



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung

Verfasserin

Melanie Scheikl

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 057/122

Studienrichtung lt. Studienblatt: Individuelles Diplomstudium der
Pflegewissenschaft

Betreuer: MMag. Dr. Ferdinand Holub, MEd MSc BA

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich, dass die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt wurde.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Datum

Unterschrift

Danksagung

Beim Verfassen dieser Arbeit begleiteten mich zahlreiche Menschen, die den Prozess des Schreibens durch ihr Interesse und viele Mut machende Worte positiv beeinflussten. Ganz besonders möchte ich meinen Eltern, Monika und Helmut Scheickl, dafür danken, dass sie mir mein Studium ermöglichten und mir in jeder Lebenslage zur Seite stehen.

Ein weiteres Dankeschön gilt meiner Freundin, Marianne Gruber, die nie an meinen Fähigkeiten zweifelt und die stets die passenden Worte findet.

Schlussendlich danke ich auch meinem Professor, MMag. Dr. Ferdinand Holub, weil er sich für die Betreuung seiner Studentinnen und Studenten mehr Zeit nimmt als er müsste und beim Verfassen dieser Arbeit wertvolle Inputs lieferte.

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis	9
1 Einleitung.....	11
1.1 Ziele und verwendete Methode	11
1.2 Aufbau der Arbeit	12
2 Einführung in die Begrifflichkeiten	14
2.1 Geistige Behinderung.....	14
2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund.....	14
2.1.2 Verschiedene Definitionsansätze	16
2.1.2.1 Die pädagogische und soziologische Sichtweise.....	18
2.1.2.2 Die Rolle der Psychologie	19
2.1.2.3 Intelligenzminderung als Kategorisierungsversuch.....	19
2.1.2.4 Medizinische Definition	21
2.1.2.5 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)	24
2.2 Sexualität.....	28
2.2.1 Sexualität im geschichtlichen Kontext	28
2.2.2 Sexualität aus biologischer Sicht	31
2.2.3 Bedeutung des Begriffs „Sexualität“	32
3 Leitkonzepte zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung	34
3.1 Das Normalisierungsprinzip.....	34
3.2 Selbstbestimmung und Empowerment.....	36
3.3 Integration und Inklusion	39
3.4 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen	41
3.5 Eingliederung sexueller Bedürfnisse in die jeweiligen Konzepte.....	43

4	Sexualerziehung.....	45
4.1	Sexuelle Entwicklung	45
4.1.1	Phasenmodell nach Sigmund Freud	45
4.1.2	Sexuelles Verhalten im Kindesalter	46
4.1.3	Pubertät.....	49
4.1.4	Sexuelle Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung	50
4.2	Allgemeine Prinzipien der Sexualerziehung.....	53
4.2.1	Ziele	53
4.2.2	Voraussetzungen.....	54
4.3	Sexualerziehung in den verschiedenen Lebensphasen	56
4.3.1	Erziehungsmaßnahmen in der Kindheit	56
4.3.2	Erziehungsmaßnahmen in der Pubertät	57
4.3.3	Unterstützung im Erwachsenenalter	59
4.3.3.1	Lebenslange Sexualaufklärung.....	59
4.3.3.2	Sexualassistenz	60
5	Beziehung und Ehe.....	62
5.1	Verschiedene Zugänge zu Paarbeziehung und Ehe	62
5.2	Homosexualität	63
5.3	Eheschließung aus rechtlicher Sicht	65
5.4	Kirchliche Ehe	65
6	Schwangerschaft und Kinderwunsch.....	67
6.1	Schwangerschaft als Risiko sexueller Partnerschaften	67
6.2	Häufigkeit von Schwangerschaft und Elternschaft.....	69
6.3	Der Wunsch nach Elternschaft	74
6.4	Die Begleitung der Eltern	76
6.5	Rechtliche Situation	77

6.6	Schwangerschaftsverhütung.....	78
6.6.1	Hormonelle Verhütungsmethoden.....	78
6.6.2	Intrauterinpressare.....	83
6.6.3	Barrieremethoden.....	84
6.6.4	Chemische Verhütungsmittel.....	85
6.6.5	Natürliche Familienplanung	86
6.6.6	Notfallverhütung.....	86
6.7	Sterilisation	87
6.7.1	Sterilisation in der Vergangenheit	87
6.7.2	Aktuelle rechtliche Situation	89
7	Sexuell übertragbare Krankheiten	92
7.1	„Sexual Health“.....	92
7.2	Klassifizierung sexuell übertragbarer Krankheiten.....	93
7.3	Wichtige sexuell übertragbare Krankheiten.....	94
7.3.1	HIV	94
7.3.2	Syphilis	95
7.3.3	Gonorrhoe	96
7.3.4	Genitale Chlamydieninfektion.....	97
7.3.5	HPV	97
7.4	Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten	98
8	Sexueller Missbrauch.....	100
8.1	Begriffserklärung	100
8.2	Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer sexueller Übergriffe ..	101
8.3	Sexuelle Gewalt in Betreuungsverhältnissen.....	103
8.4	Menschen mit geistiger Behinderung als „attraktive“ Opfer	104
8.5	Vorbeugung.....	105

9	Fazit	108
9.1	Zusammenfassung	108
9.2	Erkennbare Entwicklungen.....	111
9.3	Appell an die Wissenschaft.....	113
10	Literaturverzeichnis	116
11	Anhang	128
11.1	Abstract.....	128
11.2	Lebenslauf.....	129

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Intelligenzquotient und Intelligenzalter	20
Tabelle 2: Vergleich von ICDH und ICF	25
Tabelle 3: Faktoren der ICF	27
Tabelle 4: Klassifikation sexuell übertragbarer Krankheiten	93
Tabelle 5: Erkrankungsstadien nach einer HIV-Infektion	95

1 Einleitung

Vor einigen Jahrzehnten war es noch undenkbar, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung ihre Sexualität ausleben dürfen. Die Existenz sexueller Bedürfnisse wurde in der Regel verdrängt und durch mangelhafte Aufklärung, Geschlechtertrennung und medikamentöse Behandlungen versuchte man das Aufkommen sexueller Äußerungen zu unterdrücken. Mittlerweile brechen die Vorurteile nun langsam auf und im Zuge einer Entwicklung hin zu Normalisierung und Integration wird auch der Ruf nach einer selbstbestimmten Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung laut. Immer wieder finden Berichte über Sexualassistenz oder Eheschließungen von Menschen mit geistiger Behinderung Einzug in die Medien und zwar Medien, die sich an die breite Masse wenden, wo bisher vor allem die Sexualität junger, gesunder und schöner Menschen omnipräsent war. In erster Linie kommen jedoch Familienangehörige von Menschen mit geistiger Behinderung in Kontakt mit deren sexuellen Bedürfnissen oder Professionistinnen und Professionisten aus den unterschiedlichsten Disziplinen. Es kann sich hierbei z.B. um Betreuerinnen und Betreuer in Wohneinrichtungen oder Arbeitsstätten handeln, Pflegekräfte in Krankenhäusern oder in der mobilen Krankenpflege oder auch Beraterinnen und Berater verschiedenster Vereine und Anlaufstellen für Menschen mit geistiger Behinderung und deren Familien und Angehörige. Für all diese Menschen und vor allem natürlich für die betroffenen Personen mit geistiger Behinderung selbst ist es wichtig, dass es ein wissenschaftlich fundiertes Grundlagenwissen über den Themenbereich der Sexualität gibt, damit dieses in der Praxis entsprechend umgesetzt werden kann.

1.1 Ziele und verwendete Methode

Das übergeordnete Ziel der vorliegenden Arbeit ist es einen breiten Überblick über das Themengebiet der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung zu liefern. Um sich diesem Ziel anzunähern steht folgende Forschungsfrage im Mittelpunkt: „Wie ist der aktuelle Stand der Literatur zum Thema ‚Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung‘?“ Ausgehend von dieser Forschungsfrage ergeben sich einige weitere Fragen, die entsprechend geklärt werden sollen. Neben der Zusammenfassung der aktuellen Literatur, stellt sich auch die Frage nach einer beobachtbaren Entwicklung in diesem Bereich in den letzten Jahrzehnten. In welche

Richtung veränderten sich die Umstände für Menschen mit geistiger Behinderung und gab es vielleicht auch Entwicklungen, die als Rückschritt zu betrachten sind? Ganz besonderes Augenmerk wird auf Lücken in der verfügbaren Literatur gelegt. Zu welchen Themengebieten findet man keine oder nur wenig aussagekräftige Abhandlungen oder Daten? In welchen Bereichen wäre dringend Forschung anhand quantitativer Erhebungen oder qualitativer Interviews notwendig, um aktuelle Daten zu erfassen?

Die Beantwortung der genannten Fragen erfolgt theoretisch mittels Literaturstudie. Anhand einer umfassenden Literaturrecherche werden sowohl Standardwerke als auch weniger bekannte Publikationen und Erhebungen eruiert und den passenden Themenblöcken zugeordnet. Um den aktuellen Wissensstand optimal zu präsentieren, werden auch Quellen aus dem Internet verwendet, wenn sie den Anforderungen dieser Arbeit entsprechen. Da eine Abhandlung unter Einbeziehung weltweiter Literatur den Rahmen dieser Arbeit überschreiten würde, beschränkt sich die Recherche auf den Mittel- und Nordeuropäischen Raum insbesondere Österreich und Deutschland. Auch beim Abklären rechtlicher Rahmenbedingungen in verschiedenen Bereichen liegt der Fokus auf der österreichischen Rechtslage.

1.2 Aufbau der Arbeit

Ausgehend von den oben genannten Forschungsfragen werden mit dem Ziel der bestmöglichen Übersichtlichkeit mehrere Unterteilungen des Themas vorgenommen. In Summe sollen die einzelnen Teile bzw. Kapitel ein umfassendes Bild der Situation von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Sexualität darstellen.

Nach einer eingehenden Betrachtung der Begriffe „geistige Behinderung“ und „Sexualität“, die sich den verschiedenen gängigen Definitionsmöglichkeiten inklusive der geschichtlichen Entwicklung widmet, wird näher auf diverse Konzepte eingegangen, die aktuell den Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung prägen. Danach steht die Sexualerziehung in verschiedenen Lebensphasen im Mittelpunkt der Ausführungen, wo die sexuelle Entwicklung eines Menschen einen wesentlichen Bestandteil darstellt. Anschließend werden die Möglichkeiten der Partnerschaft und Eheschließung abgewogen und auch der Themenbereich Homosexualität findet hier Erwähnung. Das darauffolgende Kapitel widmet sich

diversen Sichtweisen von Schwangerschaft und Kinderwunsch von Menschen oder vielmehr Frauen mit geistiger Behinderung. Auch Möglichkeiten der Verhütung und Sterilisation, denen viele mit ambivalenten Gefühlen gegenüberstehen, werden hier näher erläutert. Etwas, das beim Thema Sexualität nicht vergessen werden darf, ist das Risiko für Menschen mit und ohne Behinderung gleichermaßen besteht, ist das Risiko der Ansteckung mit einer sexuell übertragbaren Krankheit. Die wichtigsten sexuell übertragbaren Krankheiten werden beschrieben und die Möglichkeiten der Verhütung erläutert. Der letzte große Themenblock widmet sich dem sexuellen Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung. Es werden nicht nur die Ergebnisse verschiedener Untersuchungen dargestellt, sondern auch der Frage nachgegangen, wieso für Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko besteht, sexuell ausgebeutet zu werden.

