interview anfangen, uns länger unterhielten. Nach einem gemeinsamen Holen von Getränken begannen wir schließlich mit dem Interview. Wir nahmen bei ihr im Wohnzimmer in einer Essecke Platz, wo sie mich aufforderte mich auf die Bank zu setzen und sie selbst, nachdem sie einen Stuhl weggeschoben hatte, platzierte sich neben mich in ih-

rem Rollstuhl. Nach dem Interview plauderten wir noch ein bisschen über ihre Leidenschaft, das Tanzen.

Ihre Querschnittslähmung ab dem 4-5 Brustwirbel erlitt die Probandin, durch einen Unfall vor vier Jahren, sie war damals 55 Jahre alt. Sie ist verheiratet, war dies schon vor ihrem Unfall, und hat zwei Kinder.

Probandin C

Das Interview mit Probandin C fand am 19. April 2012 an ihrem Arbeitsplatz in Wien statt. Ich wartete im Foyer auf sie, als sie mich freudestrahlend um 14:00 empfing. Die Terminfindung gestaltete sich schwierig, da sie aufgrund ihrer sportlichen Ambition, dem Schwimmen, vermehrt im Ausland sein musste. Nach einigem Hin und Her fanden wir jedoch schlussendlich einen passenden Termin bei ihr am Arbeitsplatz. Sie führte mich in ein kleines Besprechungszimmer, in welchem wir auch unser Interview durchführten. Wenig später kam sie mit einem Wasserkrug als auch zwei Gläsern auf ihrem Schoss in das Besprechungszimmer gerollt. Da wir uns schon kannten, war die Stimmung von Anfang an sehr offen und freundlich und wir begannen unverzüglich mit dem Interview. Die Probandin ging sichtlich locker mit dem Thema Partnerschaft um und beantwortete meine Fragen ohne Scheu. Wir verabschiedeten uns wieder um ca. 14:40 Uhr.

Die Probandin ist aufgrund eines Unfalls, der vor drei Jahren stattfand, querschnittsgelähmt. Sie lebt mit ihrem Ehemann, den sie bereits vor dem Unfall hatte und ihrem kleinen Sohn in einer Wohnung. Sie ist Schwimmerin, trainiert dreimal pro Woche oder derzeit, wie sie mir erzählt, auch öfters, und tritt bei den Paralympischen Spielen in London an. Da sie dementsprechend unter ziemlichem Zeitdruck steht, fand das Interview auch aus praktischen Gründen an ihrem Arbeitsplatz statt.

Probandin D

Das Interview mit Probandin D fand auch am 19. April 2012 im Anschluss an das Interview C in der Nähe Handelskai statt, wo wir uns um 15:30 trafen. Die Probandin holte mich am Eingang der Millenium-City ab und wir führten das Interview in einem stillen Lokal in der Nähe, welches sie vorgeschlagen hatte. Wir beschlossen, dass es besser sei, zuerst was zu trinken zu bestellen und darauf zu warten bis die Kellnerin uns die Getränke bringt, sodass das Interview nicht gestört wird. Wir unterhielten uns über alles Mögliche in dieser Zeit unter anderem über meine Freundin, welche mir den Kontakt vermittelte und mit der sie gemeinsam die Volksschule besuchte. Wir unterhielten uns im Zuge dessen

auch über Integrationsklassen, weil sie selbst wie ich auch acht Jahre lang eine besuchte. Nachdem ich ihr schließlich die Formalitäten über das Interview erklärt hatte, begannen wir mit diesem. Sie beantwortete die Fragen eher kurz und bündig, war jedoch sehr offen während des Gesprächs. Dass im Laufe des Interviews die Batterien des Aufnahmeapparates leer wurden, nahm sie sichtlich mit Humor und nach dem Wechseln dieser, begannen wir das Interview fortzusetzen. Nach Beendigung der Befragung gingen wir, weil wir uns auf Anhieb gut verstanden, mit ihrer kleinen Cousine in der Millenium-City ein Geburtstagsgeschenk für diese einzukaufen. Wir verabschiedeten uns ca. um 17:30 voneinander.

Die Probandin ist seit ihrem achten Lebensjahr aufgrund einer Operation, bei der ein Nerv durchtrennt wurde, querschnittsgelähmt. Sie wohnt mit ihren Eltern in einer Wohnung und lebt in einer Partnerschaft.

Probandin E

Das Interview fand am 23. April 2012 bei der Probandin in Niederösterreich zu Hause um 15:00 statt. Als ich ankam, führte sie mich in ihren Garten, wo sie bereits einen kleinen Tisch mit Stühlen, Kaffee und Kleinigkeiten zum Naschen bereitgestellt hatte. Ihre Tochter und eine Freundin der Tochter waren auch anwesend. Ich begrüßte auch diese und unterhielt mich kurz mit ihnen. Um unser Interview durchzuführen, schickte die Probandin die zwei ins Haus hinein und wir setzen uns an den vorbereiteten Tisch. Sie wirkte entspannt und offen. Wir plauderten ein bisschen und ich erklärte ihr die Formalitäten. Nach einiger Zeit begannen wir das Interview durchzuführen. Obwohl wir vor dem Interview darüber geredet hatten, dass dieses anonym sei, versicherte sie sich im Interview abermals, ob ich dieses sicher nicht meinem Vater oder meiner Mutter vorspiele, weil sie eine Bekannte meiner Eltern ist und ihr dies sehr unangenehm wäre. Ich versicherte ihr, dass dies nicht der Fall sein wird und ich die Daten sehr diskret behandeln werde. Im Interview wirkte sie sehr gelöst und erzählte entspannt von ihren bisherigen Erfahrungen. Nach dem Interview blieb ich noch auf einen Kaffee und ließ mich von ihr im Garten herumführen, wo sie mir ihren Pool zeigte, den sie sich gekauft hatte. Da sie sonst, wie sie mir erzählte, fast gar keinen Sport mehr machen kann und ihr selbst das Gehen Schmerzen bereitet, hat sie sich diesen Pool zugelegt. Nach dem Rundgang verabschiedete ich mich und fuhr um ca. 16:15 nach Wien zurück. Die Probandin hat eine Skoliose aufgrund eines Wirbelbruchs, den sie sich vermutlich in der Jugend zugezogen hat und weiters eine Hüftgelenkserkrankung (Coxarthrose) weswegen sie hinkt. Sie lebt derzeit in keiner Partnerschaft und hat zwei Kinder.

Probandin F

Das Interview fand am 21. Mai 2012 an der Hauptuniversität Wien im Innenhof statt. Wir verabredeten uns zunächst vor der Universität um 15:30. Die Probandin kam 20 Minuten zu spät, was ihr sichtlich unangenehm war. Sie kam gerade von einer Wohnungsbesichtigung, da sich ihre WG auflöst und sie sich gerade auf der Suche nach einer neuen Wohnung befindet. Sie erzählte, dass die besichtigte Wohnung perfekt gewesen wäre, aber leider ohne Lift und sie diesen aufgrund ihrer fortschreitenden rheumatischen Erkrankung jedoch unbedingt braucht. Auf ihren Vorschlag hin setzten wir uns in den Innenhof der Universität Wien und führten das Interview durch. Wie sich erst im Zuge des Interviews herausstellte, hat sie erst kürzlich die Diagnose Rheuma erhalten, aber mit den Auswirkungen, wenn auch unbewusst, schon länger gelebt. Einige Fragen konnte sie daher nur beantworten mit der Vorstellung, was in Zukunft auf sie zukommt bzw. wie ihre Beeinträchtigung voranschreiten wird. Sie redete sehr schnell, beantwortete die Fragen jedoch nachdenklich. Die erhaltene Diagnose Rheuma hat sie zum Nachdenken gebracht und ist bzw. wird eine große Umstellung für ihr gesamtes Leben bedeuten. Im Anschluss an das Interview tauschten wir uns über unsere Diplomarbeiten aus, weil sie selbst gerade an ihrer schreibt. Um ca. 16:15 verabschiedeten wir uns wieder voneinander. Die Probandin hat eine rheumatoide Arthritis⁴ und lebt derzeit in keiner Partnerschaft.

Probandin G

Das Interview fand am 22. Mai. 2012 in Wien ab 15:00-15:30 in der Wohnung des Freundes der Probandin statt. Als ich läutete, öffnete mir ihr Freund (welcher auch im Rollstuhl sitzt wie die Probandin) die Türe. Er fragte mich, wie es mir gehe und ob ich gut hergekommen sei, als meine Probandin auftauchte und mich begrüßte. Beide wirkten unglaublich nett und offen. Sie reichte mir etwas zu trinken und wir nahmen auf der Couch im Wohnzimmer Platz. Die Probandin hob sich aus ihrem Rollstuhl und setzte sich zu mir auf die Couch. Weiters erkundigten sich die beiden ob ich nicht auch Männer interviewe, weil er sich gerne dazu bereit erklärt hätte, mir ein Interview zu geben. Ich verneinte dies, bedankte mich aber für seine Bereitschaft, mir helfen zu wollen. Anschließend verließ der Freund das Zimmer, damit wir ungestört reden konnten. Nachdem ich ihr kurz die Formalitäten erklärt hatte, begannen wir mit dem Interview.

⁴ Eine Rheumatoide Arthritis ist eine entzündlich-rheumatische Erkrankung der Gelenke und der Wirbelsäule (Kellner 2005, S. 174).

Obwohl die Probandin sehr offen zu mir war, als das Aufnahmegerät abgeschaltet war, beantwortete sie mir im Zuge des Interviews die Fragen sehr kurz und bündig und es fiel mir schwer, das Interview nicht in ein Frage-Antwort Schema fließen zu lassen.

Die Probandin ist seit einem Unfall, welcher sich ereignete, als sie 15 war, querschnittgelähmt. Sie kennt Probandin C, da sie sich ein Zimmer am Weißen Hof nach ihrem Unfall teilten. Die Probandin lebt in einem Internat, aber sie ist die meiste Zeit, bei ihrem Freund in der Wohnung. Sie spielt Basketball in einem Team, besucht noch die Schule und befindet sich derzeit in einer Partnerschaft.

Probandin H

Zu dem ersten Interviewtermin, den wir ursprünglich für den 22. Mai. 2012 vereinbart hatten, erschien die Probandin leider nicht, weil sie an einer Konferenz Verpflichtungen hatte. Wir vereinbarten schlussendlich per E-Mail und SMS einen neuen Termin. Die Probandin entschuldigte sich vielmals und versicherte mir, dass sie sich wirklich schon auf das Interview freute. Das Interview fand schließlich am 24. Mai 2012 ab ca. 18:30 in Wien, Nähe Mariahilferstraße in einem Kaffeehaus statt und dauerte rund 40 min. Wir verabredeten uns bei der U-Bahn Station Neubaugasse, wo mich die Probandin abholte. Sie war von Anfang an sehr offen und freundlich. Auf der Suche nach einem Kaffeehaus bat sie mich ihr beim Überqueren von Straßen die Hand zu geben, weil sie in letzter Zeit schlechte Erfahrungen mit zu nahe an ihr vorbeifahrenden Autos gemacht hatte. Sie nannte es liebevollerweise ihr „Zebrastrifenproblem“. Die Probandin hat eine spastische Diplegie und hat aufgrund ihres hinkenden Beines Sorge, dass sie nicht schnell genug die Straße überqueren kann. Wir fanden ein Kaffeehaus, wo wir zunächst im Freien Platz nahmen. Da das Lokal jedoch genau an der Straße lag und die vorbeifahrenden Autos ziemlich laut waren, entschlossen wir uns im Inneren Platz zu nehmen. In eine mehr oder weniger ruhige Ecke zogen wir uns schließlich zurück und führten das Interview. Nachdem unsere Getränke vom Kellner gebracht wurden begannen wir mit den Aufzeichnungen. Die Probandin beantwortete meine Fragen sehr ausführlich und genau. Man merkte, dass sie sich sehr viele Gedanken über das Thema Partnerschaft macht und im Laufe ihres Lebens auch schon so einige Erfahrungen gesammelt hatte. Nach dem Interview blieben wir noch eine Weile im Kaffeehaus sitzen und unterhielten uns noch ein bisschen. Die Probandin hat eine spastische Diplegie⁵ von Geburt an und steht gerade am Beginn einer Partnerschaft. Sie erzählte mir, dass sie

⁵ Eine spastische Diplegie, ist eine frühkindlich cerebrale Bewegungsstörung (dimdi online).

sich nicht so ganz sicher sei, ob sie sich in einer Partnerschaft befindet, aber dass es jemanden gibt, mit dem sie sich trifft und sich wünschen würde, dass eine Beziehung daraus entsteht.

Da sich dieses Kapitel mit meinen Interviewnotizen näher beschäftigt hatte und die verschiedenen Interviewsituationen darstellte, folgt im Anschluss daran die Transkription der Interviews. Dazu werde ich im folgenden Kapitel die von mir gewählte Transkriptionsart darstellen, dann auf die Theorie der qualitativen Inhaltsanalyse eingehen, um in weiterer Folge zu der Entwicklung meines Kodierleitfadens hinführen.

9.4. Aufbereitungs- und Auswertungsverfahren

Um eine Auswertung der Daten zu ermöglichen, wurden zunächst alle Interviews transkribiert. „Mit dem Transkribieren von aufgezeichneten Interviews oder Alltagsgesprächen beginnt die Auswertung des Datenmaterials“ (Langer 2010, S. 515).

Das die Verschriftlichung der Aussagen der Interviewpartner bereits ein wichtiger Anteil des Forschungsprozesses darstellt lässt sich damit erklären, dass diese bereits Interpretationen zulässt und eine entscheidenden Grundlage für den folgenden Auswertungsprozess legt. Das wiederholte, bewusste Anhören eines Interviews kann bereits als Erkenntnisprozess gelten, da es Bewusstsein schafft für die Aussagen der Probanden als auch für den zu untersuchenden Gegenstand (ebd., S. 515ff).

Bei der Auswertung der Interviews orientierte ich mich an dem von Kuckartz et. al. (2008, S. 27f) entwickelten Analyseverfahren, dass durch einfache Regeln in kurzer Zeit erlernt werden kann:

1. Es erfolgt eine wortwörtliche Transkription, wobei existente Dialekte der Probanden eine Glättung erfahren.
2. Ferner wird die Sprache und die Satzzeichensetzung an das Schriftdeutsch angeglichen.
3. Anonymisiert werden jegliche Informationen die im Laufe des Interviews gegeben wurden und Aufschluss über die Identität der Person erlauben.
4. Pausen werden je nach Länge dieser durch eine Interpunktion (...) gekennzeichnet.
5. Dezidiert betonte Wörter des Interviewten werden unterstrichen bei der Transkription.
6. Bei Lautäußerungen des Interviewers die zur Bestätigung oder Zustimmung dienen und keine Unterbrechung des Interviewten nach sich ziehen, erfolgt keine Transkription.

7. Erfolgt ein Einwurf der anderen Person im Redefluss des Sprechenden, wird dieser in einer Klammer festgehalten.
8. Ebenfalls werden von dem Interviewten getätigte Lautäußerungen, wie ein Lachen oder dergleichen, in einer Klammer ausgewiesen.
9. Die Kennzeichnung der Personen erfolgt durch ein „I“ für den Interviewer und ein „B“ mit fortlaufender Nummer für den Befragten.
10. Ein Wechsel der Sprecher wird, aufgrund des besseren Überblickes, durch eine Leerzeile gekennzeichnet (ebd.).

Meine Transkription erfolgte bis auf die Kennzeichnung der Probandinnen mit B und Kennzahl, welche ich durch unterschiedliche Buchstaben A, B, C, D gekennzeichnet habe und betonte Wörter, die ich fett und nicht unterstrichen habe, nach diesen Regeln.

9.4.1. Auswertung der Daten

Bei der anschließenden Auswertung der Daten wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring herangezogen, welche sich aus der Kommunikationswissenschaft stammenden Inhaltsanalyse entwickelte und unterschiedliches, bestehendes Material der Kommunikation systematisch zu analysieren beansprucht (Mayring 2010, S. 468f). Sie arbeitet dazu z.B. mit Texten, Bildern oder dergleichen und wertet diese aufgrund feststehender theoriegeleiteter Regeln nach einem festgesetzten Ablaufschema aus (Mayring 2008, S. 12). Die Analyse erfolgt vor dem Hintergrund des Kommunikationsprozesses, um Rückschlüsse auf Phänomene der Kommunikation geben zu können (ebd.).

Für die qualitative Inhaltsanalyse gibt es drei unterschiedliche Techniken der Auswertung nach Mayring (2002, S. 115):

1. „Die Technik der inhaltsanalytischen Zusammenfassung“

Das Kommunikationsmaterial wird bei dieser Technik zu einem Korpus zusammengefasst, sodass die grundlegenden Aussagen abgebildet werden.

2. „Die explizierende qualitative Inhaltsanalyse“

Hier wird erläuterndes Material herangezogen, um zu einem umfassenden Verständnis von Phänomenen zu gelangen.

3. „Die strukturierende Inhaltsanalyse“

Bestimmte Phänomene sollen im Zuge dieser Analyse mit Hilfe von vorab bereits festgesetzten Regeln herausgearbeitet werden, um eine Strukturierung des Materials zu erhalten (ebd.,).

In der vorliegenden Arbeit findet die inhaltsanalytische Zusammenfassung mit Hilfe induktiver Kategorienbildung Anwendung (vgl. dazu ebd.,).

„Innerhalb der Inhaltsanalyse ist die Kategorienentwicklung nun systematischer angelegt; sie kann dabei dieselbe Logik, dieselben reduktiven Prozesse benutzen, die bei zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse verwendet werden“ (Mayring 2002, S. 115). Während die Bildung der Überkategorien „Dimensionen“ vordergründig theoriegeleitet bzw. Leitfaden gestützt erfolgte aber in Abgleichung mit den gewonnenen Kategorien einer Überprüfung unterzogen wurden, wurden die Unterkategorien durch ein induktives textbasiertes Vorgehen entwickelt.

Mayring (2002, S. 116) zeigt in seinem Buch „Einführung in die qualitative Sozialforschung“ ein Ablaufmodell der induktiven Kategorienbildung.

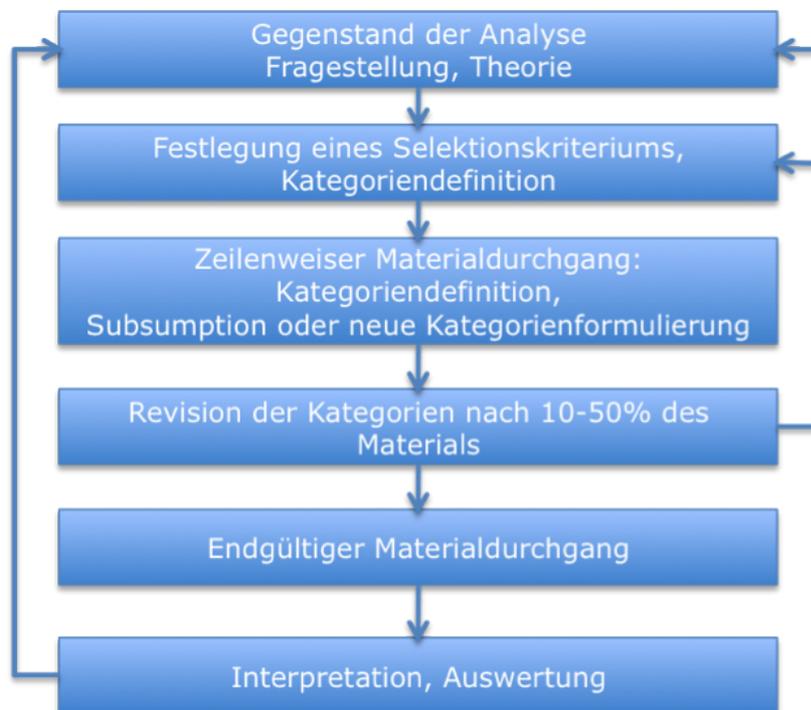


Abb. 4: (Mayring 2002, S. 116)

Kategoriedimensionen sowie die Begrenzung dieser werden im Abgleich mit theoretischen Zugängen des Gegenstandes und der Fragestellung vorab definiert. Danach erfolgt ein zei-

lenweiser Durchgang des Materials wobei bereits beim ersten Finden einer entsprechenden Aussage, eine Kategorie gebildet wird. Weitere passende Aussagen der Befragten können ebenso der Kategorie untergeordnet werden, oder wenn diese abweicht unter einer neuen Kategorie verordnet werden. Im Sinne der Überprüfung wird das Kategoriensystem nach etwa 10-50% der Sichtung des Materials, wiederholt durchgearbeitet. (Mayring 2002, S. 115ff). Nach dem Erhalt der Kategorien, kann das „[...]gesamte Kategoriensystem [...]in Bezug auf die Fragestellung und dahinter liegende Theorie interpretiert werden“ (ebd., S. 117).

Der zeilenweise Materialdurchgang und das Bilden der Kategorien zu den einzelnen Dimensionen erfolgte in der vorliegenden Arbeit im Sinne der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, welche im folgenden Kapitel exemplarisch dargestellt wird.

9.4.2. Darstellung der Auswertung

Zunächst gibt der Kurzfragebogen einen ersten Überblick über die Interviewteilnehmer und trägt in weiterer Folge auch zur Interpretation der Ergebnisse bei.

Im Anschluss daran erfolgte die Auswertung der Interviews mit Hilfe der induktiven Vorgehensweise nach Mayring. Die sogenannten Dimensionen entwickelten sich vordergründig durch den vorangegangenen Theorieteil der Arbeit und geben einen ersten Überblick über die gewonnenen Kategorien. Es wurden Aspekte, die sich der Theorie zu Folge auf eine Partnerschaft auswirken können dafür herangezogen und im Abgleich mit den unterschiedlich gewonnenen Kategorien gebildet.

- Bedürfnisse an eine Partnerschaft
- Subjektives Erleben/Umgehen mit der Beeinträchtigung
- Partnerschaftliches Erleben
- Sexualität
- Freizeit erleben mit dem Partner
- Erlebte Akzeptanz

Beispielhaft wird anhand dieser Tabelle gezeigt, wie die Kategorienfindung vonstatten ging.

Tab.1: Beispielhafte Darstellung des Auswerteverfahren

Partnerschaftliches Erleben						
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion	
B	1	2	Wir sind inzwischen 34 Jahre verheiratet. Der Unfall war vor 4 Jahren, welcher die Partnerschaft psychisch sehr in Anspruch genommen hat.	Veränderung durch die Beeinträchtigung - psychisch in Anspruch genommen	K1: Veränderung der Partnerschaft durch die Beeinträchtigung -psychisch in Anspruch genommen	
B	1	3	Mein Gatte ist nicht darüber hinweg u. wird auch nicht damit fertig	Partner wird mit Beeinträchtigung nicht fertig		
B	1	4	Er ist pflichtbewusst, würde mich nie verlassen aber kann emotional nicht damit umgehen.	Partner wird mit Beeinträchtigung nicht fertig	K2: Umgehen des Partners mit Beeinträchtigung -wird damit nicht fertig - kann ihr keine Nähe geben - will das sie eine starke Frau ist	
B	1	5	Kuscheln, Streicheleinheiten, das was man braucht nach so einem Unfall, jemanden zum Anlehnen kann er mir nicht geben	Partner wird mit Beeinträchtigung nicht fertig - Kann ihr keine Nähe geben		
B	1	6	Er will, dass ich eine starke Frau bin, hängen lassen, dass mag er gar nicht oder wenn ich traurig bin. Er wird dann sehr hart, was er früher nicht war.	Partner will, dass sie eine starke Frau ist - wird sehr hart		
B	1	7	Wenn es mir schlecht geht sagt er, ich soll mich zusammenreißen. Ich würde aber eine Schulter zum Ausweinen brauchen	Partner will, dass sie eine starke Frau ist -wird sehr hart - kann ihr keine Nähe geben		
B	2	8	Wenn ich etwas brauche muss ich es verlangen, er möchte, dass ich selbstständig bin. Von alleine kommt da nichts. Ich bin aber nicht der Typ, der um etwas bitten kann.	Schwierig für beide Partner mit der neuen Situation umzugehen		

Es wurde in das Feld „Fall“ der jeweilige Buchstabe des Interviews eingetragen also z.B. in dem angeführten Beispiel Interview B, danach findet sich die Seitenanzahl der jeweiligen Aussage und eine Nummerierung unter „Nr.“, dieser. Im Feld Paraphrase werden die Aussagen der Probandinnen sinngemäß wiedergegeben. Bei der Generalisierung wird die vorangegangene Paraphrase allgemein dargestellt und anhand dieser zu Kategorien gebündelt (vgl. dazu Mayring 2008, S. 61f).

In weiterer Folge wurden die Aussagen der Probandinnen in einem zweiten Durchgang weiter reduziert bzw. fallübergreifend dargestellt. Dazu wurden die verschiedenen gewon-

nenen Kategorien der Probandinnen aus dem ersten Durchgang (siehe oben) miteinander in Beziehung gesetzt um Überlappungen zu erkennen und allgemeine Einschätzungen wiederzugeben (vgl. dazu Mayring 2008, S. 71). Es wurde dabei jede Aussage, auch wenn sie nur einmal vorkam, in den Auswertungsprozess miteinbezogen.

Im folgenden Kapitel werden die unterschiedlichen übergreifenden Dimensionen mit den sich darunter befindenden Kategorien dargestellt. Dazu werden die getätigten Aussagen der Probandinnen die Kategorienbildungen untermauern und nachvollziehbar machen.

9.5. Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Kategorien präsentiert, welche sich im Zuge der Auswertung mit Hilfe der induktiven Vorgehensweise der qualitativen Inhaltsanalyse ausfindig machen ließen. Zuvor jedoch wird ein Überblick anhand des Kurzfragebogens über die Interviewteilnehmerinnen gegeben. Die Namen meiner Interviewpartner als auch jegliche Personennamen, die im Interview erwähnt wurden und Aufschluss über die Person geben könnten, wurden aus Gründen der Anonymität verändert.

9.5.1. Darstellung der Interviewpartner

Tab. 2: Allgemeine Informationen zu den Interviewpartnerinnen

	Probandin A	Probandin B	Probandin C	Probandin D	Probandin E	Probandin F	Probandin G	Probandin H
Alter	25	59	33	28	59	25	18	30
Beeinträchtigung	Querschnittslähmung durch einen Unfall im Laufe des Lebens erhalten	Querschnittslähmung ab dem 4/5 Brustwirbel durch einen Unfall im Laufe des Lebens erhalten	Querschnittslähmung durch einen Unfall im Laufe des Lebens erhalten	Querschnittslähmung durch eine Operation mit 8 Jahren erhalten	Posttraumatische Skoliose, Coxarthrose, Meniscus Degeneration, Gangbildstörung Im Laufe des Lebens erhalten bzw. verschlimmert	Rheumatoide Arthritis im Laufe des Lebens erhalten	Querschnittslähmung inkomplett ab dem 1/2 Lendenwirbel Durch einen Unfall im Laufe des Lebens mit ca. 15 Jahren erhalten	Spastische Diplegie von Geburt an
In einer Partnerschaft	Nein	Ja / In einer Ehe lebend	Ja / In einer Ehe lebend	Ja	Nein	Nein	Ja	Nein
Hat die Partnerschaft bereits vor der B. bestanden	-	Ja	Ja	Nein	-	-	Nein	-
Beruf	Studentin	War Ordinationshilfe vor dem Unfall. Seit dem Unfall Ordinationshilfe	Bankangestellte	Sekretärin in einer Schule	Psychotherapeutin	Studentin	Schülerin	Assistentin in der IP Abteilung
Wohnsituation	Wohnt alleine in einer Wohnung	Wohnt mit ihrem Mann zusammen in einer Wohnung	Wohnt mit ihrem Mann und Kind in einer Wohnung	Wohnt mit Fam. In einer Wohnung	Lebt in einem Haus mit Garten	Wohnt in einer WG	Lebt in einem Internat	Lebt in einer eigenen Wohnung
Assistenz	Am Arbeitsplatz	Ja	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein	Nein

Die Probandinnen bewegten sich im Alter von 18 – 59 Jahren. Wichtig bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen war, dass sie ein Alter hatten, wo bereits Erfahrungen mit Beziehungen gemacht wurden. Daher wurden Probandinnen im Alter von 18-70 Jahre interviewt. Weiters wurden nur Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung für die Interviews ausgewählt. Von den Frauen lebten zwei in einer Ehe, welche bereits vor der Beeinträchtigung bestanden hat, zwei weitere befanden sich in einer Partnerschaft und drei gaben an derzeit Single zu sein. Fünf der Probandinnen saßen aufgrund einer Querschnittslähmung im Rollstuhl, eine Probandin hatte ein verändertes Gangbild durch eine posttraumatische (erhaltenen Wirbelbruch) Skoliose als auch durch ihre Coxarthrose (Hüftgelenk-arthrose), eine weitere Probandin hatte eine Spastische Diplegie und eine andere eine Rheumatoide Arthritis.

9.5.2. Das Kategoriensystem

Während sich die Dimensionen größtenteils theoriegestützt entwickelten, wurden die Kategorien mithilfe der induktiven Vorgehensweise nach Mayring gebildet.

Tab. 3: Das Kategoriensystem

Dimension	Kategorie
Bedürfnisse an eine Partnerschaft	K1: Erwartungen an eine Partnerschaft
	K2: Veränderte Vorstellungen
	K3: Erwünschte Eigenschaften des Partners
	K4: Nicht erwünschte Eigenschaften des Partners
Subjektives Erleben/Umgehen mit der Beeinträchtigung	K1: Beeinträchtigung ins Selbstbild integriert
	K2: Veränderung der selbst erlebten Weiblichkeit
	K3: Umgang mit der Beeinträchtigung
	K4: Eigener Lösungsansatz
Partnerschaftliches Erleben	K1: Kennen lernen des Partners
	K2: Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung
	K3: Veränderungen und Rollenänderungen in der Partnerschaft,
	K4: Rolle in der Partnerschaft
	K5: Gedanken zur Partnerschaft
	K7: Kinderwunsch

Sexualität	K1: Beeinflussung bzw. Veränderungen durch Beeinträchtigung
	K2: Keine Beeinflussung durch Beeinträchtigung
	K3: Vermutungen und Ängste
Freizeit erleben mit dem Partner	K1: Sport
	K2: Keine erlebte gemeinsame Freizeit
	K3: Barrieren beim Reisen
	K4: Einschränkungen durch bauliche Barrieren
Erlebte Akzeptanz	K1: Familie und Freunde
	K2: Wahrnehmung von selbst beeinträchtigten Menschen
	K3: Unterschiedlich erlebte Akzeptanz in der Gesellschaft

9.5.2.1. Dimension: Bedürfnisse an eine Partnerschaft:

Zunächst wurde mithilfe der Interviews auf die Vorstellungen und Bedürfnisse, die an eine Partnerschaft gestellt werden, eingegangen. Es galt dabei abzuklären, ob eine Partnerschaft für die befragten Frauen erstrebenswert ist oder diese Verbindung keine Option für sie darstellt. Es fanden sich unterschiedliche Faktoren, die für die Frauen von großer Wichtigkeit in einer Partnerschaft sind. Es konnten vier Kategorien herausgearbeitet werden: *K1: Erwartungen an eine Partnerschaft; K2: Veränderte Vorstellungen; K3: Erwünschte Eigenschaften des Partners; K4: Nicht erwünschte Eigenschaften des Partners*

Unter der Kategorie 1: *Erwartungen an eine Partnerschaft* wurden die Vorstellungen und Erwartungen, welche die Frauen an ihre Partnerschaft stellen, gesammelt. Dabei gab die Hälfte der Frauen (n=4) an, dass „Füreinander da sein“ eine große Rolle spielt. *„Es ist total wichtig, dass man in einer Partnerschaft füreinander da ist, bedingungslos. Ich mein, natürlich gibt es Grenzen, aber prinzipiell ist es für mich super wichtig, unabhän/ also abgesehen von einer Krankheit, dass man einfach füreinander da ist und sich einfach respektiert und hilft, wo es nur geht“ (Int. F/ Z. 7-11)*. Weiters gaben vier Probandinnen (n=4) an, dass es ihnen ganz wichtig ist, dass sie ihrem Partner vertrauen können. *„Aber ich denk mir, das Wichtigste also in der Partnerschaft, also auch in der Freundschaft ist, ahm, Vertrauen und Liebe. Wenn das nicht funktioniert, dann brauch ich keine Partnerschaft. Und*

ich finde, in der Partnerschaft ist es sogar noch wichtiger als in der Freundschaft, weil in der Partnerschaft verbringt man einfach viel mehr Zeit miteinander. Wenn da das Vertrauen nicht da ist, dann kann das auch nicht funktionieren“ (Int. D/Z. 10-14). Weiters wurde von vielen Frauen (n=4) die Wichtigkeit einer Gleichberechtigung in der Partnerschaft angesprochen. Dabei spielte auch der Respekt gegenüber der Frau mit ihrer Beeinträchtigung eine wichtige Rolle. *„Mein Partner soll auf jeden Fall mich respektieren wie ich bin, genauso wie ich ihn respektieren werde, wie er ist“ (Int. F/Z. 19-20)* Weiters wurde von einer Probandin der Wunsch nach einer „normale Partnerschaft wie für jeden anderen auch“ (vgl. dazu Int. A/Z. 123-124) geäußert und „Liebe“ (Int. D/Z. 11) als notwendige Gegebenheiten in einer Partnerschaft genannt.

Unter der Kategorie K2: *Veränderte Vorstellungen* ließen sich 50% (n=4) der Frauen finden, die von veränderten Vorstellungen, welche durch die Beeinträchtigung aber auch im Zuge des Alters entstanden sind und die sie an eine Partnerschaft stellen, sprachen. Drei Frauen fielen aus der Fragestellung hinaus, weil sie ihre Beeinträchtigung bereits in jungen Jahren erhielten bzw. eine Interviewpartnerin diese von Geburt an hatte (vgl. dazu Kurzfragebogen). Also waren es vier (n=4) von möglichen fünf Frauen, die von einer veränderten Vorstellung sprachen. Zwei Frauen sprachen explizit davon, dass sich ihre Vorstellung durch ihre Beeinträchtigung verändert hat. *„Ja, also vorher, also wenn du viel jünger bist, gehst du halt doch mehr aufs Aussehen und wie wirkt er, wie kommt er bei den anderen an, ob er cool ist oder so. Auf das schaut man jetzt einfach nicht mehr so, jetzt sind einfach die inneren Werte viel wichtiger geworden als das Äußerliche (Int. G/Z. 50-53).* Weiters wurde genannt, dass Verständnis auch vom Partner aufgebracht werden muss, ob und wie die Beeinträchtigung die Beziehung beeinflussen wird (vgl. dazu Int. F/Z. 67-69). Die beiden anderen Frauen (B und E) sprachen auch von veränderten Vorstellungen, wobei diese auf die Beeinträchtigung als auch auf veränderte Vorstellungen, welche sich im Zuge des Alters entwickelt haben, zurückzuführen sind. *„[...] also jetzt würde ich mir vorstellen/natürlich hat sich das im Laufe des Lebens verändert, ja, aber jetzt würde ich mir vorstellen, dass man (...) Beziehungen, wo man nicht zusammenlebt im gleichen Haus, sondern dass jeder seinen eigenen Bereich hat und dass man Dinge gemeinsam unternimmt“ (Int. E/Z. 11-14).*

In der Kategorie K3: *Erwünschte Eigenschaften des Partners* ging es um die Vorstellungen, die genannt wurden, wie ihr Partner sein muss, damit eine Partnerschaft funktionieren würde. Dazu wurden viele unterschiedliche Eigenschaften von den Frauen genannt wie

z.B.: er soll treu sein (Int. F/ Z. 21), die Beziehung soll ihm wichtig sein (Int. F/ Z. 21), dass man mit ihm alles teilen kann, „einfach quatschen kann und schweigen kann und Blödsinn machen kann oder auch nicht“ (Int. H/ Z. 28-29) und vieles mehr. Dass man in der Partnerschaft gemeinsam lachen kann und Spaß haben kann, war vor allem den jüngeren Frauen wichtig (n= 3), so sagte eine: *„Er soll super lustig sein, er soll verständnisvoll sein, er soll treu sein, er soll super lustig sein“* (Int. F/Z. 20). Weiters war dies bei Frau G und H der Fall (vgl. dazu Int. G/Z. 11; Int. H/Z. 22). Die Akzeptanz für die Beeinträchtigung wurde auch in dieser Kategorie von einer Probandin erwähnt. Sie sagte: *„Das Wichtigste ist halt einfach, dass mich der so akzeptiert wie ich bin, also mit meiner Beeinträchtigung und wenn er das nicht kann, dann brauch ich ihn auch nicht als Partner, also“* (Int. D/Z. 19-21). Weiters erzählt sie, dass gewisse „Extrawürste“ vom Partner akzeptiert werden müssen, die mit der Beeinträchtigung einhergehen (Int. F/Z. 72).

Unter der Kategorie K4: *Nicht erwünschte Eigenschaften des Partners* schrieben zwei Frauen, dass der Partner kein trauriges Gemüt haben sollte (vgl. dazu Int. G/Z. 12-13.) als auch folgendermaßen: *„So, so halt eigentlich ja / die Leute sind so wie sie sind und das ist meistens auch so ok. Aber halt nicht so /ich weiß nicht Egozentrische, Eigenartige brauchen wir nicht“* (Int. H/Z. 29-31).

Auffällig war, dass Äußerlichkeiten überhaupt nur in drei Interviews erwähnt wurden, wobei dies von einer Frau als Scherz gemeint war *„(lacht) braune Augen (lacht) braune (lacht)“* (Int. F/Z. 15) und die zweite meinte: *„Und ich weiß nicht, ich sag so, Aussehen ist weniger / ich mag zwar dunkle Augen und dunkle Haare lieber als als helle Haare und und hellere Augen, aber im Endeffekt ist es gehupft wie gehatscht. Ich hab mich sowohl als auch verliebt schon, also ist es vollkommen wurscht“* (Int. H/Z. 23-27). Und die dritte verwies drauf, dass sie keine „optischen Idealbilder“ hat und Äußerlichkeiten damit keine so große Rolle spielen wie andere Eigenschaften (Int. D/ Z. 19). Auch Körperlichkeit als wichtiger Bestandteil einer Beziehung wurde überhaupt nur einmal erwähnt, *„[...] und halt (...) ja eine körperliche Beziehung ist halt natürlich auch ein wichtiger Teil so“* (Int. A/Z. 13-14).