Zum Schluss werden die Ergebnisse, die die umfassende Literaturrecherche ergeben hat, noch einmal zusammengefasst. Ganz besonderes Augenmerk wird hier auf die Forschungslücken gelegt. Die vorliegende Arbeit soll ein klares Ergebnis darüber liefern, welche Informationen mangelhaft oder gar nicht verfügbar sind und in welchen Bereichen dringend Forschungsarbeit notwendig ist. Dargestellt werden soll auch die positive oder negative Entwicklung im Umgang mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung der letzten Jahrzehnte, in dem Maße wie man sie anhand der verfügbaren Literatur ableiten bzw. interpretieren kann.

Da in dieser Arbeit der Respekt vor Menschen ein wichtiges Thema ist, egal durch welche Merkmale sie sich unterscheiden, wurde auf eine geschlechtsneutrale Formulierung geachtet. Die verschiedenen Bezeichnungen für Menschen mit geistiger Behinderung sind wertfrei zu betrachten.

2 Einführung in die Begrifflichkeiten

Das folgende Kapitel widmet sich der näheren Betrachtung der Begriffe „geistige Behinderung“ und „Sexualität“. Nach einem kurzen Rückblick zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung in der Vergangenheit werden verschiedene Definitionsansätze und –versuche näher erläutert. Verschiedene Perspektiven zum Thema „Sexualität“ bilden den Abschluss dieses Kapitels.

2.1 Geistige Behinderung

2.1.1 Geschichtlicher Hintergrund

Der Blick in die Vergangenheit zeigt, dass der Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung bis ins 19. Jahrhundert hinein von Ausgrenzung und Missachtung geprägt war. Lange Zeit betrachtete man es als Strafe von Göttern und Dämonen, wenn ein geistig behindertes Kind zur Welt kam und sah keinen Grund dieses am Leben zu lassen. Auch im christlichen Mittelalter sah man im geistig behinderten Menschen ein Werk des Teufels, wenngleich es auch wenige Ausnahmen der Fürsorge und Nächstenliebe für diese Menschen gab. (Vgl. Speck, 2005, S 15f)

Ende des 19. bzw. zu Beginn des 20. Jahrhunderts war die Versorgung von Kindern mit geistiger Behinderung oder Lernschwierigkeiten¹ bereits recht klar strukturiert. „Bildungsfähige“ Kinder wurden in Hilfsschulen oder Förderklassen unterrichtet und erzogen, „bildungsunfähige“ Kinder, die den Aufnahmekriterien nicht gerecht wurden, nach Hause entlassen oder in „Bewahr-Anstalten“ untergebracht. Hier standen nicht mehr Erziehung oder Bildung der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen im Vordergrund, sondern Pflege und Beschäftigung. Besonders wichtig zu dieser Zeit war auch die Vermeidung von Fortpflanzung „minderwertiger“ Menschen, die man als Belastung für die Gesellschaft empfand, welche durch strikte Geschlechtertrennung und Sterilisation Anwendung fand. (Vgl. Störmer, 2006, S 12ff) Die Institutionalisierung, welche schon allein durch die Industrialisierung der Arbeit notwendig war, da zu Hause niemand mehr für die kranken und behinderten Familienmitglieder sorgen konnte, stellte einerseits einen Fortschritt dar und förderte

¹ Die Grenzziehung zwischen Lernschwierigkeiten und geistiger Behinderung ist schwer, da die Vereinheitlichung der Begriffe zu dieser Zeit erst im Entstehen war und nach heutigen Maßstäben kaum nachzuvollziehen ist, was eigentlich gemeint war (vgl. Störmer, 2006, S 12).

die Professionalisierung, senkte aber andererseits Solidarität und Mitgefühl (vgl. Dörner, 2006, S 27).

In der Zeit des Nationalsozialismus (NS) fanden positive Bewegungen der Förderung und Bildung von Menschen mit geistiger Behinderung ein abruptes Ende. Noch lange nach 1945 wurden die Verbrechen dieser Zeit verschwiegen und verdrängt. Erst in den 1980er Jahren begann man sich wieder damit zu beschäftigen und die Folgen aufzuarbeiten. Im Zuge der bereits weltweit vorherrschenden Eugenik-Bewegung wurde gleich nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 das „Erbgesundheitsgesetz“ verabschiedet, durch das die Fortpflanzung „unwerten“ Lebens verhindert werden sollte. Die durchgeführten Zwangssterilisationen wurden von einer breiten Mehrheit – auch den Kirchen – unterstützt. Da es aber Jahrhunderte gebraucht hätte, bis eine „säubernde“ Effekt auf die Gesellschaft zu erkennen gewesen wäre, ging man Mitte der 30er Jahre dazu über, Kinder – später auch Jugendliche und Erwachsene – von ihrem angeblich leidvollen und unwürdigen Leben zu „erlösen“. Mit einer auf Kriegsbeginn zurückdatierten Ermächtigung von Hitler begann die zentral gesteuerte geheime „Aktion T4“ (oder auch „Aktion Gnadentod“ genannt), bei der vor allem Menschen mit einer geistigen Behinderung oder psychischen Krankheit, die den von den Nazis gestellten Anforderungen in Bezug auf Selbstversorgung und produktive Arbeitsleistung nicht entsprachen, ermordet wurden. Das Morden (psychisch oder körperlich) kranker und behinderter Menschen wurde schnell effizienter und systematischer, bereits im Oktober 1939 wurden sie zu hunderten vergast – ein Schicksal, das später auch den jüdischen Europäern wiederfuhr. Nach Einstellung der Vergasungen in den sechs „Euthanasieanstalten“ im Juli 1941, änderte man die Methode des Mordens dahingehend, dass man z.B. die Bewohner von Institutionen so sehr benachteiligte, dass diese verhungerten. Diese „Methode“ wurde auch schon im 1. Weltkrieg angewandt. Die Fortführung der Aktion T4 durch Ärzte und Pflegepersonal wird auch „wilde Euthanasie“ genannt. Viele versuchten ihre kranken oder behinderten Familienangehörigen zum Schutz vor den Gräueltaten des NS-Regimes wieder nach Hause zu holen, aber nur sehr vereinzelt wurde wirklich Widerstand geleistet. (Vgl. Dörner, 2006, S 23ff; Klee, 2010)

Nach dem 2. Weltkrieg dauerte es einige Zeit bis wieder sozialpädagogische Einrichtungen in Form von Horten oder Tagesstätten aufkamen. Diese Einrichtungen hatten jedoch keinen schulischen Bezug, da noch die Schulbefreiung für „bildungsunfähige“ Kinder bestand. In den 1960er Jahren entstanden dann zum einen Sonderschulen für Kinder mit geistiger Behinderung und solche für lernbehinderte Kinder. Das Bildungsrecht für Kinder mit geistiger Behinderung wurde zudem im Gesetz gesichert. (Vgl. Speck, 2005, S 33f)

Seit den 80er Jahren gibt es die Tendenz Kinder mit geistiger Behinderung im „normalen“ Schulalltag zu integrieren und mit nicht behinderten Kindern in der Grundschule zu unterrichten. Ziel ist es, die soziale Eingliederung in die Gesellschaft bereits im Kindesalter zu fördern und eine Isolation zu vermeiden. Diese Entwicklung ist aber noch nicht abgeschlossen, da vor allem die Anforderungen an die Schulen sehr hoch sind. Es erfordert mehr Zeit und folglich einen verbesserten Personalschlüssel, um den Bedürfnisse der Kinder mit Behinderung gerecht zu werden und gleichzeitig die anderen Kinder nicht zu vernachlässigen. (Vgl. Speck, 2005, S35f)

2.1.2 Verschiedene Definitionsansätze

In der Vergangenheit existierten für geistige Behinderung Bezeichnungen wie „Idiotie“, „Blödsinn“, „Schwachsinn“ oder „Stumpfsinn“, welche heute nicht mehr verwendet werden, da ihre Verwendung abwertend, stigmatisierend und negativ behaftet ist (vgl. Mühl, 2000, S 45ff).

Mühl (ebd.) betrachtet auch die Bezeichnung „geistig behindert“ als eine vorübergehende Notlösung, da sie mittlerweile ebenfalls Stigmatisierung hervorruft, obwohl die ursprüngliche Intention bezweckte, dies mit einem neuen Begriff zu vermeiden. „Geistig behindert“ haftet etwas Negatives an und vermittelt laut Mühl (ebd.), dass es keine Möglichkeiten mehr gibt noch dazu zu lernen. Die Bezeichnung „mit geistiger Behinderung“ hingegen lenkt die Aufmerksamkeit zuerst auf die Person und sei daher vorzuziehen. Auch Speck (2005, S 48) betrachtet diesen Terminus als Fortschritt.

Speck (2005, S 46f) sieht große Schwierigkeiten in der Definition von geistiger Behinderung, schon alleine deshalb, weil es nicht um irgendeine Beeinträchtigung

geht, sondern um eine, für die Menschen seit jeher ausgegrenzt wurden und höchstens am Rande der Gesellschaft einen Platz fanden. Ihren Höhepunkt fand die gesellschaftliche Stigmatisierung wie bereits beschrieben im nationalsozialistischen Gedankengut, wo Menschen mit geistiger Behinderung als Gefahr für das Volkswohl betrachtet und systematisch getötet wurden. (Vgl. Speck, 2005, S 46f)

Speck (2005, S 46) beschreibt die geistige Behinderung in einem Definitionsversuch als lebenslangen Rückstand auf mentaler Ebene, der sich in unangemessenem Verhalten und schwacher Lernleistung auf schulischer, sprachlicher, physischer und sozialer Ebene zeigt, was Unterstützungsleistungen in verschiedenen Bereichen der Lebensführung notwendig macht.

Es gibt auch den Versuch geistige Behinderung als Lernbeeinträchtigung zu definieren, da es sich aus pädagogischer Sicht um einen erschwerten Erziehungs- und Lernprozess handelt, der sich in allen Bereichen der Entwicklung und Sozialisation niederschlägt (vgl. Mühl, 2006, S 133f).

Die Erscheinungsform einer geistigen Behinderung ist komplex und vielseitig und lässt sich schwer in Worte fassen. Vielfach führen immer neue Wortkreationen, die Stigmatisierung vermeiden sollen, zu Verwirrung und Ratlosigkeit. Diese Entwicklung ist nicht nur im deutschsprachigen sondern auch im englischsprachigen Raum zu beobachten. Das Problem der Stigmatisierung lässt sich aber nicht dadurch lösen, dass in regelmäßigen Abständen Bezeichnungen und Begrifflichkeiten ausgetauscht werden. (Vgl. Speck, 2005, S 49ff)

Für die Wissenschaft ist es unumgänglich den Begriff „geistige Behinderung“ zu beschreiben. Ein weiterer Versuch von Speck (2005, S 52f) stellt die geistige Behinderung als Folge einer Beeinträchtigung von Erziehung und Bildung dar. Die Beschreibung der Beeinträchtigung könnte dann die Darstellung der besonderen Bedürfnisse umfassen (ebd.).