9.5.2.2. Dimension: Subjektives Erleben/Umgehen mit der Beeinträchtigung

Diese Dimension bezieht sich auf das subjektive Umgehen der Frauen mit ihrer Beeinträchtigung. Dabei ging es darum herauszufinden, inwieweit die Beeinträchtigung von ihnen angenommen wird und wie sich dies in weiterer Folge auf die Partnerschaft oder das Kennenlernen von Partnern auswirkt. In Bezug auf das subjektive Erleben bzw. Umgehen der Frauen mit ihrer Beeinträchtigung ließen sich die Kategorien K1: *Beeinträchtigung ins Selbstbild integriert*; K2: *Veränderung der selbst erlebten Weiblichkeit*; K3: *Umgang mit der Beeinträchtigung*; K4: *Eigenen Lösungsansatz finden*.

Die Kategorie K1: *Beeinträchtigung ins Selbstbild integriert* beinhaltet jene Aussagen der Frauen, die zeigen, dass sie selbstbewusst mit ihrer Beeinträchtigung umgehen und diese nicht als Verlust oder Last erleben sondern als positiven Teil von dem, was sie ausmacht. Dies ließ sich bei drei (n=3) von den vier jüngsten Probandinnen finden. So berichteten diese, dass ihre Beeinträchtigung ein Teil von ihnen ist und sie auch zu dem macht, was sie sind. „(lacht) *Wie gesagt, ich kenne es nicht anders und für mich ist es normal (...) und ich weiß es auch nicht, wie es ist wenn, also wenn ich normal wäre. Also für mich ist es ja normal*“ (Int. A/Z. 84-86). Eine weitere Probandin sagte: „*Also meine Behinderung, die gehört einfach zu mir, also ich lebe damit und das ist im Endeffekt so wie, wie ein ein Fisch ohne Wasser, der geht auch ein und die Behinderung ist einfach auch ein Teil von mir und deswegen, ja*“ (Int. D/Z. 199-201). Was diese Probandinnen gemeinsam haben ist, dass sie schon sehr früh ihre Beeinträchtigung erhielten: Probandin A mit ca. 15 Jahren (vgl. dazu Int. A/Z. 26), Probandin D mit 8 Jahren (vgl. dazu Kurzfragebogen der Probandinnen) und Probandin G mit ca. 15 Jahren (vgl. dazu Kurzfragebogen der Probandinnen). Eine weitere Gemeinsamkeit der Probandinnen ist, dass sie alle aufgrund einer Querschnittslähmung im Rollstuhl sitzen.

Unter der Kategorie K2: *Veränderung der selbst erlebten Weiblichkeit* lassen sich jene Aussagen zusammenfassen, welche mit einer veränderten Wahrnehmung in Bezug auf Weiblichkeit einhergehen. Dies war bei drei (n=3) Frauen der Fall, welche ihre Beeinträchtigung erst im Laufe des Lebens erhalten haben. Eine weitere Interviewpartnerin mit Rheuma wusste aufgrund des Fortschreitens der Krankheit nicht, wie sich diese in Zukunft auf sie auswirken wird. Sie äußerte die Sorge, dass sich vielleicht ihre Hände deformieren werden oder sie vielleicht irgendwann einmal auf einen Rollstuhl angewiesen sein wird. Zurzeit fühlt sie sich jedoch nicht beeinflusst, weil man ihre Beeinträchtigung wie sie

schreibt, „noch nicht wirklich sieht“ (Int. F/Z. 129-131). Die drei spät-beeinträchtigten Frauen berichteten von anfänglichen oder noch bestehenden Schwierigkeiten, die Beeinträchtigung in ihr weibliches Selbstbild zu integrieren. „*Die erste Zeit habe ich mich selbst nicht als Frau gefühlt, weil ich eben überhaupt nichts mehr spüre, das ist kein Frausein mehr. Das war die erste Zeit*“ (Int. B/Z. 98-101). Eine weitere Frau berichtet, dass sie seit ihrer Beeinträchtigung nicht mehr so gerne Gewand einkaufen geht (vgl. dazu Int. C/Z. 172-174). „*Und ich hab einfach/ Was ich nur merk / was ich eben / wenn ich 'Ah das schaut jetzt aber echt total toll aus auf der Puppe' und dann gehe ich hinein und probier das und dann denk ich mir, 'Na, da haben sie wieder überhaupt nicht mitgedacht' und du kannst auch nur sehr sehr wenig Kleidung kaufen in dem Bereich, die dann wirklich weiblich aussieht noch. Weil du verlierst dann an Weiblichkeit, wenn du das dann anziehst*“ (Int. C/Z. 195-200). Die dritte Probandin berichtet, dass sie sich nicht mehr so attraktiv fühlt und dies auch Auswirkungen darauf hat, wie sie am Partnerschaftsmarkt ankommt. „*Ich fühle mich dadurch einfach nicht mehr so auf diesem Markt (lacht), wie sagt man da auf dem Markt der Geschlechter, also am Partnerschaftsmarkt irgendwie beeinträchtigt*“ (Int. E/Z. 62-64).

In der Kategorie K3: *Umgang mit der Beeinträchtigung* geht es um den individuellen Umgang der Frauen mit ihrer Beeinträchtigung. Dabei ist zu sagen, dass die drei (n=3) Frauen, welche ihre Beeinträchtigung sowieso vollständig in ihr Selbstbild integriert haben, hier nicht weiter einbezogen werden, da sie bereits in der Kategorie K1 Erwähnung finden und der Umgang für sie mit ihrer Beeinträchtigung sowieso „normal“ ist. Zwei Frauen (n=2) berichteten davon, dass sie sich verstellen haben bzw. verstellen, um niemandem zu zeigen, wie es in ihnen drinnen wirklich aussieht. „*Aber ich muss auch sagen, dass ich mich die ersten Jahre aufgrund dessen auch sehr verstellt habe. Ich habe niemandem meine Schmerzen gesagt, ich habe niemandem meine Schwächen gesagt. Ich war immer taff*“ (Int. B /Z. 104-106). Weiters berichtet auch eine der Probandinnen, dass sie ihre Beeinträchtigung gekonnt kaschiert: „*[...] und ich weiß, ich kann es sehr gut kaschieren. Also ich kann auch tanzen, so dass kaum einer merkt, dass ich etwas habe. Einfach das hab ich gelernt, weil eigentlich Bewegung immer etwas was war, was ich sehr geliebt habe*“ (Int. E/Z. 97-99). Interviewpartnerin F hat gelernt mit ihrer Beeinträchtigung zu leben und probiert, wie sie sagt „halt das Beste daraus zu machen“ (Int. F/Z. 56-58). Frau D erzählt, dass es situationsbedingt ist, dass ihre Unsicherheit manchmal durchkommt (vgl. dazu Int.

H/Z. 288-289). Weiters sagt sie: „*Und es kommt immer drauf an, aber es ist sehr viel Kopf, glaube ich*“ (Int. H/Z. 308-309).

In der Kategorie K3: *Eigener Lösungsansatz* finden sich Umgangsweisen der Frauen, um sich ihre vermeintlich verloren gegangene Weiblichkeit wiederzuholen oder aber um mit ihrer Beeinträchtigung umgehen zu können. So hat jede Frau ihre ganz eigene Technik und Möglichkeiten, um dies zu tun. Abgesehen von den drei Frauen (A, D, G), die sowieso von einem positiven Selbstbild berichteten, erzählten weitere drei (n=3) Frauen, wie sie selbst Lösungsansätze gefunden haben. Eine der Frauen ging in Psychotherapie und berichtet: „*Und das habe ich gelernt, in dem einem Jahr, dass ich wirklich zu mir stehe. Und egal was ich tue und was ich sage und was ich will und was ich möchte, ich solle es durchziehen. Wer es nicht verträgt, soll gehen*“ (Int. B/Z. 116-118). Eine weitere berichtet davon, dass sie probiert, ihre Beeinträchtigung nicht zu dominant werden zu lassen, indem sie diese nicht besonders thematisiert, wenn sie z.B. neue Leute kennen lernt: „*Und die Einschränkungen, ja ich ich ich ich wage /ich traue mich jetzt nicht zu sagen, es sind gar keine Einschränkungen, weil es ist ANDERS als bei andern. Ich glaub, das ist es einfach wirklich/ Aber ich versuche immer (...) das vor allem in den Situationen, das nicht zu GROß werden zu lassen*“ (Int. H/Z. 309-313).

9.5.2.3. Dimension: Partnerschaftliches Erleben

Die Dimension partnerschaftliches Erleben behandelt Erfahrungen, welche mit dem Partner oder überhaupt in der Partnerschaft von den beeinträchtigten Frauen gemacht wurden. Im Zuge des partnerschaftlichen Erleben, ließen sich die Kategorien K1: *Kennen lernen der Partner*; K2: *Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung*; K3: *Rolle in der Partnerschaft*; K4: *Veränderungen und Rollenänderungen in der Partnerschaft*; K5: *Gedanken zur Partnerschaft*; K6: *Kinderwunsch* finden.

Unter der gefundenen Kategorie K1: *Kennen lernen der Partner* ließen sich unter anderem Orte verzeichnen, wo die Probandinnen ihre Partner kennen lernen bzw. kennengelernt haben. Dabei wurden nur jene Frauen in die Auswertung miteinbezogen, welche mit ihrer Beeinträchtigung einen Partner kennen gelernt haben bzw. die Partnerschaft nicht schon vor der Beeinträchtigung bestanden hatte. Dies betraf vier (n=4) vier Frauen der insgesamt acht Probandinnen. Zwei davon berichteten, dass sie bereits jeweils zwei ihrer Partner im

Laufe des Lebens im Rehabilitationszentrum kennengelernt haben, in das sie nach ihren Unfällen gebracht wurden. *„Ja also, wir haben uns kennen gelernt, eben am Weißen Hof, dort wo ich auf Reha war. Und spielen beide Basketball. Und er war der Kapitän damals in der Mannschaft. Und hat eh lange gedauert, bis wir zusammen gekommen sind, aber sind dann zam“* (Int. G/Z. 72-74). Weiters berichteten die Probandinnen von einem Kennenlernen auf dem Festival „Frequency“ und im Internet. Beim Kennenlernen selbst, gaben zwei Frauen (n=2) an, dass sie die Beeinträchtigung nicht gleich zum Thema machen. Wobei dies für eine der Probandinnen aus dem Grund herauspassierte, wie sie sagt: *„Also wir haben uns kennen gelernt über das Internet und haben dann ein Jahr lang wirklich täglich Kontakt gehabt und haben ewig lang über Gott und die Welt diskutiert. Und es ist aber irgendwie nie ein Thema gewesen, also wir sind nie in unseren Gesprächen auf das Thema gekommen und für mich war halt das auch nicht, dass ich es irgendwie erwähnen müsst [...] die Beeinträchtigung, weil das für mich was Selbstverständliches ist“* (Int. D/Z. 40-44). Die andere tat dies, um ihren Partner nicht zu verschrecken: *„Vielleicht nicht gleich am Anfang, weil ich mir da denke: ‘Na super, gleich mit der Tür ins Haus fallen, da drehen sie sich gleich um und gehen.’ (lacht) Ähm, aber ich, ich verschweige es nicht, weil das kannst du auch gar nicht. Aber so wirklich mit der Tür ins Haus fallen, ich glaub, das ist bei keinem Kennenlernen und bei keinem Date so eine gute Idee gleich mit den Unzulänglichkeiten anzufangen, also ich glaub, das ist keine gute Technik“* (Int. H /Z. 126-131). Drei Frauen (n=3) betonten, dass es ihnen besonders wichtig ist über die Beeinträchtigung zu reden, damit der Partner sich auf die Partnerschaft einstellen kann. *„Ich denke, er muss da für sich selbst entscheiden DÜRFEN, ob er ein Leben damit führen kann und möchte oder nicht. Also insofern wird es auf jeden Fall zu den ersten Gesprächen gehören“* (Int. F/Z. 82-84). In Bezug auf das Flirten gaben zwei Frauen an, dass sie sich durch ihre Beeinträchtigung beeinflusst sehen. Dabei handelte es sich um in der Person liegende Faktoren: *„Also um eine/ Es beeinflusst mich insofern, dass ich das, es auch irgendwie als Ausrede irgendwo auch benutze. So quasi, ich kann ja nicht mehr so und ich will mir das nicht antun, dass der mich dann vielleicht ausspottet: ‘Ja, du hinkst‘ oder ‘Du kannst jetzt nicht mit mir eine weite/du kannst mit mir jetzt keinen Sport machen.’ Oder ja“* (Int. E/Z. 33-36). Die andere Probandin erzählt: *„Ich glaub, die größte Barriere, die größte Barriere ist in meinem Kopf. Ich glaub, das größte Problem, das ich mir mache, bin ich selbst und nicht meine Umwelt. Weil ich glaub, ich glaub es ist so, dass die es gar nicht so wirklich sehen würden. Aber /ab einem gewissen Punkt hab ich dann selber wieder ein bisschen Panik*

und dann kommt das an die Oberfläche und dann hab ich das in meinem Kopf und nicht DIE in ihrem Kopf. Und ich glaub, das ist der Punkt“ (Int. H/Z. 359-364).

Unter der Kategorie K2: *Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung* gaben drei von sechs Probandinnen an, die sich nach ihrer Beeinträchtigung schon in einer Partnerschaft befanden, dass ein offener Umgang mit der Beeinträchtigung erfolgte und keine Barrieren seitens der Partner vorhanden sind. *„Und der war der Erste, der eigentlich vorher noch nie etwas mit Rollifahrern zu tun gehabt hat. Und das war irgendwie eine neue, ganz schöne Erfahrung, weil er dahin total offen war und überhaupt keine Berührungsängste gehabt hat und irgendwie gesagt hat, ihm ist der Rolli egal und er mag einfach mich kennen lernen und alles drum herum wird er dann halt auch kennen lernen“ (Int. A/Z. 47-52).* Von diesen drei Probandinnen hatte die Mehrheit der Partner, mit denen diese eine Beziehung eingingen, jedoch Erfahrung im Umgang mit beeinträchtigten Menschen oder aber waren selbst beeinträchtigt. *„Wenn du halt jemanden kennen lernst, der selber Patient ist, ich mein, er hat zwar eine andere Behinderung, also er hat gehabt wie ich, er war kein Querschnitt wie ich, aber es ist halt trotzdem, dass man halt irgendwie viel offener miteinander umgeht und halt erklärt und dass man irgendwie nicht so Berührungsängste hat, wie halt draußen in der richtigen Welt“ (Int. A/Z. 38-42).* Auch eine weitere Probandin gab an, dass sie sich eine Beziehung vorstellen könnte, aber mit einem beeinträchtigten Mann, weil dies dann eine ausgewogene Beziehung wäre. *„Vielleicht, weil ich denke mir, gerade in 10 Jahren bin ich in einem Alter, wo ich eher zu dem stehen könnte, wie ich beieinander bin. Und dann vielleicht auch einen, der halt auch schon ein bisschen beeinträchtigt ist. Ich mein, wenn man sich 70-jährige Männer anschaut bitte, die haben ja auch alle irgendwas. (lacht) Wenn du hörst plötzlich Herzschrittmacher und so weiter. Ja gut, da kann ich auch mit [...]“ (Int. E/Z. 158-161).* Die zwei (n=2) Frauen, welche sich bereits in einer Beziehung vor ihrer Beeinträchtigung befanden, erzählten von Veränderungen, die der Partner in einem Fall noch nicht verkraftet hat und im anderen Fall einen Weg gefunden hat, mit dieser umzugehen, aber einen schwierigen Lernprozess darstellte. *„Ahh, mein Gatte ist noch nicht darüber hinweg, wird auch glaub ich nicht damit fertig. Ist SEHR pflichtbewusst, würde alles für mich tun, würde mich auch nicht verlassen, das spüre ich aber er kann emotional nicht mehr damit umgehen“ (Int. B/Z. 22-24).* Frau B erzählt, dass ihr Mann nicht mehr die Nähe entgegenbringen kann, die sie von ihm brauchen würde und ihr nicht zugestehen kann, dass es ihr manchmal schlecht geht, da wird er wie sie beschreibt: *„sehr hart“ (Int. B/Z. 32)* *„Sei's jetzt vom Kuschneln, Streicheleinheiten. Ah eher das was man*

braucht, wenn man so einen Unfall hat. Jemanden wo man sich anlehnen kann, wo ich mich ausweinen kann. Er will versuchen, dass ich immer eine starke Frau bin. Hängen lassen, dass mag er überhaupt nicht oder mal traurig sein oder jammern“ (Int. B/Z. 24-28). Frau C erzählt von der anfänglichen schwierigen Situation mit der Beeinträchtigung umzugehen: „Und dann bin ich nach Hause gekommen und da war das auf einmal permanent präsent und da war es dann schon so, dass ich / da hab ich dann auch einmal auf den Putz gehaut und hab gesagt: ‚Du pass auf einmal, ich hab nichts im Kopf, ja, sondern ich hab es nur in den Beinen und ich hab mich deswegen nicht verändert. Ich schau jetzt vielleicht anders aus, optisch, aber sonst ist bei mir alles gleich geblieben.‘ Und das war für meinen Mann schon ein Lernprozess. Also das war echt schwierig am Anfang“ (Int. C/Z. 24-29).

Dies lässt erkennen, dass es gerade in Beziehungen, die vor der Beeinträchtigung bestanden haben, zu einer großen Umstellung auch für den Partner kommt, der mit der neuen Situation auch erst umgehen lernen muss. Dass die Anerkennung der Selbstständigkeit wichtig ist, berichteten auch noch drei weitere Frauen, also insgesamt vier (n=4) (vgl. dazu Int. D/Z. 65-67; F/Z. 115-116). „Die einen probieren oder sagen ‚na soll ich dir nicht helfen‘ und dann merken sie aber schon schnell, dass ich halt entweder /wenn sie zu oft hergreifen oder so, dann tue ich ihnen so richtig auf die Finger steigen. Das kann ich und mach ich selber und wenn ich was will oder was brauch, dann melde ich mich schon. Das haben sie dann ziemlich schnell kapiert (lacht) und sich dann auch daran gehalten (Int. A/Z. 213-218). Von wirklich negativen Erfahrungen in Beziehungen und weniger gutem Umgehen der Partner mit ihnen erzählten die Interviewpartnerinnen E und D. Frau E erzählt: „[...] aufgrund eben weil eben in Partnerschaften, weil ich die Erfahrung gemacht habe, Männer stellen sich nicht auf mich ein, hab ich mir das alles selber sehr gut gerichtet. Ich hab jetzt so ein Leben, wo ich selber mir sehr gut gerichtet habe ja“ (Int. E/Z. 165-166). Von vielen negativen Erfahrungen mit Männern erzählt auch Frau H: „Das ist immer so, man unterhält sich gut, man geht vielleicht noch mal gemeinsam fort und geht was trinken. Und eigentlich war es bis jetzt fast durchgehend, außer eben die zwei Mal der Fall, dass ich sie danach weder gesehen noch gehört hab, aber das ist halt so. Aber keine/ wie gesagt, ich kann nicht für die Herren der Schöpfung reden. Ich hab keine Ahnung, woran es sonst noch gelegen hat und ich möchte mich jetzt auch nicht, also das ist jetzt meine persönliche Einstellung, ich will mich jetzt auch nicht so festbeißen auf diese Beeinträchtigung“ (Int. H/Z. 107-113). Weiters erzählt sie, dass die Beziehung zu einem ihrer Freunde

aufgrund der Beeinträchtigung beendet wurde, obwohl er sie bereits so kennen lernte. In einem E-Mail schrieb er ihr, was ihn alles an der Partnerschaft stört und erwähnte nicht die Beeinträchtigung (Int. H/ Z.165ff) Als sie sich jedoch trafen, stellte sich heraus, dass diese ein Mitgrund war für den Abbruch. *„Ich kann mich gar nicht mehr wirklich erinnern, was er mir alles vorgeworfen hat oder was ihn da alles genau gestört hat, aber es war so komplett konträr zu dem, was er mir da in dem E-Mail geschrieben hat. Und es war zu einem sehr großen Prozentsatz auf diese Beeinträchtigung hingehend. Wo ich mir gedacht habe - super. (lacht) Das war so richtig, richtig, richtig ungut“* (Int. H/Z. 179-183). Weiters erzählt sie: *„Wo mir das erste Mal richtig bewusst war, das kann ja wirklich ein Punkt sein, der wohl irritieren kann, manchmal. Und das ist, das hat schon wehgetan. (nachdenklich) Das war wirklich ungut. Aber ja, passiert (lacht)“* (Int. H/Z. 187-190). Von einem Abbruch der Beziehung aufgrund der Distanz berichtete Probandin A (Int. A/Z. 74-77). Die anderen Probandinnen befanden sich in einer Partnerschaft oder hatten keine.

Die Kategorie K3: *Veränderungen und Rollenänderungen in der Partnerschaft* wurde gebildet, um auf die Barrieren aufmerksam zu machen, welche in einer Partnerschaft durch eine Beeinträchtigung hervortreten können. Die zwei Frauen (n=2), deren Partnerschaft bereits vor der Beeinträchtigung bestanden hat, gaben an, dass sie vor der Aufgabe standen, eine Neuverteilung der Rollen in ihren Partnerschaften durchzuführen. Beide erklärten dies unter anderem am Beispiel der Haushaltsführung. *„Er hat jetzt auch das Kochen übernommen, er kocht fast jeden Tag, wenn ich zu Hause bin, für uns beide. Also habe ich diese Hausfrauenrolle auch nicht mehr. Ich mein, was für eine Hausfrau ist, Wäsche waschen und das Ganze machen die Assistenten, weil ich das nicht mehr kann. Also ich kann eigentlich haushaltsmäßig, was uns zwei verbindet als Rollenspiel, was wir vor dem Unfall gehabt haben, dass ich vollkommen die Hausfrau und Mutter war, muss ich, hab ich abgelegt, hab ich nicht mehr, also es gibt keine Rolle mehr, keine wirkliche Rolle“* (Int. B/Z. 170-176). Probandin C berichtet: *„Also früher wäre es eher so, dass da eine ganz klare Rollenverteilung war und das verschwimmt jetzt wirklich total, ja. Und auch bei so Hausarbeiten zum Beispiel“* (Int. C/Z. 109-111). Weiters berichtet Frau C, dass auch eine Rollenänderung stattfand in der Umsorgung des Kindes. Ihr Partner kümmert sich in der Früh um ihren Sohn, sodass dieser rechtzeitig fertig wird und bringt ihn anschließend in den Kindergarten (Int. C/Z. 81ff). Auch der tägliche Broteinkauf wird von dem Partner übernommen, da dies durch die Beeinträchtigung sehr viel Zeit für die Probandin in Anspruch nehmen würde (Int. C/Z. 45-48). Während Frau B gerne ihre alte Rolle zurückhaben möch-

te, hat sich Frau C mit der neuen Situation arrangiert, auch wenn es für die Partnerschaft eine nicht einfache Umstellung war. *„Ich bin eher dankbar, dass er das jetzt übernommen hat, weil ich glaub, ich würde es ansonsten würde ich es gar nicht dablafen. Ja, das hat sich halt auch wirklich gut eingependelt und eingeschliffen“ (Int. C/Z. 124-126).*

Die drei Probandinnen (n=3), welche derzeit keine Beziehung führen bzw. eine Probandin weiß nicht genau, ob sie sich wirklich in einer befindet, berichteten davon, dass sie in ihrer nächsten Partnerschaft ein anderes Rollenverhalten an den Tag legen werden, als sie dies bisher getan haben. *„Also, welche Rolle ich gerne einnehmen würde, wäre die einer erfahrenen Frau, wo vielleicht die inneren Werte mehr zählen vielleicht jetzt. Nicht mehr so wie früher, wo ich mich immer aufs Äußere konzentriert habe, da perfekt zu sein für die Männer“ (Int. E/Z. 136-138).* Eine weitere Probandin berichtet: *„Auf jeden Fall in einer gleichberechtigten Rolle. Ich möchte auf jeden Fall nicht das Opfer oder die sein, die bemitleidet wird den ganzen Tag“ (Int. F /Z. 116-117).* Die zwei Frauen, welche Assistenz in Anspruch nehmen, berichteten, dass sich diese gar nicht auswirkt auf ihr partnerschaftliches Erleben und keine Barriere darstellt. *„Er hat eigentlich fast gar keinen Kontakt mit den Assistenten. Und im Gegenteil, er ist froh, dass Dinge gemacht werden, die von den Assistenten, ich hab sie erst seit einem Jahr, alles er machen hat müssen“ (Int. B/Z. 203-205).*

Unter der Kategorie K4: *Rolle in der Partnerschaft* finden sich jene Frauen, bei welchen sich keine Rollenänderungen direkt in der Partnerschaft eingestellt haben, weil sie die Beeinträchtigung bereits in jungen Jahren erworben haben. Von einem selbstbewussten Umgehen und Rollenverhalten berichteten explizit drei Frauen, dass sie sehr offen sind in ihren Beziehungen und ihren Partnern auch Freiheiten geben, welche sie allerdings genauso selbst brauchen. *„Also ich bin auf jeden Fall, ich sag auf jeden Fall, wenn mir was nicht passt. Aber ich bin jetzt auch nicht super kompliziert. Mir ist es wichtig, dass jeder sein eigenes Leben lebt und, dass wir nicht irgendwie/ dass wir trotzdem Individuen sind und dann halt irgendwie wieder zusammenfinden in der Hinsicht, aber, ja“ (Int. D/Z. 161-164).* Die zweite Probandin erzählt: *„Ich glaub, ich bin der sehr tolerante Typ. Also sehr (lacht). Also sie haben bei mir schon sehr viele Freiheiten. Also ich bin da nicht so, dass ich ihn jetzt irgendwie /also ich brauche sehr viel Freiheiten“ (Int. A/Z. 139-141).* Probandin A berichtet, dass sie zwar manchmal eifersüchtig wird und dies sie vor allem bei der Fernbeziehung eingeholt hat, aber sie sich nicht scheut, dies kundzutun: *„Also ich hab schon gemerkt, dass ich immer eifersüchtiger werde. Wenn dann von irgendwelchen/ also vor allem*

bei der Fernbeziehung war das halt irgendwie schwierig, wenn er mir dann erzählt hat, dass er mit seinen Freunden wegfährt und irgendein Mädels hat ihm dann halt nachgedingt und ihm halt E-Mail geschrieben, dass sie so begeistert war und so. Da merke ich halt schon, dass ich sehr eifersüchtig war und ich lass das halt auch merken, indem ich dann ein bisschen stichel in die Richtung (...) aber ja“ (Int. A/Z. 148-154). Weiters wird auch von einer ausgeglichenen Rolle gesprochen, wie dies bei Probandin G der Fall ist: „Ich weiß nicht, wir sind beide/ also es hat keiner irgendwie eine Rolle, wir ergänzen uns beide sehr gut. [...] ausgeglichen, ja, ja“ (Int. G/Z. 108-110)

Unter der Kategorie K5: *Gedanken zur Partnerschaft* finden sich unterschiedliche Überlegungen, positiver als auch negativer Natur, über die Partnerschaft. Zu diesem Thema äußerten sich dezidiert sieben (n=7) von den insgesamt acht befragten Frauen. Sorgen in Bezug auf die Partnerschaft äußerten fünf Personen. Diese bezogen sich bei drei Frauen darauf, dem Partner nicht gerecht zu werden. „Ja sicher gibt's da oft so die Überlegung, na ja, was ist jetzt, wenn er jemanden kennen lernt, der mir sehr ähnlich ist, aber nicht behindert ist, ob er dann, ob er dann sagen würde: 'Na ja, muss nicht sein, ja.' Oder dass er sich anders orientiert und dann sagt: 'Na eigentlich will ich nicht mehr mit einer Frau im Rollstuhl zusammen sein, wo ich nicht alles gemeinsam machen kann, was ich früher gemacht habe'“ (Int. C/Z. 218-222). Eine weitere erzählte von folgender Sorge, wenn sie jemanden kennen lernt: „Das er mich vielleicht zu gut einschätzt, also zu mobil oder zu (...) intakt und ich fühle mich nicht intakt“ (Int. E/Z. 94-95). In Bezug auf die Partnerschaft äußerten zwei Frauen Sorgen: „Ja, Ängste sind, dass meinem Mann etwas passiert. Das er krank wird, weil was machen wir dann. Ich brauch vielleicht Hilfe, weil meine Ängste sind / ich bin 59 Jahre alt, ich werde älter, es wird schlimmer. Wie werde ich das verkraften? Wo werde ich einmal landen? Was passiert mit ihm? Werden wir zusammenbleiben können?“ (Int. B/Z. 152-155). Im Gegensatz dazu berichteten zwei Frauen von einem großen Wohlbefinden in der Partnerschaft ohne Sorgen oder dergleichen: „Ich fühl mich sehr wohl in meiner Partnerschaft“ (Int. D/Z. 151-152).

Weiters ließ sich die Kategorie K6: *Kinderwunsch* herausarbeiten. Dazu gab die Hälfte (n=4) an, dass sie sich in Zukunft ein Kind wünschen. Die anderen Frauen, welche sich nicht dazu äußerten, waren die jüngste Probandin mit 18 Jahren, die beiden älter Probandinnen von 59 Jahren, für die vermutlich eine Schwangerschaft biologisch gar nicht mehr

in Frage kommt und eine weitere Probandin, welche 30 Jahre alt ist (vgl. dazu Int. B, E und H/ Kurzfragebögen der Probandinnen). Zwei der vier Frauen, welche von Kindern sprachen, äußerten auch Barrieren, die bedacht und einbezogen werden müssen. „[...] wenn es mal um das Thema Kinder geht, das ich da gewisse ah gewisse ah Zeit brauche. Weil durch meine Medikamente darf ich eigentlich jetzt zurzeit nicht schwanger werden und muss mindestens ein halbes/ dreiviertel Jahr warten nach dem ABSETZEN, bis ich schwanger werden darf. Da ich teilweise nicht einmal drei Tage ohne Medikamente aushalte, dass die Symptome wieder rauskommen, ist es eigentlich relativ unvorstellbar gerade für mich, selbst Kinder zu haben und einfach ein halbes Jahr ohne Medikamente zu leben. Ich denk mir da muss mein Partner das irgendwie auch akzeptieren und ähm mir die gewisse Zeit geben die ich wirklich körperlich brauche um damit klarzukommen“ (Int. F/Z. 91-98). Also auch für den Partner bedeutet dies eine neue Herausforderung, welche bedacht werden muss, ob man sich dieser stellen will. Die zweite Frau, welche bereits ein Kind hat und noch eines haben möchte, erzählt: „Wobei wir schon beide gesagt haben, das wird schon eine Herausforderung mit einem kleinen Kind, mit der Behinderung, die Partnerschaft zu haben. Weil da kommt dann wieder hinzu, dass das Kind in der Nacht munter ist, du musst wieder stillen, du musst wieder wickeln. Und da hat der Paul schon Bedenken gehabt [...]“ (Int. C/Z. 335-339). Und trotzdem sehen sie auch diese Barrieren als bewältigbar an. „Also das sind schon so Sachen, wo wir jetzt wirklich schon vorgedacht haben und gesagt haben, wenn wir uns auf das Abenteuer einlassen, dann muss das vorher wirklich gut durchdacht sein“ (Int. C/Z. 343-344).

9.5.2.4. Dimension: Sexualität

Die Kategorie „Sexualität“ ergab sich im Hinblick darauf, inwieweit Sexualität eine Rolle spielt in den Partnerschaften der Frauen, als auch ob diese durch ihre körperliche Beeinträchtigung beeinflusst ist. Dabei ließen sich folgende Kategorien finden: K1: *Beeinflussung bzw. Veränderungen durch Beeinträchtigung*; K2: *Keine Beeinflussung durch Beeinträchtigung*; K3 *Vermutungen und Ängste*

Unter der Kategorie K1: *Beeinflussung bzw. Veränderungen durch Beeinträchtigung* beschrieben die beiden Frauen (n=2), die vor der Beeinträchtigung bereits den derzeitigen Partner hatten, von einer großen Veränderung, mit der sie sich auseinandersetzen mussten bzw. noch immer müssen. „Also es ist schon/ es ist anders geworden. Und es braucht auch

viel viel länger. Und es ist/ ich habe immer gesagt: 'Naja, wir sind schon im Pensionistensex angelangt.' (lacht) Ja irgendwie schon, weil früher war das so hmm holaridijo, und jetzt braucht das einfach auch Zeit, bis ich das wirklich gespürt habe und bis das in die Gänge kommt“ (Int. C/Z. 298-302). Die zweite Frau berichtet: „[...] und da hatten wir einmal Sex, aber es war für mich so was von schlimm, weil ich mir vorgekommen bin wie diese Aufblaspuppen. Du spürst überhaupt nichts und bist wie eine Puppe. So habe ich mich gefühlt und da hab ich gesagt: 'Ich kann das nicht. Ich kann es nicht'“ (Int. B/Z. 223-226). Auch die dritte ältere Frau, welche sich allerdings in keiner Partnerschaft befindet, berichtet, dass man sich daran gewöhnt, keinen Sex zu haben: „Ja, man gewöhnt sich daran, man braucht es dann nicht mehr. ES IST SO, ab einem gewissen Alter, wenn man dann/ es ist überhaupt keine Problem. BEWUSST, unbewusst, weiß ich es nicht“ (Int. E/Z. 150-152).

Dass die „Bewegungsfähigkeit“ eingeschränkt ist, berichteten zwei Frauen: „Von dem her vom Spüren ist alles zurückgekommen, von der Sensibilität. Also es ist nur, dass ich meine Beine in dem Sinn nicht bewegen kann“ (Int. G/Z. 213-214). Auch die Partner müssen sich umstellen, dies war bei den zwei Frauen, welche sich in einer Beziehung befanden, die bereits vor der Beeinträchtigung bestanden hat, der Fall: “Und da hat der Peter sich sicher auch umstellen müssen, weil das war halt früher schon anders“ (Int. C/Z. 302-303).

Aufgefallen ist im Zuge der Fragestellung „Inwieweit beeinflusst deine körperliche Beeinträchtigung deine sexuellen Möglichkeiten?“, dass drei Frauen im ersten Moment sagten, dass dies fast kaum der Fall ist, im nächsten Augenblick doch erzählten, was sie beeinträchtigt. „Mmm, Gott sei dank fast nicht. Ich mein, es ist natürlich anders, weil das Empfinden ein ganz ein anderes ist. Und mit dem hat man aber auch umgehen lernen müssen. Also am Anfang war es sicher so, dass ich mir gedacht habe: 'Hmm, was ist da jetzt eigentlich (lacht), passiert da jetzt noch was oder kommt da noch was oder ist da schon was oder was ist da'“ (Int. C/Z. 282-286).

Der Kategorie K2: Keine Beeinflussung durch die Beeinträchtigung konnte ich drei Frauen zuordnen, die keine Beeinflussung durch die Beeinträchtigung erfuhren, wobei zwei erzählten, dass ihnen auch die Vergleichsmöglichkeiten fehlen, um zu wissen, ob die Beeinträchtigung sie beeinträchtigt. „(...) dadurch, dass ich eben keinen Vergleich habe, weiß ich das gar nicht, wie sehr mich das beeinflusst. Also mich selber beeinflusst es nicht. Ich mein, ich frag dann halt schon, weil es mich selber interessiert, ähm, ob das jetzt irgendeinen Unterschied für sie macht. Und bis jetzt hab ich halt eigentlich, meistens, also ich hoff,

dass das ehrlich war (lacht), dass eigentlich nicht so, also eigentlich nicht viel Unterschied macht“ (Int. A/Z. 185-189). Die dritte Probandin, welche sich in diese Kategorie zuordnen ließ, sprach dezidiert von keiner Beeinflussung. „Eigentlich gar nicht, eigentlich aufgrund der vielen Physiotherapie Dings die ich schon hatte, hatte es nur positive Auswirkungen. (lacht) Ich mein, wenn man mal davon absieht, dass da und dort einmal eine Hüfte wehtut, ist das grundsätzlich, ist das wie Schmerzmittel nehmen, da spürst du im Moment eh nichts“ (Int. H/Z. 449-452).

Weiters konnte die Kategorie K3: *Vermutungen und Ängste* aus den analysierten Interviews entwickelt werden. Vier Frauen hatten zum Zeitpunkt des Interviews keinen Partner, wobei zwei davon noch keinen sexuellen Verkehr hatten seit ihrer Beeinträchtigung und Vermutungen bzw. Ängste äußerten, wie sich diese auswirken könnte. „Ja das weiß ich eigentlich nicht, aber da vermute ich eben große Einschränkungen. (lacht) Also das ist eigentlich eines der Hauptdinge. Wo ich mir denke, weil da nicht mehr alles möglich wäre“ (Int. E/Z. 142-144). Und weiters: „Vor allem hätte ich dann auch Angst, dass ich dann Schmerzen habe oder dass mich jemand gröber anfasst und wenn mir jemand den Fuß so wegdrückt, das tut mir ur weh, ja also/ also da hätte ich die größten Ängste“ (ebd., Z. 147-150).

9.5.2.5. Dimension: Freizeiterleben mit dem Partner

In der Dimension Freizeiterleben mit dem Partner geht es um in der Freizeit erlebte Barrieren, welche im Zuge der Partnerschaft erlebt werden. Hier ließen sich die Kategorien K1: *Sport*; K2: *Keine erlebte gemeinsame Freizeit*; K3: *Barrieren beim Reisen*; K4: *Einschränkungen durch bauliche Barrieren* finden.