Grundsätzlich kann man festhalten, dass die Unterschiede in den Definitionen von verschiedenen Faktoren abhängen. So unterscheiden sich die Zugangsweisen je nach Berufsfeld, da es einen wesentlichen Unterschied macht, ob geistige Behinderung aus medizinischer, psychologischer, pädagogischer, philosophischer, juristischer, therapeutischer oder soziologischer Sichtweise beschrieben wird. Weiters hängt es

auch von der erkenntnistheoretischen Perspektive ab, sowie vom allgemeinen Weltbild der Person oder von religiösen Ansichten. So kommen unterschiedliche Anschauungen zustande, die sich zum Teil überschneiden, ergänzen oder auch klar abgegrenzt sind. (Vgl. Fischer, 2008, S 17f)

2.1.2.1 Die pädagogische und soziologische Sichtweise

Pädagogen bzw. Sonder- und Heilpädagogen stellen in der Regel nicht die Defizite einer Person mit geistiger Behinderung in den Mittelpunkt sondern deren Bedürfnisse und die vorhandenen Fördermöglichkeiten. Den Entwicklungsprozess von Menschen mit geistiger Behinderung beeinflussen sowohl Form und Ausprägung der psycho-physischen Schädigung, die individuelle Persönlichkeit als auch das soziale Umfeld. (Vgl. Speck, 2005, S 69ff) Speck (ebd.) betont aber, dass er in erster Linie nicht die organisch-genetische Schädigung als Auslöser einer geistigen Behinderung sieht, sondern dass die geistige Behinderung erst in Wechselwirkung mit den persönlichen und sozialen Faktoren entsteht. Das Umfeld beeinflusst die behinderte Person mit einer großen Palette an möglichen Reaktionsweisen, seien es Mitleid, Distanz oder Aggression. Auch das Schulsystem spiegelt die Bandbreite der verschiedenen gesellschaftlichen Zugänge wider, wenn früher die Rede von „bildungsunfähig“ war und heute immer mehr von Integration und Inklusion. Die Person selbst erlebt die eigenen Bedürfnisse und Beeinträchtigungen, wie jeder andere Mensch auch. Sie ist abhängig von der sozialen Interaktion, die das Selbst stärken oder schwächen kann. (Ebd.) Auch Seidel (2006, S 162) unterstreicht den Einfluss der psycho-sozialen Faktoren auf die Entwicklung einer geistigen Behinderung.

Der soziale Einfluss kann die Ausprägung einer geistigen Behinderung aber nicht nur beeinflussen, sondern diese auch hervorrufen. Bekannt unter dem Begriff „Kaspar-Hauser-Syndrom“ kann durch eine schwere soziale Deprivation die Entwicklung so stark beeinträchtigt werden, dass dauerhafte Schäden im Bereich der Funktionen und Strukturen des Gehirns zurückbleiben. (Vgl. Speck, 2005, S 60f; Seidel, 2006, S 162)

2.1.2.2 Die Rolle der Psychologie

Psychologen kategorisieren geistige Behinderung hauptsächlich nach dem Intelligenzalter, dessen Beschreibung weiter unten folgt. Die psychologische Forschung befasst sich zwar unter anderem mit Themen wie der Mutter – Kinder – Bindung oder der Entwicklung eines Selbstempfindens, welche für die Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung wichtige Ergebnisse liefern könnte, aber diese Modelle werden selten auch an Kindern mit geistiger Behinderung erprobt. Zusätzliche körperliche Beeinträchtigungen, der verzögerte Spracherwerb, fehlende Förderung oder ein unangemessen kontrollierendes Verhalten der Bezugsperson erschweren eine adäquate Entwicklung. Bei schwer intellektuell behinderten Menschen kommen als Testverfahren Verhaltensbeobachtungen, Überprüfung von lebenspraktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Befragung von Bezugspersonen zum Einsatz. (Vgl. Hesse, 2006, S 171ff) Eine ausführliche entwicklungspsychologische Befassung mit Menschen mit geistiger Behinderung könnte jedenfalls für verschiedenste Professionen sowie die betroffenen Familien hilfreiche Erkenntnisse liefern.

Tätigkeitsfelder für Psychologen oder Psychotherapeuten in der Behindertenarbeit sind die interdisziplinäre Frühförderung, therapeutisches Arbeiten in Wohneinrichtungen oder Arbeitsstätten, die eher vernachlässigten Bereiche Lehre und Forschung, Beratung und Betreuung als niedergelassener Therapeut und die Behandlung in psychiatrische Einrichtungen. Die Tätigkeitsbereiche beziehen sich nicht ausschließlich auf die geistige Behinderung sondern auch auf mögliche psychische Störungen. (Ebd.)

2.1.2.3 Intelligenzminderung als Kategorisierungsversuch

1992 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die 10. überarbeitete Version der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)“, welche 2011 vom „Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)“ in deutscher Sprache herausgegeben wurde. Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM)“ stellt einen Rahmen für die Klassifizierung und Verschlüsselung jeglicher medizinischer Diagnosen dar.

Kapitel V befasst sich mit „Psychischen und Verhaltensstörungen“ und setzt sich auch mit der sogenannten „Intelligenzstörung“ auseinander (DIMDI, 2011, S 213). Die Intelligenzstörung bzw. –minderung dient als Definition und Kategorisierung geistiger Behinderung. Das Ausmaß der Behinderung wird anhand standardisierter Intelligenztests gemessen. Die Intelligenzstörung wird als „*verzögerte oder unvollständige Entwicklung der geistigen Fähigkeiten*“ definiert und offenbart sich in „*Kognition, Sprache, motorischen und sozialen Fähigkeiten*“ (ebd.). Ergänzend zu den Intelligenztests empfiehlt es sich Tests zur sozialen Anpassung durchzuführen, um eine möglichst genaue Diagnose zu gewährleisten. Auch hier wird jedoch betont, dass es sich nur um die Feststellung des aktuellen Status handelt, der sich noch verändern kann. Ursprünglich wurde zum Vergleich der Intelligenz von Schulkindern das Intelligenzalter mit dem Lebensalter verglichen, was später zum Intelligenzquotienten (IQ) weiterentwickelt wurde. Im ICD-10-GM findet man beide Klassifizierungen.

Die Kategorisierung sieht wie folgt aus:

Grade der Intelligenzminderung	dazugehörige Begriffe
leichte Intelligenzminderung (IQ 50-69) Intelligenzalter: 9 – 12 Jahre	leichte geistige Behinderung
mittelgradige Intelligenzminderung (IQ 35-49) Intelligenzalter: 6 – 9 Jahre	mittelgradige geistige Behinderung
schwere Intelligenzminderung (IQ 20-34) Intelligenzalter: 3 – 6 Jahre	schwere geistige Behinderung
schwerste Intelligenzminderung (IQ unter 20) Intelligenzalter: unter 3 Jahren	schwerste geistige Behinderung

Tabelle 1: Intelligenzquotient und Intelligenzalter (vgl. DIMDI, 2011, S 213f)

Bei der leichten Intelligenzminderung wird angenommen, dass es zu Lernschwierigkeiten in der Schule kommt, aber das Nachgehen einer Arbeit sowie soziale Beziehungen möglich sind. Bei der mittelgradigen Intelligenzminderung wird davon ausgegangen, dass trotz deutlicher Entwicklungsverzögerungen ein gewisser Grad an Kommunikation und Bildung möglich ist, Unterstützung im Erwachsenenalter aber dennoch nötig sein wird. Menschen mit schwerer

Intelligenzminderung sind auf ständige Unterstützung angewiesen und mit einer schwersten Intelligenzminderung werden auch körperliche Beeinträchtigungen bei Kontinenz und Beweglichkeit genannt. Eine Intelligenzminderung kann zudem mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung einhergehen. (Vgl. DIMDI, 2011, S 213f)

International ist der Begriff der geistigen Behinderung häufig noch weiter gefasst und beginnt teilweise schon bei einem IQ von 75, was ansonsten noch als Lernbehinderung definiert wird (vgl. Pitsch, 2006, S 224).

Speck (2005, S 56ff) empfiehlt diese Klassifikation nur als Orientierung zu verwenden und zweifelt sowohl Testbarkeit als auch grundsätzlich die Verwendung des Begriffs „Intelligenz“ an. Er bevorzugt es, geistige Behinderung nicht in einem starren Intelligenzmodell zu kategorisieren, sondern Umweltfaktoren mit einzubeziehen, da die angemessene Förderung von außen dauerhaft eine Besserung des Zustandes bedeuten kann.

Auch Mühl (2006, S 130ff) sieht das Intelligenzmodell nur als Orientierungshilfe, vor allem eine Abgrenzung von schwerer und schwerster geistiger Behinderung hält er für nicht möglich. Außerdem zweifelt er die Kategorisierung nach Intelligenzalter an. Dies mache nur dann Sinn, wenn man sinnvolle Vergleiche im Kindesalter zieht, um Fördermöglichkeiten auszumachen. Der Vergleich eines Erwachsenen oder Jugendlichen mit einem nicht behinderten Kind entspräche in der Regel nicht den Ansprüchen und Interessen der betroffenen Personen. (Ebd.)

Die Ausprägung der Behinderung kann überdies in verschiedenen Bereichen sehr unterschiedlich sein. So ist die körperliche Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig unauffällig, wohingegen andere Bereiche starke Rückstände oder Auffälligkeiten aufweisen. (Vgl. Hesse, 2006, S 171ff)

2.1.2.4 Medizinische Definition

Eine geistige Behinderung beruht meist auf einer oder mehreren physischen Ursachen. Hervorzuheben ist die Schädigung des Gehirns, welche eine Vielzahl von körperlichen oder psychischen Auswirkungen nach sich ziehen kann. Eine genetische oder erblich bedingte geistige Behinderung kommt wesentlich seltener vor, auch

wenn dies häufig anders angenommen wird. Die Vielzahl der Ausprägungen und die hohe Anzahl an möglichen Ursachen machen es jedoch schwer, bei jeder betroffenen Person eine konkrete Ursache festzustellen. (Vgl. Speck, 2005, S 53ff)

Seidel (2006, S 162) nennt als Faustregel, dass schwere Formen der geistigen Behinderung überwiegend auf biologische Ursachen zurückzuführen sind, wohingegen leichtere Formen vorwiegend durch die psychosozialen Gegebenheiten ausgelöst werden können (wie bereits weiter oben als „Kaspar-Hauser-Syndrom“ beschrieben).

Folgende Faktoren können eine geistige Behinderung auslösen (vgl. Seidel, 2006, S 162 f):

- Genetische Ursachen
- Toxische Einflüsse
- Physikalische Einwirkungen
- Sauerstoffmangel im Mutterleib
- Sauerstoffmangel des Neugeborenen
- Mikrobiologische Ursachen
- Frühkindliche Erkrankungen
- Stoffwechselerkrankungen der Mutter oder des Kindes

Die genetischen Ursachen können selbst durch andere Einflüsse wie Umweltgifte zustande kommen und müssen nicht vererbbar sein. Die Schädigung des Genoms tritt im pränatalen Zeitraum der Hirnschädigung auf, das bedeutet, dass die Schädigung im Zeitraum der Befruchtung der Eizelle bis zum Beginn der Geburt stattfindet. Der größte Teil der biologischen Ursachen für eine geistige Behinderung tritt in diesem Zeitraum auf. Auch Alkohol- oder Medikamentenkonsum der schwangeren Frau können in diesem Stadium das Gehirn des Embryos oder Fetus schädigen. (ebd.)