Im Zuge der Kategorie K1: *Sport* ließen sich drei Probandinnen finden, die sich zum Thema Sport äußerten. Eine Interviewpartnerin wurde mit Vorurteilen konfrontiert. „Weil die sagen: 'Ja, ich bin halt sehr sportlich und ich will halt, dass meine Freundin auch mit Sport macht und die kann ja das und das und das nicht und das ist alles total umständlich““ (Int. A/Z. 91-93). Weiters sagt sie: „Ja, wo ich dann eben auch oft wütend werde und ihnen dann halt das erkläre und ich ihnen sage, ja, das ist eigentlich total unfair, wenn alles passt und dann sagst du, es ist nur wegen dem. Aber das sind dann halt sehr engstirnige und von dem her kann er dann eh nicht der Richtige sein, wenn er solche Ansichten

hat“ (ebd., Z. 94-97). Probandin C erzählt, dass im Zuge der Partnerschaft das nicht mehr gemeinsame Sporttreiben eine Umstellung bedeutet. *„Am meistens hat sich verändert, dass wir viele Dinge, die wir früher gemeinsam gemacht haben, nicht mehr machen können, ja. Zum Beispiel, wir sind früher viel gemeinsam Motorradfahren gegangen. Wir sind am Abend gemeinsam laufen gegangen. Wir haben den Oliver ins Kinderwägelchen gepackt und haben unsere Runden im Wald gedreht, das funktioniert jetzt nicht mehr so einfach“* (Int. C/Z. 58-62).

Zu guter Letzt berichtet auch noch eine Probandin, dass ihr ein ehemaliger Freund zum Vorwurf machte, dass sie nicht gemeinsam Sport treiben konnten. *„Hat sich total gewunden und eigenartig getan, bis ich dann draufgekommen bin, ja, es stört ihn irgendwie, weil er viel Sport gemacht hat und laufen war und später Triathlon gemacht hat und so was/ dieses ahh, dass ich (...), so wie er das gesehen hat, nicht mit mir joggen gehen können, weil ich ja diese Beeinträchtigung habe“* (Int. H/Z. 173-177).

Unter der Kategorie K2: *Keine erlebte gemeinsame Freizeit* fand sich lediglich Frau B, die keine besonderen Freizeitbeschäftigungen mit ihrem Mann unternimmt. *„Ich hab meine Vergnügungen oder oder Dings, was man halt in der Pension so hat. Ich gehe halt fort und mach das und das und das und er arbeitet halt den ganzen Tag“* (Int. B/Z. 167-170). Die anderen Probandinnen mit Beziehung erzählten alle von ihrem Freizeiterleben mit dem Partner.

Die Kategorie K3: *Barrieren beim Reisen* wurden durch drei Frauen (C, D, G) erlebt. Probandin D berichtet von ihrem kürzlichen Urlaub in Rom mit ihrem Freund: *„Und Rom ist leider nicht behindertengerecht. Also die Straßen sind halt einfach furchtbar und mein Freund ist zwei Meter groß und musste mich dann durch ganz Rom schieben, einfach, weil es ging nicht anders. Und das war für ihn halt extrem anstrengend, weil er natürlich die ganze Zeit so gebückt gehen musste, mir war es unangenehm, weil ich natürlich gewusst habe, wie anstrengend für ihn das ist. Und da hab ich mir dann schon gewünscht, ok, dass die Woche relativ schnell um ist, weil ich war auf seine Hilfe angewiesen, das hätte anders nicht funktioniert“* (Int. D/Z. 177-183). Auch Interviewpartnerin C erzählt, dass sie und ihr Partner immer sehr spontan beim Reisen waren und sie dies zwar durch Erfahrung, wo sie hinfahren können, zurückgewinnen, jedoch es Planung bedarf und damit die Spontaneität auch ein Stück verloren gegangen ist (vgl. dazu Int. C/ Z. 62-68). *„Weil früher war das ja wurscht, ob du da jetzt in einer Pension abgestiegen bist und jetzt musst immer überlegen,*

na ja ist dann dort jetzt barrierefrei oder muss er mich dann wieder huckepack irgendwelche Stiegen rauftragen. Und JA, das muss man dann halt schon (einplanen) einplanen. Also man ist dann halt nicht mehr ganz so flexibel, das hat sich eigentlich geändert“ (Int. C/Z. 69-74).

Unter der Kategorie K4: *Einschränkungen durch bauliche Barrieren* lassen sich bei drei (n=3) Frauen finden, die von diesen berichten können. *„Oder wir waren vorige Woche am Freitag auf einem Konzert zum Beispiel und da hat es uns dann schon auch gestört. Weil ich habe eine Rollstuhlplatzkarte gehabt und er hat den Platz eigentlich neben mir gebucht gehabt, aber der Platz war nicht neben mir, sondern vor mir. Und du kannst bei solchen Sachen nicht nebeneinander sitzen. Warum auch immer, ja also das/ weil das könnte man sicher auch anders lösen“ (Int. C/Z. 222-227).* Dass sich die Frauen jedoch selbst von baulichen Barrieren nicht abhalten lassen, das zu tun, worauf sie Lust haben, zeigt sich an folgender Aussage: *„Falls irgendwo Stiegen sind oder so, wo ich wirklich nicht mehr hinaufkomme, dann fragen wir wen. Also es ist für uns kein Problem, dass wir jemanden anreden. Und es sind immer so viele Leute, die was dir dann immer helfen. Also das wäre /also ich würde nie irgendwie sagen, ich mag dort nicht hingehen, weil ich es nicht schaffen würden“ (Int. G/Z. 125-129).* Probandin D erzählte, dass sie schon sehr früh gelernt hat, sich mit Barrieren im Straßenverkehr auseinanderzusetzen und selbst wenn keine Stufen vorhanden sind, es für sie des kein Problem darstellt: *„[...] ich hab einfach gelernt, auch ohne Aufzug irgendwie zur U-Bahn-Station hinunterzukommen und mich da zurechtzufinden. Das heißt, ich bin da schon sehr selbstständig und natürlich auch sehr stolz darauf, dass ich sag, ok, ich kann da trotzdem hin, obwohl da kein Fahrstuhl da ist“ (Int. D/Z. 189-192).*

9.5.2.6. Dimension: Erlebte Akzeptanz

Unter dem Punkt erlebte Akzeptanz der Frauen finden sich unterschiedliche Verhaltensweisen von Menschen in ihrem Umfeld. Dabei ließen sich die Kategorien K1: *Familie und Freunde*; K2: *Wahrnehmung von selbst beeinträchtigten Menschen*; K3: *Unterschiedlich erlebte Akzeptanz in der Gesellschaft* finden.

In der Kategorie K1: *Familie und Freunde* ging es um die erlebte Unterstützung und Akzeptanz der Familie und Freunde der beeinträchtigten Frauen. Die Mehrheit (n=7) hat eine

gute Beziehung zu ihrer Familie und wurde immer von dieser unterstützt. Dabei wurden fünf Probandinnen (n=5) von ihren Eltern immer als selbstständig und unabhängig angesehen, ohne dass ihre Beeinträchtigung eine Rolle gespielt hat. *„Also meine Eltern haben mir als Kind schon gesagt, dass ich eigentlich alles machen kann, was jedes andere Kind auch machen kann. Und sie hatten auch nicht irgendwie Ängste oder Bedenken, dass/ wie das jetzt ist, ähm, wenn ich einen Freund habe und ob sich der richtig um mich kümmern kann oder solche Sachen, weil sie eben gewusst haben, dass ich selbstständig bin und dass ich das selber alles kann“* (Int. D/Z. 80-85). Lediglich zwei der Frauen, die zwar auch eine gute Beziehung zu ihrer Familie beschrieben, haben berichtet, dass ihre Beeinträchtigung als ein Zustand behandelt wurde, der nicht vollkommen akzeptiert werden konnte. *„Unterstützt worden immer, aber nicht emotional. Von den Freunden noch eher als von der Familie. Auch die Kinder wissen nicht wirklich, wie sie damit umgehen sollen emotional. Es hat sich da schon was geändert“* (Int. B/Z. 58-60). Die zweite Probandin sagt: *„Dass die Eltern einem was zutrauen, das funktioniert halt auch nicht. Weil es war immer so, na ja, das ist eh/ 'Von dir erwarten wir nicht viel und du ' und und und so weiter und sofort und das zieht sich bis heute. Mein Vater schaut mich an und meint: 'Ahhh, ASO, du kannst kochen?' so quasi. Da sag ich: 'Ja klar, warum nicht'“* (Int. H/Z. 95-99). Dass sie ihre Familie immer beschützen wird und ihr nichts zutraut, wirkt sich soweit aus, dass sie dieser von ihrem derzeitigen „fast“-Freund nichts erzählt hat, weil dieser sonst „in der Luft zerrissen“ wird, wie sie berichtet (Int. H/Z. 142). Grundsätzlich berichtet diese Probandin, dass ihre Eltern im Bezug auf der Suche nach einem Partner hinter ihr stehen, sie aber vor negativen Erfahrungen beschützen wollen (Int. H/Z. 437-445) Lediglich eine Probandin äußerte sich nicht wirklich zu dem Verhalten der Familie oder Freunde ihr gegenüber und sagte: *„Ja, jetzt sind sie schon daran gewöhnt, die meisten und ich untertreibe schon immer“* (Int. E/Z. 77). Probandin H welche von Geburt an beeinträchtigt ist als auch Probandin D die ihre Beeinträchtigung im Alter von 8 Jahren erhielt, also mit dieser aufgewachsen sind, berichteten außerdem beide von einem guten Verständnis, welches sie von den Eltern mitbekommen haben, was eine gute Partnerschaft ausmacht (vgl. dazu Int. H/Z. 43f; Int. D/Z. 91-93)

Die zweite Kategorie, welche sich entwickelte, war K2: *Wahrnehmung von selbst beeinträchtigten Menschen*. Dabei ging es darum zu sehen, ob sich die Frauen von selbst beeinträchtigten Menschen besser verstanden fühlen. Drei Frauen (H, B, C) gaben an, dass die Wahrnehmung von selbst beeinträchtigten Personen eine andere ist und man mehr als Frau

wahrgenommen wird. „[...] ähm, wenn man miteinander geredet hat, es geht dann wirklich, klingt jetzt abgedroschen, aber da geht es wirklich mehr um die inneren Werte. Und das sind eher auch die, das klingt jetzt wirklich ein bisschen auswendig gelernt, aber das ist wirklich so, du hast irgendwo einfach das Gefühl, die schauen einfach ein bisschen woanders hin“ (Int. H/Z. 377-381). Eine weitere Frau berichtet: „Die, die mich auf der Reha kennen gelernt haben, behandeln mich manchmal sogar noch mehr als Frau, weil es da halt auch von der Behinderung massive Unterschiede gibt“ (Int. C/Z. 136-138).

Diese Kategorie möchte ich an dieser Stelle auch mit der Kategorie K2: *Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung* aus der Zuteilung „Partnerschaftliches Erleben“ vergleichen, in welcher sich herausstellte, dass die Frauen sich vermehrt in Partnerschaften wiederfinden, wo der Partner entweder Erfahrungen mit der Beeinträchtigung hat oder selbst beeinträchtigt ist (vgl. dazu Int. A/Z. 22; Int. B/ Z 34; Int. G/Z. 42).

In der Kategorie K3: *Unterschiedlich erlebte Akzeptanz in der Gesellschaft* fanden sich einige (n=3) Frauen wieder, die von negativen als auch positiven Erfahrungen berichten konnten. Auffallend daran war, dass sie sich alle nicht durch negative Erfahrungen beeinflussen ließen. „Also es gibt natürlich sehr viele positive Erfahrungen, die ich gemacht habe, aber auch negative, das bleibt halt einfach nicht aus. Ähm, es ist oft so, dass die Leute mich einfach irgendwie, naja so schief anschauen oder lang anstarren. Wobei ich mir dann einfach denk, ok/ also ich nehme das nicht persönlich, sondern ich denk mir dann, ok, das sind einfach Leute, die mit dieser Situation einfach noch nie konfrontiert worden sind und das nicht KENNEN und im Endeffekt ist es eh normal, weil wenn du was Neues siehst und das nicht kennst, dann schaust du im ersten Moment einfach auch länger hin“ (Int. D/Z. 98-104). Dass sich die Probandinnen auch mit Vorurteilen und mit Mitleid konfrontiert sehen, zeigt sich an den folgenden Äußerungen: Probandin A berichtet: „Zum Beispiel beim letzten Mal, wie ich fortgegangen bin, ist ein Typ hergekommen und hat gesagt, ja, es macht ihn traurig, so eine hübsche Frau wie mich im Rollstuhl zu sehen“ (Int. A/Z. 101-103). Eine andere Frau berichtet: „Und das ist halt auch das Problem bei vielen Partnern, einfach, dass sie dann sozusagen glauben, ok, du bist irgendwie ein Pflegefall oder so und sie müssen sich ständig um dich kümmern und müssen alles für dich machen und es fällt ihnen dann schwer einfach. Also, das ist dann halt eine Aufgabe, mit der sie dann auch oft überfordert sind“ (Int. D/Z. 67-71). Das Umgehen mit Vorurteilen oder negativen Reaktionen aus der Umwelt erfolgt jedoch von den meisten dahingehend, dass sie unterschiedliche Wege fanden, sich negative Kommentare nicht zu Herzen zu nehmen. „Also oft kriegst

du schon Blicke irgendwie, 'Aha, die sitzt im Rollstuhl ' und oft gehen auch Leute weg. Aber zum Großteil muss ich sagen, kommen die Leute her, helfen dir oder fragen, ob sie irgendwie helfen können. Und irgendwie es ist/ wäre kein Problem und es stört mich auch gar nicht, wenn ein paar Leute schauen. Es ist die Minderheit, die was schaut, der Großteil ist nett und höflich“ (Int. G/Z. 169-173). Von persönlicher Verletzung aufgrund negativer Erfahrungen berichteten zwei Probandinnen: „Also ich höre oft: 'Hey, du hinkst ja. ' Also, es machen mich immer wieder Leute, die mich von früher kennen oder so, darauf aufmerksam: ‚Ja, was ist los du hinkst.‘ Oder mein Nachbar ganz platt: 'Helena, du hatschst.‘ Also so „Was ist da los?“ (lacht). So quasi, wie wenn ich da etwas dafür könnte. Da denke ich mir, muss ich mich jetzt da verteidigen? Ich mein, ich bin selber auch nicht begeistert davon“ (Int. E/Z. 53-57). Von großer Akzeptanz und keinerlei negativen Erfahrungen berichtete lediglich eine Probandin. „Ja, die die empfinden mich immer als sehr/ (...) wie soll ich sagen/ ich begegne Leuten, die mich einfach ansprechen oder die mir helfen wollen. Ich begegne immer nur freundlichen Leuten irgendwo. Man hat mir dann schon gesagt, dass ich da irgendwo was ausstrahle. Und es geht mir auch gut und drum geh ich auch zu Leuten. Mir tun Leute gut. Mir tun Leute wirklich gut. Ich liebe die Leute und die Menschen“ (Int. B/Z. 137-141). Bis auf eine Interviewpartnerin haben zusammenfassend alle Frauen bereits negative Erfahrungen in ihrer Umwelt gemacht, die sich manche mehr und manche weniger zu Herzen nahmen.

9.6. Interpretation der Ergebnisse im Zuge der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit hat zum Ziel, Partnerschaften von körperlich beeinträchtigten Frauen zu untersuchen, um Barrieren aufzudecken, mit denen sich die Betroffenen im Zuge ihrer Partnerschaften als auch beim Aufbau von Beziehungen auseinandersetzen müssen.

Die Vorstellungen, die Frauen mit Beeinträchtigung an eine Partnerschaft stellen, unterscheiden sich sichtlich nicht von anderen, so ist ihnen besonders Vertrauen und ein gegenseitiges Dasein füreinander wichtig, was wohl die Mehrheit der Menschen in unseren Breitengraden als wichtige Gegebenheiten einer Partnerschaft ansehen würden. Die „Münchener Studie zur Partnerwahl und Partnerschaft“ kam zu dem Ergebnis, dass nahezu alle befragten Personen ihrer Studie, nämlich 96,9% der Männer und 98,5% der Frauen, Verlässlichkeit als die wichtigste Präferenz, gefolgt von gemeinsamen Werten/Einstellungen angaben

(Bauer/Ganser [...], S. 6). Der Wunsch nach Nähe und Geborgenheit ließ sich bei allen Interviewpartnerinnen erkennen. Auch hatten die meisten sehr traditionelle Vorstellungen einer Beziehung so wünschten sie sich für die Zukunft mit ihrem oder einem Partner zusammenzuziehen und Kinder (vgl. dazu Int. A/Z. 193-195; Int. C/Z. 321-325; Int. D/Z. 215-221; Int. F/ Z. 152-153) Auch die Eigenschaften, die sie bei einem Partner suchen, wie humorvoll zu sein oder dass man mit ihm alles teilen kann, ist ein weit verbreitetes Phänomen.

Barrieren können nur entstehen, wenn sie nicht als gleichberechtigte Partner angesehen werden und kein Verständnis für ihre Situation aufgebracht wird, wie dies die Aussage folgender Probandin zeigt: *„Und zwar ist es mir total wichtig, dass mein Partner verständnisvoll ist, dass er Verständnis dafür aufbringt, erstens für meine Situation, zweitens wie meine Krankheit unsere Beziehung beeinflussen wird. Weil wir gewisse Sachen, die andere Pärchen halt vielleicht so machen, kann man halt mit mir jetzt nicht machen. Dass man einfach sagt, man geht drei Wochen in die Wildnis campen, das kann ich halt nicht, weil meine Medikamente immer kühl gelagert werden müssen. Und das sind halt alles so gewisse Extrawürste, die (.) ja, die halt akzeptiert werden müssen wie sie sind. Ich hoff einfach, dass mein P/ oder ich weiß nicht, ich such halt einen Partner, der das so hinnimmt und mich dabei unterstützt, ohne das mir jetzt zum Vorwand zu machen“* (Int. F/Z. 66-74).

Die Lebenssituation der Frauen muss vom Partner verstanden werden und ist mitunter auch mit gewissen Einschränkungen verbunden, die akzeptiert werden müssen. Vergleichen lässt sich dies mit in Kapitel 5.2. dargestellten Aussagen Lothars (2007, S. 197f), dass es Personen gibt die eine Partnerschaft mit einer beeinträchtigten Person als eine attraktive Verbindung ansehen, weil diese stimmig mit den eigenen Lebensvorstellungen und Pläne übereinstimmt und andere bei denen dies nicht so ist.

Das individuelle Umgehen mit der Beeinträchtigung erfolgte unterschiedlich bei den befragten Frauen. Tendenziell haben jene Interviewpartnerinnen, welche ihre Beeinträchtigung in jungen Jahren erhielten, diese vollkommen in ihr Selbstbild integriert und berichten von keinen Barrieren, welche sich durch Unsicherheit in der Partnerschaft oder beim Flirten äußern könnten (vgl. Int. A/Z. 84-86; Int. D/Z. 199-201; Int. G/Z. 118-120). Dass das pubertäre Alter ein besonders heikles ist, um eine Beeinträchtigung zu erhalten und dies dazu führt, dass erst später Partnerschaften eingegangen werden oder eine allgemeine Verunsicherung stattfindet, wie dies in Kaptiel 4.1. Partnerschaftsanbahnung durch Howland et. al. (2001, S. 41ff) in ihrer Studie „Dating Behaviors of Women with Physical Di-

sabilities“ dargestellt wurde, lässt sich im Zuge meiner Interviews nicht bestätigen (vgl. dazu Howland/Rintala 2001, S. 41ff). So berichteten die Frauen, die ihre Beeinträchtigung im Zuge der Pubertät erhielten (n=2), von verschiedenen Partnern, die sie zu dieser Zeit gehabt haben und keinen besonderen Barrieren (vgl. dazu Int. A; G). Lediglich ihre bevorzugte Partnerwahl lag auf Partner mit Erfahrung bzw. selbst-beeinträchtigte Männer, was sich aus dem Umstand ergab, dass sie diese im Zuge ihres Aufenthaltes im Rehazentrum kennen lernten.

Bei Frauen, die ihre Beeinträchtigung jedoch erst später erhielten, ließen sich Barrieren in Bezug auf eine Veränderung der selbst erlebten Weiblichkeit erkennen, welche sich im weiteren Verlauf auf das Flirten als auch in den Partnerschaften auswirkte (vgl. dazu Int. B/Z. 97-98; Int. C/Z. 183ff; Int. E/Z. 41-48). Dies lässt sich damit erklären, dass sie einen Vergleich ziehen konnten, wie sie sich vor der körperlichen Beeinträchtigung als Frau gefühlt haben und dies jetzt tun. Weiters hatte dies Einfluss auf den Umgang mit der Beeinträchtigung, so berichteten jene Frauen, welche Veränderungen der selbst erlebten Weiblichkeit wahrnahmen, dass sie sich verstellten oder die Beeinträchtigung kaschierten bzw. auch probierten, das Beste daraus zu machen (vgl. dazu Int. B/Z. 105-107; Int. E/Z. 97-100; Int. F/Z. 56-58). Somit hatte eine Spätbeeinträchtigung, wie es im Kapitel 5.2. „Im Laufe des Lebens erhaltene körperliche Beeinträchtigung“ dargestellt wurde, eine Umstellung der Lebensführung zur Folge (vgl. dazu Kapitel 5.2.; Ehrig 1996, S. 322).

Auch wenn eine Veränderung der selbst erlebten Weiblichkeit stattfand und damit Barrieren erlebt wurden, so haben die Frauen aber auch Wege und Lösungsansätze gefunden, wie sie mit der Beeinträchtigung umgehen können. Sie ergaben sich nicht ihrem Schicksal, sondern kämpften jeder auf seine eigene Art und Weise um eine Veränderung der eigenen Einstellung zur Beeinträchtigung zu erzielen oder mit dieser anders umzugehen (vgl. dazu Int. B/Z. 116-118; Int. H/Z. 312-318; Int. C/Z. 200-201).

Diese Ergebnisse lassen sich einerseits mit dem von Ehrig (1996, S. 322) „kreativen Potential“ beschreiben welches sich aus einer Beeinträchtigung entwickeln kann und andererseits mit den Ergebnissen von Kemper/Treu (2007, S. 150f) vergleichen, welche in Kapitel 8 „Selbstkonzept und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen“ dargestellt wurden. Diese beschrieben, dass eine körperliche Beeinträchtigung im Laufe der Zeit und durch ein Erlernen des Umgangs mit dieser, positiv in das eigene Selbstkonzept aufgenommen werden kann. Das Körperkonzept wandelte sich auch zu einem positiven, jedoch beschrieben die

Autoren, dass dieses bei Frauen die ihre Beeinträchtigung im Zuge ihres Lebens erhielten auch immer durch das Wissen wie es zuvor um ihre physischen Möglichkeiten stand und ihr anderes Aussehen geprägt war (ebd.,).

Barrieren im Bezug aufs „Daten“ empfanden zwei Frauen (n=2) von den sechs befragten Frauen, welche sich nicht in einer Beziehung befanden. Wobei an dieser Stelle zu sagen ist, dass eine von den sechs Probandinnen hier keine Angaben machte, weil sie, erstmal herausfinden wollte, was diese für ihr Leben bedeutet, bevor sie sich wieder auf eine Partnerschaft einlässt (Int. F/Z. 65-66). Die beiden anderen Probandinnen bezogen die wahrgenommenen Barrieren auf sich. So berichtete Probandin H von einer Unsicherheit, die spürbar wird für den anderen und Probandin E, dass sie sich nicht mehr so attraktiv fühlt und deshalb dem Partner anders gegenüber tritt (Int. H/Z. 284-286; Int. E/Z. 41-44).

Eine Barriere, mit der Frauen mit Beeinträchtigung umgehen müssen, ist weiters, dass ihre Bedürfnisse von nicht-beeinträchtigten Partnern, die mit der Thematik nichts zu tun haben, nicht so gut nachvollzogen werden können, wobei dies nicht alle Frauen so empfanden. Dies beschreibt zum Beispiel Probandin B dahingehend, dass ihr Mann emotional mit ihrer Beeinträchtigung nicht umgehen kann (vgl. dazu Int. B/Z. 24-25). Das partnerschaftlichen Erleben der Frauen zeigte, dass Frauen, die noch nicht mit ihrem Partner vor der Beeinträchtigung zusammen waren, vermehrt Partner mit Zugang zu der Thematik hatten. Entweder waren diese selbst beeinträchtigt oder aber hatten Erfahrung im Umgang mit Beeinträchtigungen. Weiters wurde von einer Probandin die Vorstellung geäußert, in späterer Zukunft einen Partner vielleicht auch mit einer Beeinträchtigung haben zu wollen, weil sie sich dann mit diesem auf einer Ebene befindet (Int. E/Z. 157-163). Dies lässt sich auch vergleichen mit der Dimension „Erlebte Akzeptanz“, in welcher (n=3) Probandinnen beschrieben, dass die Wahrnehmung von selbst beeinträchtigten Menschen und die Akzeptanz eine größere ist, weil ein größeres Verständnis füreinander da ist.

Beim Umgehen des Partners mit der Beeinträchtigung gaben (n=3) von den sechs Frauen, die sich nach ihrer Beeinträchtigung in einer Beziehung befanden, an, dass ein offener Umgang mit der Beeinträchtigung erfolgte und dies keine Barriere darstellte. Die zwei Frauen, die sich in einer Beziehung befanden, berichteten von der Barriere, dass der Partner wie auch sie selbst lernen mussten mit der neuen Situation umzugehen. Bei beiden Frauen war dies eine große Herausforderung für die Partnerschaft, wobei bei Probandin B der Partner ihr nicht mehr die Nähe entgegenbringen kann die sie bräuchte und bei Pro-

bandin C der Partner zwar anfänglich verunsichert war was er ihr zutrauen kann, dies sich jedoch, mit der Zeit legte. Probandin C spricht davon, dass es für beide ein Lernprozess war, dass sie lernen musste, Hilfe anzunehmen und ihr Partner lernen musste, sie weiterhin als selbstständige Frau anzusehen (Int. C/Z. 41-42 und Z. 49-51). Bei Probandin B hingegen kann der Partner nicht mit der neuen Situation umgehen und ihr nicht mehr die Nähe entgegenbringen, die sie von ihm brauchen würde. Sie sagte im Zuge des Interviews: „[...] er ist überfordert mit meiner Welt, weil er nicht weiß, wie er damit umgehen soll“ (Int. B/Z. 37-38).

Die zwei Frauen berichteten weiters von der Barriere, dass mit der neuen Situation als Paar umgegangen werden muss und eine neue Rollenverteilung stattfindet. So mussten sich z.B. beide in ihrer Partnerschaft in Bezug auf ihre Rolle im Haushalt oder beim Betreuen der Kinder umstellen (vgl. dazu Int. C/Z. 98-99; Int. B/Z. 171-177).

Die Barriere, welche sich hier erkennen lässt, ist, dass wenn die Beziehung schon vor der Beeinträchtigung bestanden hat, eine Veränderung der Lebensführung erfolgt, welche akzeptiert werden muss, um die Beziehung fortzuführen und Bewältigungsstrategien entwickelt werden müssen, die für beide zufrieden stellend sind. Auch der Partner muss entscheiden, ob er mit dieser neuen Lebenssituation umgehen kann. Dazu schreibt Lyons et al. (1995, S. 132), dass jeder Mensch bestimmte Erwartungen und Vorstellungen an eine Beziehung hat und es zu einer Trennung kommt, wenn diese nicht erreicht werden. Damit hängen auch die Bemühungen und der Entschluss eine Beziehung aufrecht zu erhalten und Veränderungs- und Anpassungskonzepte zu entwickeln nach der Beeinträchtigung eines Partners, mit der Priorität der eigenen Ansichten vom Leben und Vorstellungen der beiden zusammen (ebd.).

Dies lässt sich auch mit dem im Theorieteil dargestellten Kapitel 5.3. „Auftreten der Beeinträchtigung während der Partnerschaft“ vergleichen, welches die unterschiedlichen Veränderungen bearbeitet, zu denen es in einer Partnerschaft nach der Entstehung einer Beeinträchtigung eines Partners kommen kann. Dabei ist das partnerschaftliche Zusammenspiel und die Kommunikation der Partner ausschlaggebend, ob eine Beeinträchtigung gemeinsam bewältigt wird und es dadurch zu einer Stärkung der Beziehung kommt oder aber, ob eine Verdrängung der Situation ein Auseinanderdriften der Partner zur Folge hat (vgl. dazu Kapitel 5; Carolyn 1996, S. 98ff; Kampmeier 2006, S. 211). Wichtig dabei ist, dass den Frauen nicht ihre Selbstständigkeit durch den Partner abgesprochen wird. Dies wurde von

(n=4) Frauen, als entscheidender Faktor für das Bestehen einer Partnerschaft genannt (vgl. dazu Int. A/Z. 213-218; Int. D/Z. 42-43; F/Z. 116-117). „Ja, das war halt dazwischen so eher, na ja 'kann sie das überhaupt noch, schafft sie das überhaupt noch?'. Und da war dann ein großer Schritt, dass ich ein Auto gekriegt hab, wo ich dann wieder frei unterwegs sein hab können und auch Unternehmungen hab starten können. Und da hat er dann eigentlich gesehen 'Na ja, so eingeschränkt ist das jetzt gar nicht.'. (lacht) Und seitdem funktioniert das dann wieder auf einer Ebene“ (Int. C/Z. 39-43).

Barrieren können auch im Hinblick entstehen, dass sich die Frauen nicht genug zutrauen, was ihre Partnerschaft betrifft. So äußerten (n=2) Frauen Sorgen, ob sie dem Partner gerecht werden können (Int. C/Z. 218-222; Int. E/Z. 94-95). Weiters wurden von (n=2) Frauen Sorgen in Bezug auf die Partnerschaft geäußert, dass diese zu Ende gehen könnte (Int. B/Z. 153-156; Int. H/Z. 238-240). Im Kapitel 7 „Selbstkonzept und Körperkonzept beeinträchtigter Frauen“ wird dargestellt, dass es für Frauen mitunter schwer ist, ein durchwegs positives Selbstkonzept zu erlangen und auch wenn viele dieses im Laufe der Zeit erhalten, auch Zweifel aufkommen können, dass eine Beeinträchtigung eine Herabsetzung der Attraktivität für Männer bedeutet (vgl. dazu Kapitel 7; Geifrig 2003, S. 13).

Barrieren im Hinblick auf die Sexualität ergaben sich bei den beiden Frauen (n=2), deren Partnerschaften bereits vor der Beeinträchtigung bestanden haben, wo der Umgang mit den neuen Möglichkeiten erst gelernt werden musste bzw. muss. Während eine der beiden das Thema Sexualität in ihrer Partnerschaft abgeschlossen hat, nachdem sie einmal Sex hatte und dies zu einem schlimmen Erlebnis für sie wurde, berichtet die zweite, dass sie gemeinsam mit ihrem Partner einen Weg gefunden hat, sich ihr Sexualleben aber grundlegend veränderte (Int. B/Z. 220-225; Int. C/Z. 298-302). Während eine weitere Frau ausdrücklich von keinen Barrieren in ihrem Sexualleben sprach, berichteten zwei Interviewpartnerinnen, dass sie es persönlich nicht beeinflusst, aber auch deshalb, weil sie keine Vergleiche ziehen können, da sie ihre Beeinträchtigung im Alter von 15 Jahren bzw. 8 Jahren erhielten (vgl. dazu Int. A/Z. 185-189; Int. D/Z. 208-210). Die zwei Probandinnen, welche noch keinen sexuellen Kontakt seit ihrer Beeinträchtigung hatten, äußerten Sorgen und Vermutungen, dass diese ihr Sexualleben beeinflussen könnte. In Kapitel 8.2. wurde näher auf Einflüsse auf das sexuelle Erleben bei körperlich beeinträchtigten Frauen eingegangen, wobei sich zeigte, wie wichtig es ist, den eigenen Körper zu schätzen, um eine befriedigende Sexualität zu leben und durch das gemeinsame Entdecken und Entwickeln von neuen Möglichkeiten mit dem Partner zu einer umfassenden Sexualität zu gelangen (vgl. dazu

Kampmeier 2006, S. 204; Beier/Ahlers 2003, S. 215). Dies lässt sich mit den Erzählungen von Probandin B vergleichen, die sich selbst nach ihrem Unfall nicht als Frau fühlte und deren Mann mit der Beeinträchtigung nicht umgehen kann und somit auch der Sexualakt, aufgrund der nicht stattfindenden Kommunikation der beiden, zu einem traumatischen Erlebnis für sie wurde (vgl. dazu Int. B).

Barrieren, wenn es um das Thema Kinderwunsch ging, äußerten zwei Frauen, die sich dessen bewusst sind, dass dieser Schritt gut überlegt und geplant werden muss und eine Herausforderung für die Partnerschaft als auch für den Partner darstellen wird, was aber nicht heißt, dass sie diesen Wunsch als unmöglich oder nicht bewältigbar ansahen (vgl. dazu Int. C/Z. 332-345; Int. F/Z. 90-99). Alle anderen (n=4), die auch von Kindern sprachen, äußerten keine Barrieren.

Von den vier Frauen, welche sich in einer Partnerschaft befanden, konnten sich bei vielen (n=3) in der Freizeit erlebte Barrieren finden, wobei an dieser Stelle zu sagen ist, dass sie sich von diesen jedoch nicht abhalten ließen alles in ihrer Freizeit zu tun auf das sie Lust hatten. Drei Frauen berichteten im Zuge des Freizeiterlebens von baulichen Barrieren oder von welchen, die als solche erlebt werden könnten. Zwei von Dreien fühlten sich jedoch nicht gestört von diesen, wohingegen Probandin C diese wirklich behinderten in ihrem Freizeiterleben (vgl. dazu Int. C/Z. 222-227; Int. G/Z. 125-129). Auch beim Reisen wurden Barrieren erlebt, was auch eine Umstellung bzw. Auswirkungen auf den Partner und die Partnerschaft hat. Probandin C berichtet, dass vor allem die „Spontaneität“ verloren gegangen ist, was das Reisen betrifft (Int. C/Z. 62-74). Probandin D erzählt, dass sie ihr Freund aufgrund der schlechten Straßen in Rom durch die ganze Stadt schieben musste (Int. D/Z. 175-183). Somit beeinflussten die erlebten Barrieren auch die Partnerschaft bzw. den Partner. Chance (2002, S. 200) schreibt dazu: „These practical problems have been part of the disabled person’s daily life since the onset of the disability, but now they become part of the nondisabled person’s life too.“ Das Paar muss also lernen, mit diesen Barrieren als Paar umzugehen, da diese Einfluss auf beide nehmen. Hierzu wird in Kapitel 8.1. Barrieren im öffentlichen Raum aufgezeigt, dass es auch einen entscheidenden Unterschied macht ob sich die beeinträchtigten Frauen diesen Barrieren ergeben oder aber nicht zulassen, dass diese sie von ihren Freizeitaktivitäten abhalten (vgl. Kapitel 8.1; Lothar 2007, S. 18).

Eine weitere Barriere, die sich ausfindig machen ließ, ist das gemeinsame Sporttreiben mit dem Partner, wozu sich in den Interviews einige (n=3) der Frauen äußerten. Probandin A berichtete von Vorurteilen, die von Seiten der Partner bestanden, dass sie keinen Sport machen kann (vgl. dazu Int. A/Z. 91-97). Probandin C berichtet von einer der größten Umstellungen in ihrer Beziehung, dass das gemeinsame Sporttreiben nicht mehr so funktioniert wie früher, dass sie zum Beispiel nicht mehr gemeinsam Laufen gehen können (vgl. dazu Int. C/Z. 58-62). Eine weitere Frau berichtet, dass es den Partner störte, so wie er dies sah, dass sie nicht gemeinsam Sport machen konnten aufgrund der Beeinträchtigung (vgl. dazu Int. H/Z. 174-177). Leyendecker (2005, S. 235) schreibt dazu, dass körperlich beeinträchtigte Menschen fast alle Sportarten durchführen können, dazu bedarf es mitunter nur einigen Regelanpassungen, einer Anpassung von Sportgeräten als auch Austragungsorte für die Bedürfnisse der Betroffenen richtig zu wählen. Von Wintersport über Mannschaftssportarten, Wassersport, Tanzen ist alles möglich (ebd.). Für eine Partnerschaft, in der gemeinsam Sport betrieben werden soll, bedarf es nach Leyendecker (2005, S. 243) vor allem an Wille und Einsatz der Beteiligten.

Barrieren in Bezug auf erlebte Akzeptanz von der Familie gab es kaum. Auch wenn wenige Befragte (n=2) äußerten, dass ihre Beeinträchtigung nicht vollkommen von der Familie nachempfunden werden konnte, so hatten auch diese grundsätzlich ein gutes Verhältnis zu dieser. Lediglich eine Probandin (Frau E) äußerte sich nicht wirklich zu dem Thema. Die Beziehung zu der Familie wurde vor allem positiv beschrieben, indem diese ihnen immer Selbstständigkeit zugesprochen hat und dies auch heute noch tut und hinter ihren Partnerschaften steht. Durch die Familie wurden also für nahezu alle keine Barrieren geschaffen, um sich als selbstständige Frau mit dem Recht auf eine Partnerschaft anzusehen. „Einschließende Tendenzen“ der Familie, die mit einer übermäßigen Umsorgung einhergehen, wie es in Kapitel 6.2. Bruner formulierte, wurden lediglich von einer Interviewpartnerin erlebt (Bruner 2000, S.[...]). Ihre Eltern als auch ihre Geschwister und Verwandten probierten sie seit jeher zu beschützen und zu behüten, was sich bis heute durchzieht, sodass sie z.B. Sorge hat, ihnen ihren derzeitigen beinahe Freund vorzustellen, da sie Angst vor den Reaktionen dieser hat (Int. H/Z. 141-150). „Ausschließende Tendenzen“ seitens der Familie wie sie Bruner (2000, S. [...]) beschreibt, ließen sich bei keiner der Frauen finden.