Bei der zeitlichen Einteilung der Schädigung sind auch perinatalen Ursachen zu nennen, also die, die im Zeitraum der Geburt auftreten, wie z.B. Frühgeburt oder verschiedene Komplikationen und die postnatalen Ursachen, wie Schädel-Hirn-Traumata, Mangelernährung oder auch die Vernachlässigung des Kindes. Diese zeitliche Einteilung lässt sich nicht immer klar vornehmen, da es z.B. genetische

Störungen gibt, die erst zu einem späteren Zeitpunkt dazu führen, dass es zu einem Verlust bereits erlernter Kompetenzen kommt. (Vgl. Seidel, 2006, S163)

Die Komplexität einer geistigen Behinderung stellt sich nicht nur in der bereits beschriebenen Wechselwirkung von Person, Umwelt, Schädigung und geistiger Behinderung dar (vgl. Speck, 2005, S 69ff), sondern auch im besonders häufigen Auftreten von Mehrfachbehinderungen, psychischen Störungen oder Krankheiten, auch Komorbidität genannt (vgl. Seidel, 2006, S 164ff). Die zusätzlichen Krankheiten oder Behinderungen gehen meist auf dieselbe Ursache zurück bzw. kann die geistige Behinderung auch als Folge einer anderen Schädigung auftreten. Das Down-Syndrom geht beispielsweise mit einem erhöhten Risiko für Fehlbildungen des Herz-Kreislauf-Systems, Infekte oder Leukämie einher. Diese Mehrfachbehinderungen und das erhöhte Risiko für akute oder chronische Krankheiten können sich zusätzlich negativ auf die Entwicklung eines geistig behinderten Menschen auswirken und erschweren zusätzlich in vielen Fällen die Durchführung von Testverfahren, wenn z.B. auch eine Sinnesbehinderung vorliegt. (ebd.)

Die Diagnose einer geistigen Behinderung erfolgt, wenn es sich um eine schwere Form handelt, meist bereits sehr früh, wobei als erstes häufig nicht die geistigen sondern die körperlichen Entwicklungsverzögerungen auffallen. Oft erfolgt eine genaue Untersuchung auch, um bei einem erhöhten Risiko Klarheit zu gewinnen, ob möglicherweise eine Behinderung vorliegt. Die Diagnostik umfasst dabei folgende Methoden (ebd., S 166f):

- Anamnese
- Klinische und neurophysiologische Untersuchungen
- Bildgebende Verfahren
- Biochemische und serologische Untersuchungen
- Überprüfen der Sinnesfunktionen
- Genetische Analyse
- Gewebsuntersuchungen

Trotz fortschrittlicher medizinischer Verfahren kann es dennoch vorkommen, dass aufgrund aller diagnostischer Methoden keine geistige Behinderung festgestellt

werden kann, diese aber trotzdem besteht bzw. eine vorhandene Beeinträchtigung unentdeckt bleibt (vgl. Seidel, 2006, S 166f).

Ganz wesentlich bei der Diskussion der physischen Ursachen einer geistigen Behinderung und einer Auseinandersetzung mit der Thematik, ist jedoch, dass man eine geistige Behinderung nicht als Krankheit betrachtet. In diesem Zusammenhang sollte man genauso wenig den „gesunden“ Menschen als Gegensatz zum geistig behinderten Menschen nennen. (Vgl. Speck, 2005, S 54)

2.1.2.5 Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF)

Im Jahr 2001 wurde von der „World Health Organisation (WHO)“ als überarbeitete und erweiterte Nachfolge der „International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)“ aus dem Jahr 1980 die „International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)“ verabschiedet. Die deutschsprachige Version mit dem Namen „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ wurde von Fachleuten aus Deutschland, Österreich und der Schweiz erarbeitet und im Jahr 2005 veröffentlicht. Sie umfasst eine ausführliche Beschreibung des Gesundheits-Begriffs und mit Gesundheit in Verbindung stehende Komponenten. (Vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information [DIMDI], 2005)

Ziel der Klassifikation ist es eine standardisierte Sprache und Definitionen zur Verfügung zu stellen, die als Basis für Datenvergleiche, Verschlüsselungssysteme und zur Verbesserung der Kommunikation zum Thema Gesundheit dienen (vgl. DIMDI, 2005).

Der ICF ist im Gegensatz zum ICIDH eine Weiterentwicklung in vielerlei Hinsicht, wie in folgender Grafik dargestellt:

	ICIDH	ICF
Konzepte:	kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell:	Krankheitsfolgenmodell	bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung:	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und -strukturen Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation [Teilhabe] Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]
Soziale Beeinträchtigung:	Attribut einer Person	Partizipation [Teilhabe] und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren:	bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
Personenbezogene (persönliche) Faktoren:	werden höchstens implizit berücksichtigt	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich:	nur im gesundheitlichen Kontext	

Tabelle 2: Vergleich von ICIDH und ICF (vgl. DIMDI, 2005, S 5)

Die ICF stellt gegenüber der ICIDH ein umfassenderes Modell dar, das versucht sämtliche Hintergründe einer betroffenen Person miteinzubeziehen und fällt auch durch positivere Formulierungen auf. Standen zuerst Krankheit und Krankheitsfolgen im Mittelpunkt, sind es in der aktuellen Fassung die Komponenten der Gesundheit (vgl. DIMDI, 2005).

Die ICF beschreibt Gesundheit in Form dreier Konzepte, nämlich dem „*Konzept der Körperfunktionen und –strukturen*“, dem „*Konzept der Aktivitäten*“ und dem „*Konzept der Partizipation an Lebensbereichen*“. Ein Mensch ist nach ICF demnach „*funktional gesund*“, wenn sämtliche Körperfunktionen (einschließlich der psychischen) sowie die Aktivitäten denen eines gesunden Menschen entsprechen und eine Entfaltung in allen Lebensbereichen stattfindet, so wie man es von einem gesunden Menschen erwarten würde. (Vgl. DIMDI, 2005)

Jegliche Beeinträchtigung in den genannten Konzepten stellt nach ICF eine Behinderung dar, was jedoch ausdrücklich nur als Oberbegriff verwendet wird. Der ICF soll zur Förderung von Menschen mit Behinderung dienen und die Entwicklung von unterstützenden Maßnahmen fördern. Um eine Reduzierung auf die Beeinträchtigung zu vermeiden, wird auch nicht die Formulierung „geistig behinderte Person“ verwendet, sondern stattdessen von „Person mit einem Problem im Lernen“ gesprochen. (Vgl. DIMDI, 2005)

Die ICF unterteilt in „*Funktionsfähigkeit und Behinderung*“ und „*Kontextfaktoren*“. „*Funktionsfähigkeit und Behinderung*“ umfasst sowohl die körperlichen Komponenten, inklusive aller geistiger Funktionen als auch die „*Aktivitäten und Partizipation*“, welche die Funktionsfähigkeit auf individueller und sozialer Ebene darstellen. Dem gegenüber stehen die „*Kontextfaktoren*“, welche die Einflüsse der Umwelt auf der Ebene des Individuums und der Gesellschaft beschreiben und die „*personenbezogenen Faktoren*“. Die „*personenbezogenen Faktoren*“ umfassen sämtliche Hintergründe wie Alter, Geschlecht, Lebensstil usw. und können auch einen Einfluss ausüben, werden aber in der ICF nicht näher klassifiziert. Alle Komponenten stehen in Wechselwirkung und die Einflüsse der Umwelt oder der Person können demnach einen positiven oder negativen Effekt ausüben. (Vgl. DIMDI, 2005)

Die folgende Abbildung gibt einen groben Überblick über die genannten Faktoren:

	Teil 1: Funktionsfähigkeit und Behinderung		Teil 2: Kontextfaktoren	
Komponenten	Körperfunktionen und -strukturen	Aktivitäten und Partizipationen (Teilhabe)	Umweltfaktoren	personenbezogene Faktoren
Domänen	Körperfunktionen, Körperstrukturen	Lebensbereiche (Aufgaben, Handlungen)	Äußere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung	Innere Einflüsse auf Funktionsfähigkeit und Behinderung
Konstrukte	Veränderung in Körperfunktionen (physiologisch) Veränderung in Körperstrukturen (anatomisch)	Leistungsfähigkeit (Durchführung von Aufgaben in einer standardisierten Umwelt) Leistung (Durchführung von Aufgaben in der gegenwärtigen, tatsächlichen Umwelt)	fördernde oder beeinträchtigende Einflüsse von Merkmalen der materiellen, sozialen und einstellungsbezogenen Welt	Einflüsse von Merkmalen der Person
Positiver Aspekt	Funktionale und strukturelle Integrität	Aktivitäten Partizipation [Teilhabe]	positiv wirkende Faktoren	nicht anwendbar
	Funktionsfähigkeit			
Negativer Aspekt	Schädigung	Beeinträchtigung der Aktivität Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]	negativ wirkende Faktoren (Barrieren, Hindernisse)	nicht anwendbar
	Behinderung			

Tabelle 3: Faktoren der ICF (vgl. DIMDI, 2005, S 17)

Mühl (2006, S 136) betrachtet die ICF als Ergänzung zur ICD-10. Die grobe Einteilung kann anhand des Intelligenzquotienten erfolgen und durch Informationen zur Beeinträchtigung von Aktivitäten nach ICF vervollständigt werden.

2.2 Sexualität

2.2.1 Sexualität im geschichtlichen Kontext

Der konkrete Begriff „Sexualität“ besteht erst seit knapp 200 Jahren und wurde vom Botaniker August Henschel geprägt (vgl. Fiedler, 2010, S 8). Das bedeutet weder, dass Sexualität davor kein Thema von Interesse war, noch dass es von da an eine klare und eindeutige Definition für den Begriff Sexualität gab.

Wenn man die menschliche Sexualität im geschichtlichen Kontext betrachtet, kristallisieren sich drei Instanzen heraus, die in einer Gesellschaft festlegen, welches Sexualverhalten akzeptabel ist und welches nicht: religiöse Gemeinschaften, der Rechtsstaat und die Wissenschaft (hier in erster Linie Mediziner und Psychologen). Diese drei Gruppen agieren nicht völlig unabhängig, sondern sind verflochten und beeinflussen sich gegenseitig (ebd., S 10f).

Man hat heute den Eindruck, dass im antiken Griechenland oder Rom im Vergleich zu später ein recht lockerer Umgang mit Sexualität vorgeherrscht hätte. Die Götter Eros und Aphrodite in Griechenland oder Amor und Venus in Rom standen für Liebe und sexuelles Verlangen. Jugend und Schönheit waren wichtige Kriterien, sexuelle Enthaltensamkeit kaum erstrebenswert. Auch Homosexualität galt vielerorts als normal und natürlich. Diese Meinung teilten wahrscheinlich nicht alle und manche Philosophen dieser Zeit ebneten bereits den Weg für die bald aufkommenden christlichen Moralvorstellungen. (Ebd., S 12ff)

Durch den Einfluss der christlichen Glaubenslehre wandelten sich die Anschauungen und es führte bald auch zu rechtlichen Konsequenzen wie der Todesstrafe, wenn Menschen, gleichgeschlechtlichen, außerehelichen Geschlechtsverkehr oder Verkehr mit Tieren praktizierten. Geschlechtsverkehr hatte im Sinne eines tugendhaften Lebensstils von da an ausschließlich in einer heterosexuellen Ehegemeinschaft und zum Zweck der Fortpflanzung zu erfolgen. (Ebd., S 18ff)

Die kirchliche Sexualmoral

Man könnte in diesem Zusammenhang auch von einer christlichen Sexualmoral sprechen, aber wenn man die Thematik näher betrachtet gehen die Ansichten der

katholischen Kirche zu Sexualität nicht unbedingt auf die christliche Lehre zurück (vgl. Denzler, 1998, S189f).

Denzler (ebd., S 190ff) hat drei Quellen definiert, auf die sich die kirchliche Sexualmoral zurückführen lässt. Zum einen fanden kultische Ansichten zur Reinheit über das Alte Testament den Weg in die kirchliche Glaubenslehre. Als unrein galten der Samenerguss, die Menstruation der Frau und ebenso der Geschlechtsverkehr eines Paares. Das führte im 15. Jahrhundert so weit, dass die Sexualität dämonisiert wurde und man böse Geister und den Teufel als Antrieb zum Geschlechtsakt sah. Zwar keine christliche Quelle aber dennoch einen wesentlichen Beitrag zur kirchlichen Sexualmoral lieferte das altrömische Naturverständnis, wonach Sexualität bei Mensch nur Tier nur der Fortpflanzung zu dienen habe. Und schlussendlich trug auch die antike Philosophie ihren Beitrag dazu bei, indem sie im Sinne eines philosophischen Dualismus den Geist über die niederen Gelüste des Leibes stellte.

Man kann der christlichen Kirche folglich nicht unterstellen, dass erst sie die Menschen zur Lustfeindlichkeit erzogen hat. Vielmehr fielen die Vorstellungen zu Sexualität und Ehe bereits auf fruchtbaren Boden, der vor allem auch durch Ansichten von Ärzten und Philosophen geebnet war. Namhafte Denker, wie Hippokrates oder Pythagoras, sollen davon überzeugt gewesen sein, dass der „Verlust“ des Samens mit einem Energieverlust einhergehe und schädlich für die Gesundheit wäre. Keuschheit, Treue in der Ehe oder Jungfräulichkeit hatten einen hohen Stellenwert, mit dem Ziel über der Leiblichkeit erhaben zu sein und die körperlichen Lüste zu beherrschen. (Vgl. Geerlings, 1993, S 106f)

Bis heute hat sich nicht viel an den kirchlichen Anschauungen, die die Moralvorstellungen der Gesellschaft stark mitgeprägt haben, geändert. Sexualität soll nur im Zuge der ehelichen Pflicht und hier in erster Linie zur Zeugung von Nachkommen stattfinden. Entsprechend negativ steht die katholische Kirche auch der Verhütung von Schwangerschaften – und im Zuge dessen auch der Verhütung von Geschlechtskrankheiten – gegenüber. (Vgl. Denzler, 1998, S 192f)

Mit der französischen Revolution 1789 setzte sich in der Gesellschaft aber schließlich der Glaube an die Freiheit und Gleichheit der Menschen durch und Kritik

am Aberglauben und gottbezogenen Weltanschauungen wurde laut. Dies hatte zur Folge, dass in Frankreich 1810 Masturbation, Homosexualität, Sodomie und außerehelicher Geschlechtsverkehr straffrei gestellt wurden. In anderen Ländern Europas oder der USA ging diese Entwicklung etwas langsamer voran. Erst mit der Wende zum 20. Jahrhundert änderten sich z.B. allmählich die Ansichten zur Masturbation. Die Diskussion hierzu begann Anfang des 18. Jahrhunderts erneut und stellte Onanie als schwer sittenwidrig und Auslöser für eine Vielzahl von körperlichen und geistigen Beschwerden sowie Krankheiten dar, für die es bis dahin keine andere Erklärung gab. Als Onanie bezeichnete man aber nicht nur Selbstbefriedigung, sondern sie umfasste ebenso nächtliche Samenergüsse, Oralverkehr, Petting oder geistige Erregung. (Vgl. Fiedler, 2010, S 27ff; Kentler, 1984, S 25ff))

Die industrielle Revolution

Bis ins 18. Jahrhundert hinein wurde eine Ehe in erster Linie aus wirtschaftlichen Gründen geschlossen. Liebesehen gab es damals kaum. Leidenschaft und romantische Liebe fanden erst langsam den Weg in die Vorstellung einer idealen Lebensgemeinschaft und verlief parallel zum Nachlassen der wirtschaftlichen Abhängigkeit innerhalb einer Familie. Vor allem durch die Industrialisierung im 18./19. Jahrhundert änderten sich die Lebensbedingungen schlagartig. Gearbeitet wurde von da an überwiegend in Fabriken, die Produktionsmöglichkeiten am eigenen Grund und Boden reichten in der Regel nicht mehr fürs Überleben. Diese gesellschaftlichen Veränderungen wirkten sich nachhaltig auf die Lebenssituation der Familien aus, da eine Familiengemeinschaft für das Überleben nun nicht mehr zwingend notwendig war und für die Gründung einer Ehe oder Familie andere Beweggründe in der Vordergrund treten konnten. (Vgl. Fiedler, 2010, S 173ff; Kentler, 1984, S 33ff)

Sexualität ab dem 20. Jahrhundert

In den 1960er Jahren brachte die Antibabypille schließlich ein sicheres Verhütungsmittel und trug so einen wesentlichen Teil zur sexuellen Freiheit bei, da nun endgültig eine Trennung von Sexualität und Fortpflanzung möglich war (vgl. Fiedler, 2010, S 176).

Heute ist Sexualität allgegenwärtig und der ständige Kontakt mit sexuell motivierten Darstellungen, Texten und Gesprächen unumgänglich. Die sexuelle Liberalisierung des 20. Jahrhunderts hatte enorme Auswirkungen auf die Moralvorstellungen der westlichen Gesellschaft und laut Fiedler (2010, S 170) gäbe es bis auf Pädophilie und sexuelle Gewalt keine Tabus mehr. Dass beispielsweise Sexualität im Alter oder Sexualität von Menschen mit Behinderung nach wie vor Themen sind, über die lieber geschwiegen wird, übersieht er hier jedoch. Ach in den Medien findet vor allem die Sexualität junger, gesunder und schöner Menschen ihren Platz.

2.2.2 Sexualität aus biologischer Sicht

Aus biologischer Sicht dient die Sexualität der Menschen oder generell aller Lebewesen in erster Linie der Fortpflanzung. Durch die Zusammenlegung der genetischen Information zweier Elternteile entsteht ein Nachkommen, mit völlig neuen genetischen Erbanlagen. Aber nicht alle Lebewesen sind auf Sexualität angewiesen, um sich fortzupflanzen. Manche vermehren sich ganz einfach durch Teilung (somatische Embryogenie) und andere durch Parthenogenese, also der Entwicklung von Nachkommen aus einer unbefruchteten Eizelle. Viren, Bakterien, Algen aber auch viele Würmer, Insekten und sogar manche Fische und Amphibien pflanzen sich auf diese Weise fort. Die genetische Information ist in diesem Fall – abgesehen von natürlichen Mutationen – identisch zu dem des Elternteils. (Vgl. Paul, Voland, 1998, S. 99ff)

Grundlage der sexuellen Fortpflanzung sind zwei Geschlechter, die sich durch viele Merkmale unterscheiden können, aber der wichtigste Unterschied besteht in der Art der Gameten (Keimzellen). Das männliche Geschlecht zeichnet sich durch viele, kleine und bewegliche Gameten (Spermien) aus und das weibliche durch wenige, große und unbewegliche Gameten (Eizellen). (Ebd., S. 101f)

Die Vorteile der zweigeschlechtlichen Fortpflanzung scheinen klar, denn durch die immer neuen Genkombinationen der Nachkommen besteht die Möglichkeit der Anpassung an eine veränderte Umwelt. Bei der asexuellen Vermehrung besteht diese Möglichkeit nicht und das Risiko früher oder später auszusterben steigt erheblich. Evolutionsbiologisch betrachtet birgt aber auch die sexuelle Fortpflanzung Risiken für eine Spezies. Denn zum einen werden bei den neuen genetischen Variationen der

Nachkommen auch vorteilhafte Kombinationen aufgelöst und zum anderen bringen nur die weiblichen Individuen Nachkommen hervor, was das Vermehrungspotential einer Art gegenüber der asexuellen Fortpflanzung stark senkt. Des Weiteren ist die sexuelle Fortpflanzung an die Paarung zweier Individuen gebunden – wird kein Partner gefunden, gibt es auch keine Nachkommen. Und nicht zuletzt besteht bei der sexuellen Vermehrung immer auch ein Risiko der Krankheitsübertragung. Es gibt eine Vielzahl von Hypothesen, wieso sich die sexuelle Fortpflanzung durch zwei unterschiedliche Geschlechter dennoch bei so vielen Arten durchgesetzt hat, aber eine eindeutig belegbare Erklärung gibt es (noch) nicht. (Vgl. Paul, Voland, 1998, S 102ff)

Die Asymmetrie des Fortpflanzungspotentials, bei der das weibliche vom männlichen bei weitem übertroffen wird, hat wesentliche Folgen. Ein männliches Lebewesen erzielt „Fitnessgewinne“, wenn es möglichst viele weibliche Lebewesen befruchtet, für ein weibliches hingegen ist es wichtig, den Partner aufgrund einer guten genetischen Ausstattung auszuwählen. Viele Forscher schätzen die von Darwin beschriebene sexuelle Selektion bereits wichtiger ein als die natürliche Selektion. (Ebd., S 111ff)

2.2.3 Bedeutung des Begriffs „Sexualität“

„Sexualität ist, was wir daraus machen: eine teure oder billige Ware, Mittel der Fortpflanzung, Abwehr der Einsamkeit, eine Kommunikationsform, eine Waffe der Aggression (Herrschaft, Macht, Strafe, Unterwerfung), ein Sport, Liebe, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse, das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, ein Ausdruck der Zuneigung (mütterlicher, väterlicher, brüderlicher oder schlicht menschlicher Verbundenheit), eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, Vereinigung mit dem All, mystische Ekstase, indirekter Todeswunsch oder Todeserleben, ein Weg zum Frieden, eine juristische Streitsache, eine Art, menschliches Neuland zu erkunden, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Krankheit oder Gesundheit, oder einfach eine sinnliche Erfahrung.“ (Offit, 1979, S 16)

Die Bedeutung des Begriffs „Sexualität“ ist abseits von der biologischen Komponente – wie man am obigen Zitat unschwer erkennen kann – kaum in Worte

zu fassen. Sexualität bedeutet im Grunde für jeden Menschen etwas anderes. Es umfasst jegliches sexuell motiviertes Verhalten und stellt die Selbstentfaltung in einer zwischenmenschlichen Beziehung durch Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik und Genitalsexualität dar (vgl. Sporken, 1980, S 19). Das sexuelle Handeln, Denken und Empfinden einer Person spiegelt in ihrer Summe deren Charakterzüge wider (vgl. Offit, 1979, S 15). Walter (2005a, S 34) betrachtet Sexualität als „*die motivationale Grundenergie menschlichen Seins*“, die den Menschen als soziales Wesen mit der Möglichkeit zur Selbstverwirklichung auszeichnet.