Anders jedoch verhielt sich dies in der Akzeptanz durch die Gesellschaft. So haben bereits viele (n=6), auch wenn drei davon auch von positiver Akzeptanz berichten, schon negative Situationen erlebt, wo sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung Abwertung erfuhren. So ließen

sich Barrieren erkennen auch in der Vorstellung über beeinträchtigte Frauen, wie Probandin A berichtet, dass sie ein Mann bemitleidete, weil sie im Rollstuhl sitzt oder Probandin D berichtete, dass manche Männer die Vorstellung haben, dass ein Rollstuhl auch zwangsläufig eine Pflegebedürftigkeit mit sich bringt (vgl. dazu Int. A/Z. 102-103; Int. D/Z. 67-71). Von nur positiv erlebter Akzeptanz berichtete lediglich eine Probandin (vgl. dazu Int. B). Dies zeigt, dass die Akzeptanz in der Gesellschaft zwar von Person zu Person variiert, es aber trotzdem weiterhin Personen gibt, die noch immer Vorurteile gegenüber beeinträchtigten Menschen haben. Dies lässt sich auch mit Kapitel 6.1. in Verbindung bringen, wo Cloerkes (2007, S. 106) darauf verweist, dass die Einstellung zu beeinträchtigten Menschen mit einer „starren grundlegenden Haltung“ zu tun hat. So machten die interviewten Frauen einerseits positive Erfahrungen und andererseits begegneten sie Menschen, die eine Beeinträchtigung als etwas Defizitäres betrachten. Auffallend war jedoch, dass viele Frauen, welche auch negative Erfahrungen in ihrer Umwelt machten, selbstbewusst damit umgingen. So ließen sie sich durch diese nicht verunsichern, lachten einfach über blöde Bemerkungen und nahmen sich diese nicht zu Herzen. Lediglich zwei der Probandinnen fühlten sich persönlich angegriffen (vgl. dazu Int. E/Z. 56-58; Int. H/Z. 323-328). Dabei war die Schwere der Beeinträchtigung nicht ausschlaggebend für die Erfahrungen, welche sie mit ihrem Umfeld machten, aber wie Cloerkes (2007, S. 105) es beschrieben hat, die Sichtbarkeit, welche die Menschen zu Kommentaren veranlasst hatte.

10. Zusammenfassung der Ergebnisse und Ausblick

Im Zuge dieser Arbeit wurde auf Barrieren für Partnerschaften körperlich beeinträchtigter Frauen eingegangen. Anhand der durchgeführten Interviews konnte auf das subjektive Erleben der beeinträchtigten Frauen eingegangen werden. Die Fragestellung „*Welche Barrieren für Partnerschaften werden von körperlich beeinträchtigten Frauen erlebt?*“ zeigte durch die gewonnenen Kategorien, dass vor allem Frauen, deren Partnerschaft bereits vor der Beeinträchtigung bestand, sich mit Barrieren innerhalb der Partnerschaft auseinandersetzen müssen. Dabei wurde eine neue Verteilung der Rollen angesprochen, wie dies die Probandinnen in Bezug auf die Haushaltsführung als auch der Kindererziehung erfuhren. Weiters stellte es eine Herausforderung für den Partner da, sich mit der neuen Situation zu arrangieren, was manchmal besser und manchmal schlechter funktioniert. Es kommt dabei

auf das partnerschaftliche Zusammenspiel an, wie diese Barrieren gemeinsam bewältigt werden. Frauen, welche sich nicht in einer Partnerschaft befanden, berichteten mitunter auch von Barrieren beim Flirten, welche aufgrund ihrer Beeinträchtigung und dem damit einhergehenden niedrigeren Selbstbewusstsein zu erklären ist.

Vor allem jüngere Frauen bzw. Frauen, die ihre Beeinträchtigung in jungen Jahren erhielten, konnten ihre Beeinträchtigung sehr gut in ihr Selbstbild integrieren, sodass sie in Bezug auf das Erleben als Frau keine Barrieren empfanden. Anders war dies bei Frauen, die lange Zeit ohne eine Beeinträchtigung gelebt haben und somit den direkten Vergleich hatten, wie es damals war und wie es heute ist, welche sich auf die Partnerschaft bzw. auf das Kennen lernen von Partnern auswirkte.

Barrieren ließen sich auch aus den Gedanken der Frauen über die Partnerschaft erkennen, wo viele Sorgen äußerten dem Partner nicht gerecht zu werden aber auch in Bezug auf die Partnerschaft, dass diese zu Ende gehen könnte.

Von durchwegs positiven Erfahrungen und damit keinen Barrieren berichteten vor allem jüngere Frauen in Partnerschaften. Der Umgang der Partner erfolgte dahingehend, dass die Beeinträchtigung akzeptiert wurde und ein offener Umgang vorherrschte. Dabei ist an dieser Stelle anzumerken, dass diese Gruppe vermehrt mit Partnern zusammen war, die entweder Erfahrungen bzw. selbst eine Beeinträchtigung hatten. Auch wurde vermehrt darauf eingegangen, dass selbst beeinträchtigte Menschen sie mehr als Frau wahrnehmen können und nicht nur die Beeinträchtigung sahen. Innerhalb der Partnerschaft erlebte Barrieren in Bezug auf die Freizeit wurde von einigen Frauen berichtet, wenn es um gemeinsame Aktivitäten ging wie z.B. das Reisen oder Unternehmungen in der Freizeit. Trotz der Barrieren ließen sie sich jedoch nicht abhalten, das mit ihrem Partner zu tun, worauf sie Lust und Freude hatten. Das Thema Sport stellte für einige Frauen eine Barriere dar, einerseits durch die entgegengebrachten Vorurteile, dass Frauen mit Beeinträchtigung keinen Sport betreiben können, andererseits wurde dies auch in Partnerschaften zu einem erlebten Hindernis.

Mit Barrieren aufgrund ihrer Beeinträchtigung bezüglich eines Kindes rechneten von den Frauen, die angaben ein Kind zu wollen, zwei Frauen. Wobei sie ein Kind als Herausforderung für die Partnerschaft ansahen, welches einer Planung bedarf, als auch Verständnis vom Partner erfordert.

Barrieren in Bezug auf die familiäre Unterstützung ließen sich bei der Mehrheit der Frauen keine finden. Dafür gab es Barrieren in der Akzeptanz durch die Gesellschaft, von welchen vielen Frauen berichteten. Doch fanden sie auch immer wieder Wege, um mit diesen umzugehen.

Grundsätzlich ist zu sagen, dass Barrieren existieren und die befragten Frauen diese auch erleben, aber die meisten selbstbewusste Muster gefunden haben, um mit diesen umzugehen. Die in der Literatur zumeist negative Darstellung von Möglichkeiten der Frauen, Partnerschaften einzugehen und zu führen, konnte in dieser Studie keine Bestätigung finden. So hatte die Mehrzahl glückliche Partnerschaften, in denen zwar auch Barrieren erlebt wurden, aber ein Überwinden dieser als Paar erfolgte. Weiters stellte sich heraus, dass die Art der Beeinträchtigung der Frauen als auch die Schwere dieser nicht im Zusammenhang mit den erlebten Barrieren stehen. So wurden zum Beispiel von manchen „schwerer“ beeinträchtigten Frauen weniger Barrieren erlebt als von „weniger“ beeinträchtigten Frauen.

Grenzen dieser Studie zeigen sich aufgrund der geringen Zahl der Interviews (n=8), sodass die Ergebnisse natürlich nicht auf alle körperlich beeinträchtigten Frauen, die in Österreich leben, übertragen werden können. Weiters ist anzumerken, dass die Probandinnen alle sehr gut in die Gesellschaft eingegliedert sind, so haben alle einen Beruf, studieren oder gehen zur Schule, bis auf eine Probandin, die aufgrund ihres Unfalls in Pension ging. Weiters lebten alle in eigenen Wohnungen oder mit dem Partner in einer Wohnung bzw. im Internat und berichteten von einer unabhängigen Lebensführung. So könnte die Situation für schwerst-körperlich beeinträchtigte Frauen als auch für in Einrichtungen lebende Frauen eine ganz andere sein. Aber auch in dieser Studie erleben die Probandinnen Barrieren bei einer Partnerschaftsanbahnung als auch innerhalb der Partnerschaft, was den großen Förderbedarf in dieser Thematik zeigt. Auch das positive Umgehen und die von den Frauen entwickelten Lösungsansätze sind zu erwähnen, was das Interesse weckt, wie sie dieses erworben haben. Weiteren Forschungsbedarf sehe ich dahingehend, die Umstellung von im Laufe des Lebens erhaltenen Beeinträchtigungen bei Frauen näher zu untersuchen, da dies eine große Veränderung mit sich bringt.

11. Literaturverzeichnis

Alderfer, Clayton (1969): An Empirical Test of a new Theory of Human Needs. In: Organizational Behavior and Human Performance, 4, 142-175.

Asendorpf, Jens/ Banse, Rainer (2000): Psychologie der Beziehung. Bern: Hans Huber.

Bach, Heinz (1999): Grundlagen der Sonderpädagogik. Bern: Haupt.

Bauer, Joachim (2008): Prinzip Menschlichkeit. Warum wir von Natur aus kooperieren. Pößneck. GGP Media GmbH.

Bauer, Johannes/ Ganser, Christian [...]: Münchner Studie zur Partnerwahl und Partnerschaft [...]: Zugriff am 20. Mai 2012 unter <http://www.ls4.soziologie.uni-muenchen.de/forschung/partnerstudie/index.html>

Behindertenbericht 2008 (2009): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderung in Österreich. Zugriff am 03. August. 2011 unter www.bmask.gv.at/cms/site/.../9/3/4/.../behindertenbericht_09-03-17.pdf

Beier, Klaus M./ Ahlers, Christoph J. (2003): Nähe, Bindung und Liebe sind schützende Faktoren- Sexualität und Partnerschaft bei neurologischen Erkrankungen. In: Delisle, B./ Haselbacher, G/ Weissenrieder N. (Hrsg.), Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München: Ernst Reinhardt, 201-217.

Bender, Doris/ Lösel, Friedrich (2003): Theorien und Modelle der Paarbeziehung. In: Bierhoff, H.W./ Grau, Ina (Hrsg.), Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin, Heidelberg: Springer, 43-75.

Bender, Doris/ Lösel, Friedrich (1998): Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung zufriedener und stabiler Ehen: eine integrative Perspektive. In: Hahlweg, K./ Baucom, D.H./ Bastine, R./ Markman, H.J. (Hrsg.), Prävention von Trennung und Scheidung- Inter-

nationale Ansätze zur Prädiktion und Prävention von Beziehungsstörungen. Stuttgart: W. Kohlhammer, 27-66.

Bergeest, Harry/ Boenisch, Jens/ Daut, Volker (2011): Körperbehindertenpädagogik. Studium und Praxis im Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung. 4., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt (UTB).

Berger, Ernst (2010): Neuropsychologische Grundlagen kindlicher Entwicklung. Wien: Böhlau.

Berscheid, Ellen/ Walster Elaine/ Walster, William G. (1973): New Directions in Equity Research. In: Journal of Personality and Social Psychology, 25 (2), 151-176.

Bierhoff, Hans-Werner/ Grau, Ina (2003): Einführung. In: H.-W. Bierhoff/ Grau I. (Hrsg.), Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin: Springer, 1-10.

Bierhoff, Hans-Werner/ Grau, Ina (1999): Romantische Beziehungen. Bindung, Liebe, Partnerschaft. 1., Auflage, Bern; Göttingen; Toronto; Seattle: Hans Huber.

Biewer, Gottfried (2010): Grundlagen der Heilpädagogik und Inklusiven Pädagogik. 2., durchgesehene Auflage, Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt. (UTB).

Birkenbihl, Vera F. (2007): Signale des Körpers. Körpersprache verstehen. 20., Auflage. Heidelberg: mvg Verlag.

Bobath, Berta/ Bobath, Karel (2005): Die motorische Entwicklung bei Zerebralpareesen. 6., unveränderte Auflage, Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

Bowlby, John (2006): Bindung. München: Ernst Reinhardt.

Bruner, Claudia (2005): Körper und Behinderung im Diskurs. Empirisch fundierte Anmerkungen zu einem kulturwissenschaftlichen Verständnis der Disability Studies. Zugriff am 20. April 2012 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/bruner-diskurs.html>

Bruner, Claudia (2000): Die Herstellung von Behinderung und Geschlecht. Sozialisation- und Lebensbedingungen von Mädchen und Frauen mit (Körper-) Behinderungen. Zugriff am 01. August 2011 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/gl2-00-geschecht.html>

Carol, A./ Howland, B. A./ Rintala, D. (2001): Dating Behaviors of Women with Physical Disabilities. *Sexuality and Disability*, 19 (1), 41-70.

Carolyn, Cutrona E. (1996): *Social Support in Couples*. Thousand Oaks (California): Sage Series on Close Relationships.

Cloerkes, Günther (2007): *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. 3., Neu bearbeitete und erweiterte Auflage, Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH Heidelberg-Edition S.

Delisle, Birgit/ Haselbacher, Gerhard/ Weissenrieder, Nikolaus (Hrsg.) (2003): *Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Diehl, Ulrike (2001): Einstellung der Eltern zur Sexualität ihres körper-oder mehrfachbehinderten Kindes. In: In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) *Sexualität und Behinderung*. Forum, 2 (3), 1-63.

Dokumentation zur Fachtagung der [netzwerkfrauen-bayern] (2003): „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“ Zugriff am 16. Februar. 2012 unter <http://www.netzwerkfrauen-bayern.de/frameset1.html>

Eggli, Ursula (2004): *Freak Geschichten für Kinder und Erwachsene*. 6., Auflage, Bern: RIRURS Eigenverlag.

Eggli, Ursula (1999): Meinen Körper vom Zustand des Neutrumms befreien. In: P. Wießner (Hrsg.), *Leben mit Behinderung Leben mit HIV und AIDS. Eine Annäherung*. Berlin: Deutsche AIDS-Hilfe, 99-103.

Eggli, Ursula (1986): *Herz im Korsett*. 10., Auflage, Bern: Zytglogge Verlag.

Ehrig, Heike (2003): Behinderung und Geschlecht. Zugriff am 20. April. 2012 unter <https://www.familienhandbuch.de/behinderung/sonstiges-behinderung-2/behinderung-und-geschlecht>

Ehrig, Heike (1996): „Verminderte Heiratschancen“ oder Perspektivengewinn? Lebensentwürfe und Lebenswirklichkeit körperbehinderter Frauen. Bielefeld: Kleine Verlag GmbH

Eiermann, Nicole/ Häußler, Monika/ Helfferich, Cornelia (2000): Live. Leben und Interessen Vertreten – Frauen mit Behinderung. Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Stuttgart: Kohlhammer.

Ermert, August (2003): Sexualentwicklung: Frühe Risiken, späte Auswirkungen. Medizinische Aspekte der sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit körperlicher Behinderung. In: Delisle, B/ Haselbacher, G./ Weissenrieder, N. (Hrsg.), Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München: Ernst Reinhardt, 65-80.

Ewinkel, Carola/ Hermes, Gisela et al. (2002): Geschlecht: behindert Besonders Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen. 3., Auflage, Neu-Ulm: AG SPAK Publikationen.

Flick, Uwe/ von Kardorff, Ernst/ Steinke, Ines (2010): Was ist qualitative Forschung? In: Flick, Uwe/ Kardorff, Ernst/ Steinke, Ines. (Hrsg.), Qualitative Forschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 349-360.

Franz, Alexandra (2002): Selbstbestimmt Leben mit Persönlicher Assistenz. Eine alternative Lebensform behinderter Frauen. Neu-Ulm. AG SPAK Bücher.

Friebertshäuser, Barbara/ Langer, Antje (2010): Interviewformen und Interviewpraxis. In: Friebertshäuser, B./ Prengel, A./ Langer, A. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, 437-456.

Fromm, Erich (2009): Die Kunst des Liebens. 68., Auflage, München: Ullstein.

Geifrig, Renate (2003): Frauen mit Behinderung gelten als geschlechtslos. Sexualität und Behinderung aus weiblicher Sicht. In: Haselbacher, Delisle, B./ Haselbacher, G./ Weissenrieder, N. (Hrsg.), Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München: Ernst Reinhardt, 12-20.

Goffmann, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Götsch, Karin (2007): Allgemeine und spezielle Krankheitslehre: Ergotherapie Prüfungswissen. Stuttgart: Georg Thieme.

Grau, Ines (2003): Emotionale Nähe. In: Grau, I./ Bierhoff, H. W. (Hrsg.), Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin: Springer. 285-314.

Grue, Lars/ Tafjord Laerum, Kristin (2002): 'Doing Motherhood': some experiences of mothers with physical disabilities. In: Disability & Society, 17 (6), 671-683.

Grundstein, Tamara (2004): Werden behinderte Frauen doppelt diskriminiert? Unter Bizpes –Info. <http://www.bizeps.or.at/news.php?nr=5028>

Hahlweg, Kurt (1991): Störungen und Auflösung von Beziehung: Determinanten der Ehequalität und -stabilität. In: Amelang, M./ Ahrens, H.-J./ Bierhoff, H. W. (Hrsg.), Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 117-152.

Hassouneh-Philips, Dena/ McNeff, Elizabeth (2005): „I Thought I was Less Worthy“: Low Sexual and Body Esteem and Increased Vulnerability to Intimate Partner Abuse in Women with Physical Disabilities. In: Sexuality and Disability, 23 (4), 227-240.

Hazan, Cindy/ Shaver, Philip (1987): Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. Interpersonal Relations and Group Processes, 52 (3), 511-524.

Hedderich, Ingeborg (2006): Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. München: Ernst Reinhardt. (UTB).

Hermes, Gisela (2010): Die Bedeutung von Barrierefreiheit für die gesellschaftliche Teilhabe (körper)behinderter Menschen. In: Jennessen, S. et al. (Hrsg.), Leben mit Körperbehinderung. Perspektiven der Inklusion. Stuttgart: Kohlhammer, 241-246.

Hermes, Gisela (2007): Behinderung und Normalität. In: H. Schnoor (Hrsg.), Leben mit Behinderungen. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: W. Kohlhammer, 69-78.

Hermes, Gisela (2007): Elternschaft und Behinderung: Tabu, Barrieren, Unterstützungsmodelle. In: Schnoor, H. (Hrsg.), Leben mit Behinderung. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: Kohlhammer, 209-221.

Hofe, Jutta (2001): Bin ich schön? Über Körper, Körpererfahrung und Sexualität. Zugriff am 20. November. 2011 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-hofe-schoen.html>

Hohenester, Gerlinde (1994): Behinderung durch bauliche Barrieren. In: Fekta-Einsiedler, G/ Förster, G. (Hrsg.), Diskriminiert? Zur Situation der Behinderten in unserer Gesellschaft. Graz: Leykam. 79-92.

Howland, Carol A./ Rintala, Diana H. (2001): Dating Behaviors of Women with Physical Disabilities. In: Sexuality and Disability, 19 (1), 41-70.

Hwang, Karen/ Johnston, Mark/ Smith, Jeffrey K. (2007): Romantic Attachment in Individuals With Physical Disabilities. Rehabilitation Psychology, 52 (2), 184-195.

Kallenbach, Kurt (2006): Infantile Cerebralparese (ICP)- frühkindliche cerebrale Bewegungsstörungen. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch- rehabilitative Maßnahmen. Deutschland: Julius Klinkhardt, 59-90.

Kampmeier, Anke S. (2006). Querschnittlähmung- Ursachen, Folgen, Rehabilitation. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch- rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage, Mönchengladbach: Julius Klinkhardt, 197-218.

Kellner, H. (2005): Entzündlich-rheumatische Erkrankungen. In: Martin, W. (Hrsg.), Klinische Pharmakologie. Stuttgart: Georg-Thieme Verlag KG, 174-199.

Kemper, Reinhild/ Treu, Carina (2007): Selbst- und Fremdkonzept von Frauen mit Behinderung. Aachen: Meyer & Meyer.