Bevor der Begriff „Sexualität“ vor rund 200 Jahren in der Diskussion darüber, ob es auch bei den Pflanzen eine geschlechtliche Fortpflanzung gäbe, aufkam, wurde ein ganz anderes Vokabular verwendet um den Geschlechtsakt zu beschreiben. Teilweise wurden recht blumige, aber dennoch differenzierte Bezeichnungen verwendet. (Vgl. Kentler, 1984, S 38ff) Heute ist Sexualität ein Überbegriff für so vieles, das meist nicht näher konkretisiert wird.

3 Leitkonzepte zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung

Im folgenden Kapitel werden verschiedene Konzepte wie das Normalisierungsprinzip oder Selbstbestimmung und Empowerment erläutert, um einen besseren Einblick in die aktuellen Entwicklungen zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung zu gewinnen. All diese Konzepte stellen die Förderung und den respektvollen Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung in den Mittelpunkt und ergänzen bzw. bedingen sich teilweise. Anschließend werden Schlüsse gezogen, ob mit diesen unterschiedlichen Zugängen grundsätzlich geklärt werden kann, wie mit sexuellen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung umgegangen werden sollte und wie sich diese Bedürfnisse einordnen lassen.

3.1 Das Normalisierungsprinzip

Ausgehend vom damaligen Direktor der dänischen Sozialverwaltung, Bank-Mikkelsen, wurde 1959 in Dänemark erstmals das Normalisierungsprinzip in das Gesetz über die Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen, mit dem Ziel ihre die Betreuung grundlegend zu verändern (vgl. Pitsch, 2006, S 224). Die Veränderung sollte in erster Linie darin bestehen, Menschen mit geistiger Behinderung ein Leben zu ermöglichen, das so „normal“ wie möglich verläuft. „Normal“ bedeutet in diesem Fall vor allem die Trennung der Bereiche Wohnen/Schlafen, Schule/Arbeit, Freizeit und medizinische/therapeutische Versorgung, wie es auch bei nicht behinderten Menschen üblich ist. Eine detaillierte Auseinandersetzung mit dem Normalisierungsprinzip erfolgte dann zehn Jahre später durch den Schweden Nirje. (Vgl. Thimm, 2005, S 20)

Bank-Mikkelsen (2005, S 50f) betrachtet Menschen mit geistiger Behinderung als Teil der Bevölkerung, mit den gleichen Rechten und Pflichten wie sie nicht behinderte Menschen haben. Akzeptanz und die Förderung der Entwicklung stehen im Mittelpunkt des Normalisierungsprinzips. Die Definition des Begriffs „normal“ ist schwierig und hängt von den sozialen, kulturellen und religiösen Umständen zu einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Region ab. Unterschieden werden die bereits genannten Dimensionen Wohnen, Arbeiten und Freizeit sowie zwischen Kindern und Erwachsenen. (Ebd.)

Wohnen

Nach dem Normalisierungsprinzip sollen Kinder nicht von den Familien getrennt und in Institutionen untergebracht werden, sondern bei ihren Familien aufwachsen. Nur wenn es der Zustand des Kindes oder die Umstände in der Familie absolut nicht zulassen, sollte ein Kind mit geistiger Behinderung in einer angemessenen Einrichtung untergebracht werden. „Angemessen“ bedeutet in diesem Fall, dass die Kinder in kleinen Gruppen leben, einen möglichst normalen Tagesablauf erleben, so wie ihn der Rest der Bevölkerung praktiziert und sich die Schule oder der Kindergarten an einem anderen Ort befinden. Eine Beziehung zu den Eltern sollte in so einem Fall durch regelmäßige Besuche dennoch erhalten und gefördert werden, mit dem Ziel, dass das betroffene Kind, sobald es die Umstände wieder zulassen und durch professionelle Unterstützung, wieder bei den Eltern leben kann. (Vgl. Bank-Mikkelsen, 2005, S 53f)

Junge Erwachsene sollten ganz im Sinne einer Normalisierung das Elternhaus verlassen. Dies entlastet die Eltern und fördert die Selbstständigkeit der Person mit geistiger Behinderung. Zur Auswahl stehen hierbei eine eigene Wohnung, wenn das den Fähigkeiten des behinderten Menschen entspricht oder die Unterbringung in kleinen Wohngruppen. Laut Bank-Mikkelsen (2005, S 55) habe sich in Dänemark gezeigt, dass die Unterbringung in kleinen Einheiten im Endeffekt nicht teurer sei als in großen Heimen. Auch Mehrbettzimmer sind zu vermeiden (ebd., S 54f).

Schule/Arbeit

Dem Unterricht von Kindern wird im Zuge der Normalisierung große Bedeutung beigemessen. Unterschiedliche Konzepte und Modelle zur schulischen Integration und Inklusion existieren hierzu.

Ebenso steht Menschen mit geistiger Behinderung das Recht auf Arbeit und angemessene Entlohnung zu. Laut Bank-Mikkelsen (2005, S56) können auch schwerbehinderte Menschen eine Arbeit verrichten und daraus Freude schöpfen. Die Arbeitsstätte sollte sich ebenso wie Kindergarten und Schule nicht im selben Gebäude befinden wie die Wohnung oder das Heim (Zwei-Milieu-System). Aber auch wenn der Schweregrad der Behinderung oder das Alter es nicht mehr zulassen, sollte ein angemessener Lebensstandard ermöglicht werden. (Ebd.)

Freizeit

Die Ermöglichung von Freizeitaktivitäten wie Spiele, Sport, Urlaub und Ferienreisen – auch ins Ausland – sollten selbstverständlich sein. Dies gilt für nicht behinderte und behinderte Menschen gleichermaßen. (Vgl. Bank-Mikkelsen, 2005, S 57)

Das Normalisierungsprinzip sieht auch vor, dass die Verwaltung auf all diesen Ebenen getrennt ist und eine Behörde ebenso für nicht behinderte Menschen und behinderte Menschen zuständig sein soll (ebd., S 59).

Das Normalisierungsprinzip stellt ein vieldiskutiertes und anerkanntes, aber auch ein viel kritisiertes Konzept zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung dar. Den grundsätzlichen Faktoren, wie sie von Bank-Mikkelsen formuliert wurden, gibt es vermutlich wenig entgegenzusetzen, aber näher betrachtet stellt sich vor allem der Begriff „Normalität“ als sehr unscharf und variabel dar, er führte auch vielerorts zu Fehlinterpretationen. Was heute in unserer Gesellschaft als normal oder auch als üblich betrachtet wird, kann vor einigen Jahren noch unsittlich oder sogar gesetzeswidrig gewesen sein. In anderen Ländern bzw. Gesellschaften finden sich oft völlig andere Einstellungen, die „normale“, „tolerierbare“ und verbotene oder tabuisierte Verhaltensweisen bestimmen. (Vgl. Neumann, 1999, S 10ff) Wenn das Normalisierungsprinzip jedoch nach besten Wissen und Gewissen angewendet wird, neue Erkenntnisse und veränderte moralische Normen stetig einfließen sowie wenn laufend unter Einbeziehung der betroffenen Personen hinterfragt wird, ob ein gängiges Verfahren, eine Wohnform etc. auch den Ansprüchen einer nicht behinderten Person genügen würde, ist es ein dynamisches und flexibles Konzept, das sich den Bedürfnisse der Menschen mit geistiger Behinderung anpasst.

3.2 Selbstbestimmung und Empowerment

Die Entwicklung eines Menschen beginnt in völliger Abhängigkeit bei der Geburt und findet danach in Abhängigkeit von der Umgebung und der sozialen Einflüsse statt. Diese Einflüsse werden jedoch nicht ungefiltert aufgenommen und stellen in ihrer Summe den jeweiligen Menschen dar, sondern sie werden von jedem Menschen unterschiedlich bewertet und individuell verarbeitet. Diese Entwicklung findet bei nicht behinderten Menschen ebenso statt wie bei Menschen mit geistiger Behinderung. Eine völlige Autonomie existiert bei keinem Menschen, sondern eine

von der Außenwelt und den sozialen Beziehungen abhängige Autonomie. Speck (2005, S 88ff) beschreibt hier einerseits eine gewissen Selbstbestimmtheit bei jedem Menschen von Geburt an – egal ob (geistig) behindert oder nicht – und betont andererseits die Abhängigkeit von sozialen Einflüssen. Im Normalfall ändert sich das Verhältnis von Selbstbestimmung und Fremdbestimmung im Laufe des Lebens. Von Kindern und Jugendlichen wird erwartet, dass sie ein bestimmtes Maß an Fremdbestimmung tolerieren, solange das Ziel vorherrscht, auf längere Sicht die Selbstbestimmung zu stärken. Die Fremdbestimmung setzt dann im optimalen Fall da an, wo noch keine autonomen Entscheidungen möglich sind. (Vgl. Mühl, 2000, S 80f)

Lange Zeit wurde Menschen mit geistiger Behinderung praktische Vernunft, welche als Basis für Selbstbestimmung galt, abgesprochen, doch nun kristallisieren sich unterschiedliche Ansätze heraus, welche auch ihnen ein Recht auf mehr Autonomie zusprechen. Man kann grundsätzlich nicht davon ausgehen, dass bei kognitiven Einschränkungen immer die richtige und eine der Situation angepasste Entscheidung getroffen wird. Aber dies erwartet man auch nicht von einem nicht behinderten Menschen, von dem man annimmt, dass durch Fehlentscheidungen und erneute Versuche ein Lerneffekt eintritt. (Vgl. Kulig u. Theunissen, 2006, S 237ff) Selbstbestimmung ist ein Versuch, dem zu folgen, was einem selbst als das Richtige erscheint, auch wenn nie ganz sicher sein kann, wie diese Vorstellung von „Richtig“ überhaupt zustande gekommen ist. Menschen treffen häufig auch Entscheidung, bei denen negative Konsequenzen zu erwarten sind (vgl. Klauß, 2008, S 94f).

Vermutlich durch einen gesellschaftliche Wandel bedingt und auch durch die Initiative der behinderten Menschen selbst, betrachtet man es nun generell als erstrebenswert, auch Menschen mit geistiger Behinderung mehr eigenständige Entscheidungen zu ermöglichen (Vgl. Kulig u. Theunissen, 2006, S 237ff). Unumstritten ist, dass die Selbstständigkeit (geistig) behinderter Menschen zu fördern sei, damit vor allem ein hohes Maß an Alltagshandlungen mit möglichst wenig Unterstützung durchgeführt werden kann. Diese Selbstständigkeit sollte automatisch auch mit Selbstbestimmung einhergehen. Es geht nicht nur um die Ausführung vorgegebener Handlungen, sondern auch um die Ausbildung und Artikulation von Bedürfnissen und Zielen sowie die Akzeptanz dieser durch die

Bezugspersonen und das Umfeld. Selbstbestimmung ist aber auch möglich, wenn die Selbstständigkeit bereits an ihre Grenzen gelangt ist. So kann eine Handlung vielleicht nicht ohne Hilfe durchgeführt werden, aber die Entscheidung wie diese z.B. befriedigend und angenehm verlaufen soll, ist möglicherweise dennoch möglich. (Vgl. Klauß, 2008, S 97ff)

Speck (2005, S 90f) sieht als Gegenstück zur Selbstbestimmung die Abhängigkeit, die als solche nicht grundlegend negativ zu beurteilen wäre. Jeder Mensch ist in gewissen Situationen abhängig von der Hilfe anderer. Erst wenn die Abhängigkeit überhand gewinnt und jede Entscheidung und Handlung vorweggenommen wird, obwohl diese sehr wohl den Fähigkeiten der betroffenen Person entsprechen, kann dies negative Konsequenzen nach sich ziehen (ebd.). Auch Kulig und Theunissen (2006, S 237ff) plädieren für ein angemessenes Maß an Selbst- und Fremdbestimmung, damit es weder zur völligen Abhängigkeit kommt noch zum grenzenlosen Individualismus, der keine Rücksicht nimmt auf die Umwelt oder Sicherheit.

Beide Autoren (ebd., S 243ff) stützen sich hierbei auf den aus den USA stammenden Begriff „Empowerment“. Ins Deutsche übersetzt bedeutet „Empowerment“ so viel wie „Selbstbefähigung“ oder „Selbstermächtigung und steht für die Aktivierung der vorhandenen Ressourcen und für das politische und gesellschaftliche Engagement als betroffene Gruppe. Empowerment steht auch für das Erkennen der Kompetenzen durch die betroffene Person und die Bezugspersonen sowie die Förderung dieser. Wesentliches Merkmal dieses Modells ist, dass nicht die Defizite im Mittelpunkt stehen sondern die zu aktivierenden Stärken. Dies geht einher mit der Verhinderung sozialer Ausgrenzung und Benachteiligung, darf aber nicht verwechselt werden mit Empowerment-Bewegungen, wo die Gruppennormen grundsätzlich vor den individuellen Interessen stehen. Anwendung findet dieses Modell auf folgenden vier Ebenen: der subjektzentrierten Ebene, der gruppenbezogenen Ebene, der institutionellen Ebene sowie der sozialpolitischen und gesellschaftlichen Ebene. Das Empowerment – Modell stellt somit ein umfassendes Konzept dar, das den Wunsch nach Selbstbestimmung aufgreifen und konkretisieren soll. (Ebd.)

3.3 Integration und Inklusion

Die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet nicht, dass ein (geistig) behinderter Mensch den Status eines nichtbehinderten Menschen einnimmt oder dass dieser als „normal“ bewertete Verhaltensweisen ganz oder teilweise annimmt, sondern Integration bedeutet die Gleichstellung und Gleichbehandlung in der Gesellschaft (vgl. Markowitz, 2008, S 251ff).

Wie bereits beschrieben, war der Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung in der Vergangenheit geprägt von Ausschluss und Ausgrenzung, wobei es auch hier Ausnahmen gab, wie das Beispiel der belgischen Stadt Geel zeigt. Über mehrere Jahrhunderte hinweg wurden hier (geistig) behinderte und kranke Menschen in die Familien aufgenommen und versorgt. Die Motive waren traditioneller, ökonomischer und religiöser Natur, die Eingliederung in die familiären und gesellschaftlichen Aktivitäten wurden vom gesamten Gemeindeverband getragen. Die enge familiäre Einbindung und soziale Akzeptanz ermöglichte eine lange, stabile Eingliederung in die Gemeinschaft. (Vgl. Speck, 2005, S 95f)

Die soziale Eingliederung ist also unter bestimmten Voraussetzungen möglich, aber meist spiegeln Stigmatisierung und Vorurteile den sozialen Status von Menschen mit geistiger Behinderung wider. Diese fallen oft durch wahrnehmbare Unterschiede im Äußeren und im Verhalten auf, die nicht den üblichen Normen der Gesellschaft entsprechen. Eine intensive Auseinandersetzung mit der Andersartigkeit erfolgt selten, stattdessen kommt es zu einer vorschnellen und emotionalen Urteilsbildung. Diese Vorurteile geben Sicherheit und Orientierung, entsprechen aber selten überprüfbaren Fakten. Durch Stigmatisierungen werden Menschen negative Eigenschaften zugeschrieben, die Isolation und Ausgrenzung zur Folge haben können. Auch wenn diese Vorurteile aus moralisch-rechtlichen Gründen eigentlich nicht ausgelebt und einem Menschen behinderungsbedingte Auffälligkeiten nicht angelastet werden dürfen, werden diese doch stillschweigend toleriert. Versagen dann die Bewältigungsprozesse und Krisenverarbeitungstechniken der betroffenen Person mit Stigmata umzugehen, kann dies zur Schädigung der Identität führen. (Vgl. Markowitz, 2006, S 149ff)

Die Integration von Menschen mit geistiger Behinderung bedarf sowohl einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben als auch einer Auflösung der Stigmatisierung derselben, wobei die Integration selbst zu einer Auflösung der Stigmatisierung führt und zwar durch die Anerkennung von Menschen mit geistiger Behinderung als „normal“ und durch einen respektvollen Umgang mit ihnen (vgl. Markowetz, 2006, S151ff). Soziale Eingliederung ist ein Prozess, der in erster Linie nicht von der behinderten Person ausgeht, sondern vom sozialen Umfeld, das entsprechende Gegebenheiten schaffen muss. Nicht vernachlässigt werden dürfen hierbei die bereits beschriebene Selbstbestimmung der Person sowie die besonderen Bedürfnisse, da es nicht um die völlige Vereinheitlichung der Menschen sondern um Respekt auch um die Verschiedenheit der einzelnen Personen geht. Die Tatsache, dass eine Person mit geistiger Behinderung Teil einer sozialen Gruppe ist, sagt noch nichts darüber aus, ob sie auch integriert ist. „Derselbe Ort zur selben Zeit“ reicht noch nicht aus, sondern vielmehr die Akzeptanz auf der emotionalen Ebene der Gruppe. Diese Problematik zeigt sich vor allem auch beim Versuch Kinder mit geistiger Behinderung in Schulen für Kinder ohne Behinderungen zu integrieren, was deutlich an Wert verliert, wenn außerhalb des Unterrichts von den Kindern keine Gemeinsamkeiten erlebt werden. (Vgl. Speck, 2005, S 96ff)

Wenngleich Speck (2005, S 94ff) und andere die Begriffe „Integration“ und „Inklusion“ mehr oder weniger synonym verwenden, so gibt es doch ein paar Unterschiede und immer mehr die Hinwendung zum Begriff „Inklusion“.

Den Begriff „Inklusion“ findet man vor allem in Verbindung mit der schulischen Erziehung von Kindern mit einer (geistigen) Behinderung (vgl. Ahrbeck, 2011, S 20ff; Hinz, 2006, S 256ff; Markowetz, 2008, S 251ff; Kobi, 2006, S 32ff). Verfechter der Inklusion prangern an, dass eine Integration voraussetzt, dass zuvor eine Exklusion, also eine Ausgrenzung, stattgefunden haben muss. Durch Inklusion soll eine Behinderung nicht mehr speziell hervorgehoben werden, sondern behinderte und nicht behinderte Menschen als „normal“ durchmischte Gruppe betrachtet werden. Auch wenn ein Kind mit geistiger Behinderung im Sinne der Integration mit nicht behinderten Kindern unterrichtet wird, sei es doch immer als „das behinderte Kind“ gebrandmarkt. Nicht zuletzt wären die Erfassung und eine Konzentration auf den individuellen Förderbedarf daran schuld. In einer sozialen Gruppe besteht in

jedem Fall eine Vielzahl von Unterschieden, wie Geschlecht, Herkunft, Fähigkeiten oder religiöse Einstellungen. Im Zuge der Inklusion wird eine Behinderung als ein ebensolcher Unterschied betrachtet, der vielleicht im konkreten Fall Anpassungen bedarf, aber per se nicht zu einer Unterteilung der Gruppe führen soll. (Vgl. Ahrbeck, 2011, S 29f; Hinz, 2006, S 256ff)

Forschungsergebnisse zur Integration und Inklusion im Schulwesen können einen positiven Effekt auf die Entwicklung oder den Umgang mit Kindern mit geistiger Behinderung nicht eindeutig belegen (vgl. Ahrbeck, 2011, S 31ff). Auch zur Entwicklung von der Integration zur Inklusion existieren kontroverse Meinungen mit unterschiedlichen Ergebnissen zu den Auswirkungen (ebd., S 43ff). Es handelt sich insgesamt wohl in erster Linie um eine moralische Frage, ob man Menschen mit geistiger Behinderung, dieselben Rechte und Möglichkeiten einräumt wie allen anderen. Die selbstverständliche Teilhabe von Kindern mit geistiger Behinderung am Kindergarten und am Schulwesen kann aber eine Chance sein, die Einstellung der Menschen zu verändern. Im besten Fall führt es dazu, dass auch Personen mit geistiger Behinderung als selbstverständlicher Teil der Gesellschaft betrachtet werden und der Umgang sowie das Denken weniger ausgrenzend und vorurteilsbehaftet sind.

3.4 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Im Jahr 2006 erstellten die Vereinten Nationen (engl. „United Nations“, Abk. „UN“) das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“, im englischen Original „Convention on the Rights of Persons with Disabilities“ (vgl. UN, 2006; Bundesgesetzblatt [BGB], 2008). Dieses Übereinkommen wurde 2008 auch in Österreich ratifiziert und ein Monitoringausschuss eingerichtet, der die Umsetzung fördern und kontrollieren soll (vgl. Monitoringausschuss, 2012; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz [BMASK], 2008, S79f).

Folgende Grundsätze stehen im Mittelpunkt der Konvention (BGB, 2008, Art. 3):

„a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschließlich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;

- b) *die Nichtdiskriminierung;*
- c) *die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;*
- d) *die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;*
- e) *die Chancengleichheit;*
- f) *die Zugänglichkeit;*
- g) *die Gleichberechtigung von Mann und Frau;*
- h) *die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität“*

Mit der Unterzeichnung der Konvention haben sich Österreich und viele andere Länder dazu verpflichtet, alle nötigen Maßnahmen zu treffen, um die genannten Grundsätze umzusetzen (vgl. BGB, 2008, Art. 4) und ein Bewusstsein für die Rechte von Menschen mit Behinderungen in der Gesellschaft zu schaffen (ebd., Art. 8).

Die Konvention greift viele der genannten Aspekte zu Normalisierung, Selbstbestimmung, Empowerment, Integration und Inklusion auf. So werden Themen wie das Recht auf Arbeit berücksichtigt (ebd., Art. 27) oder das Recht auf die Wahl der Wohnform und des Wohnsitzes (ebd., Art. 19). Zusammengefasst formuliert die Konvention die völlige Gleichstellung in allen Lebensbereichen von Menschen mit und ohne Behinderung aus. Alle haben das Recht auf Leben (ebd., Art. 10) sowie auf eine selbstbestimmte und freie Lebensführung. Die Möglichkeit dieser Freiheit muss durch Maßnahmen wie Zugang zu Bildung (ebd., Art. 24), Förderung von Mobilität (ebd., Art. 20) oder auch der Habilitation und Rehabilitation (ebd., Art. 26) unterstützt werden.