Kienle, Dorothee (2010): Progredienz. Ich bin glücklich - `tschuldigung! In: Jennessen, S. et al. (Hrsg.), Leben mit Körperbehinderung. Perspektiven der Inklusion. Stuttgart: Kohlhammer, 185-221.

Klein, Renate (1991): Modelle der Partnerwahl. In: Amelang, M./ Ahrens, H.-J./ Bierhoff, H. W. (Hrsg.), Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie, 31-69.

Kluge, Karl-J./ Sparty, Leo (Hrsg.) (1977): „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ Bonn-Bad Godesberg: Rehabilitationsverlag.

Köbsell, Swantje (1993): Eine Frau ist eine Frau ist eine Frau... Zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung. In: Barwig G./ Busch, C. (Hrsg.), „Unbeschreiblich weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung. München: AG SPAK Bücher, 32-40.

Kreilinger, Maria (2008): Selbstbestimmt und menschenwürdig? Behinderung und Sexualität. In: behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, [...] (6), 53-60.

Kuckartz, Udo et al. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. 2., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Lamnek, Siegfried (2010): Qualitative Sozialforschung. 5., überarbeitete Auflage, Weinheim: Beltz Verlag.

Lehcier-Kimel, Rachel/ Safarov, Artem (2006): Loneliness of People With Physical Disabilities. In: Social Behavior and Personality, 34 (6), 681-700.

Levinger, George (1980): Towards the Analysis of Close Relationships. In: Journal of Experimental Social Psychology, 16, 510-544.

Leyendecker, Christoph (2006): Geschädigter Körper ≠ behindertes Selbst oder: „In erster Linie bin ich Mensch“ Eine Einführung zum Verständnis und ein systematischer Überblick zu Körperschädigungen und Behinderungen. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. Mönchengladbach: Julius Klinkhardt, 13-57.

Leyendecker, Christoph (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Förderungsmöglichkeiten. Stuttgart: Kohlhammer.

Lothar, Sandfort (2008): Verliebt, verlobt, verheiratet... Verdrängt, verpasst, verhindert? Enthinderte Sexualität. In: behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, [...] (6), 40-44.

Lothar, Sandfort (2008): Mannhaft erobern! Enthinderte Sexualität. In: behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, [...] (6), 25-31.

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

Lothar, Sandfort (2007): Attraktiv mit Behinderung. In: H. Schnoor (Hrsg.), Leben mit Behinderung. Eine Einführung in die Rehabilitationspädagogik anhand von Fallbeispielen. Stuttgart: Kohlhammer, 196-203.

Lutz, Ulrike (1993): Frauen zwischen Behinderten- und Frauenbewegung. In: Barwig, Gerlinde/Busch, Christiane (Hrsg.), „Unbeschreiblich weiblich!“ Frauen unterwegs zu einem selbstbewußten Leben mit Behinderung. München: AG SPAK Bücher, 9-21.

Lutz, Petra et al. (2003): Einleitung. In: Lutz, P. et al. (Hrsg.), Der (im-) perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Köln: Böhlau Verlag, 10-17.

Lyons, Renee F. et al. (1995): Relationships in Chronic Illness and Disability. California: SAGE Publications.

Mand, Peter (2001): Sollen, können, dürfen Behinderte? Wider den Anmaßungen unweiser Fachleute. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Sexualität und Behinderung. Forum, 2 (3), 40-43.

Markowetz, Reinhard (2000): Identität, soziale Integration und Entstigmatisierung. Zugriff am 20. Mai. 2012 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/g13-00-identitaet.html>

Maslow, Abraham H. (1999): Motivation und Persönlichkeit. Deutschland: Rowohlt.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. In: U. Flick/ E. Kardorff/ I. Steinke (Hrsg.) Qualitative Forschung. Hamburg: Rowohlt, 468-475.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10., neu ausgestattete Auflage. Weinheim und Basel: Beltz

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz Verlag.

Mikrozensus Zusatzfragen (2008): Menschen mit Beeinträchtigung. Ergebnisse der Mikrozensus- Zusatzfragen im 4. Quartal 2007. Zugriff am 03. August. 2011 unter http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html

Mikula, Gerold/ Stroebe, Wolfgang (1995): Theorien und Determinanten der zwischenmenschlichen Anziehung. In: M. Amelang/ H.-J. Ahrens (Hrsg.), Attraktion und Liebe.

Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen. 2., Auflage, Göttingen: Hogrefe, 61-104.

Miller, Eva et al. (2009): Willingness to Engage in Personal Relationships With Persons With Disabilities: Examining Category and Severity of Disability. In: Rehabilitation Counseling Bulletin, 52 (4), 211-225.

Mösler, Thomas/ Bannasch, Manuela/ Poppek, Sandra (2001): Von der Basisarbeit zum Bundeskongress und zum Kuratorium. „Behinderung u. Sexualität“ Beziehung, Nähe, Sexualität im Leben behinderter Menschen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Sexualität und Behinderung. Forum, 2 (3), 31-33.

Mummendey, Hans-Dieter (2006): Psychologie des 'Selbst'. Theorien, Methoden und Ergebnisse der Selbstkonzeptforschung. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.

Neyer, Franz J. (2003): Persönlichkeit und Partnerschaft. In: I. Grau/ H.-W. Bierhoff (Hrsg.), Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin Heidelberg: Springer, 165-189.

Niehaus, Mathilde (2001): Netzwerkarbeit von und für Frauen mit Behinderung. Ein Plädoyer. Zugriff am 15. April. 2012 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-niehaus-netzwerkarbeit.html>

Nosek, M. A./ Howland, C. et. al. (2001): National Study of Women with Physical Disabilities: Final Report. In: Sexuality and Disability, 19 (1), 5-39.

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

Ortmann, Monika (2006): Duchenne Muskeldystrophie (DMD). In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. 2., überarbeitete Auflage, Mönchengladbach: Julius Klinkhardt, 251-275.

Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen (2003): Dokumentation zur Fachtagung der [netzwerkfrauen-bayern] Zugriff am 16. Februar 2012 unter <http://www.netzwerkfrauen-bayern.de/frameset1.html>

Plangger, Inge (2003): Wohin mit all der Sehnsucht? Dokumentation zur Fachtagung der [netzwerkfrauen-bayern] Zugriff am 16. Februar 2012 unter <http://www.netzwerkfrauen-bayern.de/frameset1.html>

Prenzel, Annedore/ Langer, Antje/ Friebertshäuser, Barbara (2010): Perspektiven qualitativer Forschung in der Erziehungswissenschaft- Eine Einführung. In Prenzel A./ Langer A./ Friebertshäuser B. (Hrsg.), Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim: Juventa, 17-40.

Pongratz, Ludwig J. (1977): Die Ehe des Körperbehinderten – Schwierigkeiten und Wege zu ihrer Behebung. In: Kluge, K.-J. /Sparty L. (Hrsg.), „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ Bonn-Bad Godesberg: Rehabilitationsverlag, 204-212.

Radtke, Dina (2003): Wie können behinderte Frauen ihren Wunsch nach Sexualität verwirklichen? In: „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“. Dokumentation zur Fachtagung der [netzwerkfrauen-bayern]. Zugriff am 16. Februar 2012 unter <http://www.netzwerkfrauen-bayern.de/frameset1.html>

Radtke, Nati (1987): Krüppelfrauen, erobern wir uns den Tag! Zugriff am 02. Mai. 2012 unter http://bidok.uibk.ac.at/library/mabuse_radtke-frauen.html

Raffay, Dinah (1999): „Als ob die nicht schon genug auffällt...“ In: Wießner, P. (Hrsg.), Leben mit Behinderung Leben mit Aids. Eine Annäherung. Berlin: Deutsche Aids Hilfe. 94-95.

Rintala, Diana H. et. al. (1997): Dating Issues for Women with Physical Disabilities. In: Sexuality and Disability, 15 (4), 219-242.

Rothermund, Eva/ Engel, Joachim-Michael/Beier, Klaus M. (2003): Wenn der Schmerz das Verlangen überlagert. In: Delisle, B/ Haselbacher, G./ Weissenrieder, N.

(Hrsg.), Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München: Ernst Reinhardt, 107-119.

Schade, Heinrich (1977): Allgemeine Bemerkungen zu Fragen der Eheschließung nach Nachkommenschaft bei Behinderten. In: Kluge, K.-J./ Sparty, Leo (Hrsg.), „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ Bonn-Bad Godesberg: Rehabilitationsvertrag GmbH.

Schildmann, Ulrike (2000): Sozialisation und Behinderung: Mädchen zwischen gesellschaftlichen Vorurteilen und selbstbestimmtem Leben. In: Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Fachtagung zur Sexualpädagogischen Mädchenarbeit, 124-130.

Schneewind, Klaus A./ Wunderer, Eva (2003): Prozessmodelle der Partnerschaftsentwicklung. In: Grau, I./ Bierhoff, H.W. (Hrsg.), Sozialpsychologie der Partnerschaft, 222-255.

Schönwiese, Volker (1994): Thesen zur behinderten Sexualität körperbehinderter Menschen. In: Fekta-Einsiedler, G./ Förster, G. (Hrsg.), Diskriminiert? Zur Situation der Behinderten in unserer Gesellschaft. Wolfsberg: Leykam, 103-108.

Seifert, Rainer (2006): Anfallskrankheiten im Kindes- und Jugendalter und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch-rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage, Mönchengladbach: Julius Klinhardt, 109-135.

Senger, Sandra (2001): Sensis- eine Einrichtung für Sexualität und Behinderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Sexualität und Behinderung. Forum, 2 (3), 44-47.

Stein, Ina (2003): Grußwort. In: „Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen“. In: Dokumentation zur Fachtagung der [netzwerkfrauen-bayern] Zugriff am 16. Februar 2012 unter <http://www.netzwerkfrauen-bayern.de/frameset1.html>

Strittmatter, Judka (2011): >>Hundestellung klappt sehr gut<< In: Behinderte. Dummy, 30 [...], 53-57.

Taleporos, George/ McCabe, P. Marita (2003): Relationships, sexuality and adjustment among people with physical disability. In: Sexual and Relationship Therapy, 18 (1), 25-43.

Taleporos, George/ McCabe, P. Marita (2001): Physical Disability and Sexual Esteem. In: Sexuality and Disability, 19 (2), 131-148.

Theunissen, Georg (2001): Die Independent Living Bewegung. Empowerment- Bewegungen machen mobil (I). Zugriff am 20. November. 2011 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh3-4-01-theunissen-self-advocacy.html>

Trommsdorff, Gisela (1991): Sympathie und Partnerwahl: Enge Beziehungen aus interkultureller Sicht. In: Grau, I./ Bierhoff, H.W./ Amelang, M. (Hrsg.), Partnerwahl und Partnerschaft. Formen und Grundlagen partnerschaftlicher Beziehungen. Göttingen: Verlag für Psychologie, 185-219.

United Nations (2006): CONVENTION on the RIGHTS of PERSONS with DISABILITIES. Zugriff am 03. August. 2011 unter <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

Weinwurm-Krause, Eva-Maria (2006): Poliomyelitis und das Post-Polio Syndrom. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch- rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage, Mönchengladbach: Julius Klinkhardt, 219-250.

Weinwurm-Krause, Eva-Maria (1990): Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter. Heidelberg: Schindele.

Wellnitz, Barbara (2006): Fehlbildungen und Deformitäten des Haltungs- und Bewegungsapparates. In: Kallenbach, K. (Hrsg.), Körperbehinderungen. Schädigungsaspekte, psychosoziale Auswirkungen und pädagogisch- rehabilitative Maßnahmen. 2., überarbeitete Auflage, Mönchengladbach: Julius Klinkhardt, 277-279.

Wildbahner, Josefine (1982): Körperbehinderte auf der Suche nach Partnerschaft und sexueller Beziehung. Zugriff am 16. April. 2012 unter <http://bidok.uibk.ac.at/library/wildbahner-koerperbehinderte.html>

Witzel, Andreas (2000): Das problemzentrierte Interview [25 Absätze]. Zugriff am 04. Mai. 2012 unter <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1132/2520>

World Health Organization (WHO) (2005): ICF- Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Deutsche Übersetzung. Zugriff am 04. November. 2011 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

Zemp, Aiha (2008): Was behindert denn die Liebe? Enthinderte Sexualität. In: behinderte Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, [...] (6), 19-23.

Zettel, Stefan (2003): Zwischen Einfühlung und Distanz. Sexualität und Pflege. In: Delisle, B./ Haselbacher, G./ Weissenrieder, N. (Hrsg.), Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen. München: Ernst Reinhardt, 81-87.

Internetquellen

Alphanova. Zugriff am 02. März 2012 unter <http://www.alphanova.at>

Arbeiterkammer. Zugriff am 16. Mai. 2012 unter <http://wien.arbeiterkammer.at/online/beschaefigungspflicht-22929.html>

BBC. Zugriff am 18. März. 2010 unter <http://www.bbc.co.uk/news/magazine-17584953>

Bundes-Behindertengleichstellungsgesetz. Zugriff am 16. Mai. 2012 unter <http://www.bizeps.or.at/gleichstellung/rechte/bgstg.php>

Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten [...] Zugriff am 20. April. 2012 unter <http://www.bmeia.gv.at/aussenministerium/oesterreich/staat-und-politik/bundesgesetzgebung.html>

Dimdi. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Zugriff am 10. Mai. 2012 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klasi/diagnosen/icd10/htmlamtl/fr-icd.htm?gg80.htm+>

Filmkollektiv. Zugriff am 18. März. 2012 unter http://www.filmkollektiv.ch/dsp_1f.php?lg=de&fid=27

Frauengesundheit Wien. Wiener Programm für Frauengesundheit. Zugriff am 20. Oktober. 2011 unter <http://www.frauengesundheit-wien.at/frauengesundheit/behinderung.html>

WHO – World Health Organisation. Zugriff am 18. März. 2012 unter <http://www.who.int/topics/poliomyelitis/en/>

Abbildungsverzeichnis:

Abb. 1: Verschiedene Variablen, die die Menge potentieller Partner einschränken (Klein 1991, S. 36).....	29
Abb. 2: Resilienz-Modell der Paarbeziehung (Bender/Lösel 1998, zit. n. Bender/Lösel 2003, S. 67).....	34
Abb. 3: Relationship Processes: Illness and Disability (Lyons et al. 1995, S. 17)	36
Abb. 4: (Mayring 2002, S. 116)	88

Tabellenverzeichnis:

Tab. 1: Beispielhafte Darstellung des Auswerteverfahren.....	90
Tab. 2: Allgemeine Informationen zu den Interviewpartnerinnen.....	92
Tab. 3: Das Kategoriensystem.....	93

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe angefertigt, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die den benutzten Quellen und Hilfsmittel wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, 10.07.2012

Flora Dann

Kurzzusammenfassung

Die vorliegende Diplomarbeit widmet sich Barrieren für Partnerschaften körperlich beeinträchtigter Frauen. Sowohl theoretisch als auch empirisch werden mögliche Barrieren, welche bei der Teilhabe an Partnerschaften als auch in der Partnerschaft erlebt werden, bearbeitet.

Zunächst werden in Kapitel 2 im Zuge der Diplomarbeit, die wichtigsten Begriffe der Beeinträchtigung, Partnerschaft als auch Barrieren für beeinträchtigte Menschen dargestellt. Aufbauend auf dem Grundbedürfnis einer Partnerschaft welches in Kapitel 3 behandelt wird, erfolgt ein Überblick über vorhandene Paartheorien, die zu einer Partnerwahl oder einer Partnerschaft führen. In Kapitel 5 wird das Auftreten einer Beeinträchtigung in unterschiedlichen Lebensabschnitten behandelt wie auch welche Auswirkungen dies für die Partnerwahl aber auch die Partnerschaft mit sich bringt. Anschließend werden in den Kapiteln 6,7 und 8 mögliche Barrieren aus dem Umfeld, dem eigenen Selbst- und Körperkonzept als auch physiologische Barrieren für Frauen mit Beeinträchtigung bearbeitet.

Anhand einer empirischen Studie wurde mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews aufgezeigt, dass beeinträchtigte Frauen vermehrt Barrieren erleben in der Partnerschaft als auch beim Kennenlernen von Partnern, jedoch auch Bewältigungsstrategien entwickelten um mit diesen umzugehen. Es stellte sich heraus, dass der Großteil der Probandinnen, welche ihre Beeinträchtigung in jungen Jahren erhielten, diese gut in ihr Selbstbild integrieren konnten und in Bezug auf eine Partnerschaft wenig Barrieren antrafen bzw. diese überwand. Weiters stellte sich im Zuge der Studie heraus, dass eine Beeinträchtigung, welche im Zuge einer Partnerschaft auftritt zu einer großen Veränderung dieser beiträgt und Auswirkungen auf beide Partner hat, was aber nicht heißt, dass diese nicht überwunden werden können.

Abstract

Relationships are the driving force behind human existence. This diploma thesis discusses the barriers women with physical disabilities face when dating and searching for relationships. Comprised of both a theoretical discussion and an analysis of 8 interviews with physically disabled women, the paper investigates the barriers disabled women face to find

potential life partners. The paper guides the reader through three groups of barriers; physical, personal and societal.

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name Flora Dann

geboren am 04. November 1985 in Wien/ Österreich

Staatsbürgerschaft Österreich

Bildungslaufbahn:

Schulen: 1992-1996 Volksschule 1140 Wien Mondweg
1996-2000 Bundesrealgymnasium GRG 15 Schmelz in Wien
2000-2005 HBLA Herbststrasse 1160 Wien

2005 Diplomstudium Pädagogik an der Universität Wien
2006 4 Monate Sprachaufenthalt in Los Angeles
2007 Bachelorstudium der Sportwissenschaft an der Universität Wien

Berufserfahrungen bzw. Praktika und Ausbildungen :

Seit 2011 Ausbildung zum Pilatetrainer

Seit 2011 Ausbildung zum Gesund und Vitalcoach an der Usi Wien

2011 Wissenschaftliches Praktikum am Institut für Bildungswissenschaft an der Universität Wien im Rahmen des NOESIS Projektes im Ausmaß von 80h

2010 Praktikum an dem Bundesrealgymnasium (GRG 15 Schmelz) Mithilfe bei der Durchführung des Sportunterrichtes und Betreuung beeinträchtigter Kinder in einer Integrationsklasse im Ausmaß von 160h

Dezember 2009 Snowboardlehrerin/ Begleitung der Schule HLF Krems

Seit Mai 2008 Geringfügig Beschäftigte der Firma H.T.S. Informationssysteme für Marktforschung GesmbH Mariahilferstr. 89/2/25

2008 April-Juni Publikumsdienst sowie Marketingdienste bei den Wiener Festwochen

2008 Jänner Snowboardlehrerin / Begleitung der Schule BRG 6 Machettigasse 3

2007 Mai- Juni Publikumsdienst und Marketingdienste bei den Wiener Festwochen

2007 Jänner Snowboardlehrerin/ Begleitung der Schule BRG 6 Marchettigasse 3

2006 Dezember Ausbildungskurs zum Snowboard-Begleitlehrer

2006 Nov.-Dez. Publikumsdienst beim "New crowned hope festival"

2005 August- 2006 April Geringfügig Beschäftigte der Firma "Mango" Tätig im Verkauf, Beratung und Lager

2002 Praktikum für die Schule im Atelier "Jan" Tätig im Verkauf und bei der Herstellung von Schmuck