Bereits zu Beginn der Übereinkunft wird festgestellt, dass Behinderung durch die *„Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht“* (ebd., S 2). Die Klarstellung, dass Behinderung nur durch die gesellschaftliche Benachteiligung entsteht und die Betonung der Wertschätzung der Vielfalt und Unterschiede zwischen den Menschen in den Grundsätzen (siehe oben), stellt eine positive Zugangsweise dar. Auch Bielefeldt (2009, S 7f & 43) streicht die positive Entwicklung hinsichtlich eines „diversity-

Ansatzes“ hervor, welcher eine Gegenstimme zur immer stärker werdenden Fixierung auf Gesundheit und Leistung darstellt. Die konkrete Umsetzung dieser Grundsätze und die Akzeptanz aller Aspekte durch die Gesellschaft werden vermutlich noch viele Jahre oder Jahrzehnte in Anspruch nehmen, aber die vorliegende schriftliche Anerkennung der Konvention durch die politischen Führungskräfte vieler Länder ist ein wichtiger erster Schritt zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen.

3.5 Eingliederung sexueller Bedürfnisse in die jeweiligen Konzepte

Bezugnehmend auf die vorgestellten Konzepte sollte eigentlich nichts dagegen sprechen, dass auch Menschen mit einer geistigen Behinderung die Möglichkeit haben sollten eine Partnerschaft oder sexuelle Bedürfnisse auszuleben, wenngleich es zu diesem Thema nur wenige konkrete Aussagen gibt. Auf gesetzliche Regelungen wird später noch eingegangen.

Bank-Mikkelsen (2005, S 55 & 60) räumt Menschen mit geistiger Behinderung im Sinne des Normalisierungsprinzips jedenfalls das Recht auf Ehe, Geschlechtsleben und Kinder ein.

Auch im Sinne der Selbstbestimmung muss es einem Menschen mit einer (geistigen) Behinderung möglich sein, unabhängig zu entscheiden ob und in welcher Form er Sexualität und Partnerschaft erleben möchte. Wenn ein Mensch von Kindesalter an lernt, Möglichkeiten abzuwägen und Entscheidungen zu treffen, sollte ihm auch eine solche Entscheidung zugemutet werden.

Betrachtet man die Sexualität oder partnerschaftliche Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung im Blickwinkel der Integration näher, kommt kein Zweifel daran auf, dass ein gleichberechtigtes Mitglied der Gesellschaft auch diese Lebensbereiche erfahren darf. Noch viel strikter sieht das Prinzip der Inklusion den Menschen als Teil der Gesellschaft, egal ob behindert oder nicht, daher wäre es widersprüchlich, ihm das Recht auf Partnerschaft, Ehe oder Sex zu verweigern.

Ganz konkret behandelt wird das Thema in der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und gibt somit klare Richtlinien vor. In Artikel 23 (BGB, 2008) wird folgendes vereinbart:

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

In den darauffolgenden Punkten (BGB, 2008, Artikel 23) wird noch einmal verdeutlicht, dass jedem (geistig) behinderten Menschen das Recht auf Partnerschaft, Heirat und Familie eingeräumt werden muss. Menschen mit geistiger Behinderung dürfen demzufolge völlig unabhängig entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen und großziehen möchten. Eine Sterilisation oder das Entziehen eines Kindes gegen den Willen der Eltern, nur aufgrund einer Behinderung des Kindes oder der Eltern bzw. eines Elternteils sind nicht zulässig. Für das Wohl des Kindes ist dennoch zu sorgen, indem die Familien entsprechend unterstützt werden. Das Aufwachsen eines Kindes in der eigenen Familie ist auf alle Fälle zu fördern und wenn sich dies nicht durchführen lässt, muss zumindest ein familienähnliches Umfeld geschaffen werden, wie es auch schon Bank-Mikkelsen gefordert hat (2005, S 53).

Nach der Auseinandersetzung mit den verschiedenen Zugangsweisen zum Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung, mag diese – bereits rechtlich wirksame – Übereinkunft schlüssig klingen und man möchte meinen, dass aufgrund der jahrzehntelangen Bemühungen in diesem Bereich, bereits vieles umgesetzt sein sollte. Die weiteren Kapitel werden jedoch aufzeigen, dass vor allem im Bereich der Sexualität und ganz besonders beim Thema Familienplanung, noch viele Fragen offen sind und man noch lange nicht von Gleichbehandlung sprechen kann.

4 Sexualerziehung

Im folgenden Kapitel liegt der Fokus nun auf der sexuellen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter. Verschiedene Theorien und wissenschaftliche Beobachtungen werden beschrieben, wobei einen wesentlichen Platz das Phasenmodell von Sigmund Freud einnimmt. Danach geht es um die Prinzipien der Sexualerziehung in den verschiedenen Lebensphasen und den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit geistiger Behinderung. Hier finden auch ältere Publikationen des österreichischen Pädiaters und „Behindertenguru“ Andreas Rett sowie des deutschen Heilpädagogen Heinz Bach besondere Erwähnung.

4.1 Sexuelle Entwicklung

4.1.1 Phasenmodell nach Sigmund Freud

Sigmund Freud ist nicht nur der Begründer der Psychoanalyse, sondern hat auch die Theorien der infantilen Sexualität ganz wesentlich geprägt. Seine Gedanken zur infantilen Sexualität, die Anfang des 20. Jahrhunderts ihren Ausgang hatten, werden zwar bis heute kontrovers diskutiert, dennoch ist das Phasenmodell von Freud eine Grundlage für viele weiterführende Theorien und Beobachtungen.

Nach Freuds Theorie entstehen sexuelle Bedürfnisse und sexuelles Verhalten nicht erst in der Pubertät sondern sind von Geburt an bei einem Menschen vorhanden. Phase für Phase durchlebt ein Kind eine Fokussierung auf verschiedene erogene Zonen, bis sich die Partialtriebe in der Pubertät schließlich vereinigen und sich die unterschiedlichen erogenen Zonen der Genitalzone unterordnen. (vgl. Freud, 2010, S 91f)

Freuds Modell ist in fünf grundlegende Phasen unterteilt: die orale Phase, die anale Phase, die phallische oder ödipale Phase, die Latenzphase und die genitale Phase.

Die orale Phase dauert ungefähr von der Geburt bis zum zweiten Lebensjahr und zeichnet sich durch den Fokus auf die Lustgewinnung durch Mund und Lippen aus. Der Mund stellt hier die erste vorherrschende erogene Zone dar und die Lustgewinnung ist zuerst an die Befriedigung des Nahrungsbedürfnisses durch das Saugen an der Mutterbrust gekoppelt, wird danach aber durch Saugen und Lutschen

an verschiedenen Gegenständen und Körperteilen (z.B. Daumen, Zehen) erreicht. (Vgl. Freud, 2010, S 61ff)

Zwischen dem zweiten und dritten Lebensjahr lernt ein Kind üblicherweise den Stuhlgang zu kontrollieren, was prägend für die anale Phase ist. Durch das Zurückhalten des Stuhlgangs und die gesteuerte Defäkation kann der Lustgewinn, welcher durch die Entleerung des Darmes erfolgt, bewusst gesteuert werden. (Ebd., S 67ff)

In der danach eintretenden phallischen Phase stellen Eichel und Klitoris die Zentren der Lustgewinnung dar. Befriedigt wird dieser Partialtrieb in erster Linie durch manuelle Reizung (Onanie). (Ebd., S69ff) Ebenfalls typisch für diese Phase ist der Ödipuskomplex. Kennzeichnend dafür ist die Identifikation des Kindes mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil und das Begehren des anderen Elternteils (vgl. Freud, 2000, S 245ff).

Die phallische Phase und gleichzeitig auch der Ödipuskomplex gehen über in eine Latenzphase. In dieser Phase treten Sexualäußerungen zurück und – verstärkt durch die Erziehung – werden Dämme, wie Ekel, Schamgefühl oder Moral, aufgebaut, die auch später noch den Sexualtrieb regulieren. (Vgl. Freud, 2010, S 57ff; Freud, 2000, S 245ff).

Mit der Pubertät beginnt dann die genitale Phase, die nun nicht mehr in erster Linie autoerotisch, also auf sich selbst bezogen, ist, sondern sich auf ein anderes Sexualobjekt konzentriert. Der Sexualtrieb und das Sexualziel stehen von da an im Zeichen der Fortpflanzung. (Vgl. Freud, 2010, S 91f)

Nach Freuds Theorie stellt das Ausleben der verschiedenen Phasen in einem natürlichen Ausmaß und ohne große erzieherische Einschränkungen die Grundlage für ein gesundes Sexualleben und eine gesunde Psyche im Erwachsenenalter dar. Andernfalls kann es zu einer Fixierung auf einen der Partialtriebe kommen, was Freud als Auslöser für spätere Perversionen oder Neurosen sieht. (Ebd., S 51f)

4.1.2 Sexuelles Verhalten im Kindesalter

Da Kinder allgemein als unschuldig und „rein“ gelten spricht man ihnen üblicherweise keine sexuellen Lustgefühle zu, sondern geht davon aus, dass die

sexuelle Bedürfnisse erst mit der Pubertät – also mit der körperlichen Geschlechtsreife – einsetzen. Das ist auch der Grund dafür, wieso Freuds Theorien und Beobachtung vielfach zu Ablehnung führen. Wird von infantiler Sexualität gesprochen, ist in erster Linie aber nicht die genitale Sexualität oder der Koitus gemeint (vgl. Borneman, 1981, S 37 u. 234). Vielmehr steht hier Sexualität für das Entdecken von Lustgefühlen und das Erlernen vom Umgang mit den angeborenen Bedürfnissen und Trieben.

Es gibt einige wichtige Persönlichkeiten aus verschiedenen Bereichen wie Medizin, Pädagogik oder Psychologie, die Freuds Phasenmodell anhand von Beobachtungen untermauerten oder eigene Überlegungen hinzufügten.

Wera Schmidt

Wera Schmidt war Pädagogin und gründete in den 1920er Jahren ein „Kinderheimlaboratorium“. Sie bemühte sich darum, dass Kinder ihre Triebbedürfnisse möglichst frei ausleben dürfen und dass man ihnen der Entwicklungsstufe entsprechende Anreize bieten sollte. Sie bestätigte durch ihre Beobachtungen Freuds Phasenmodell und das abwechselnde Auftreten der verschiedenen Teiltriebe. Nach Schmidts Überzeugung führte die freie Entfaltung dieser Partialtriebe dazu, dass diese ebenso frei und natürlich wieder enden und das Kind lernt diese Bedürfnisse selbstständig zu regulieren. (Vgl. Schmidt, 1984, S 59ff)

Alfred C. Kinsey

Der Biologe Alfred C. Kinsey erlangte durch ausführliche Befragungen und statistischen Auswertungen zum Sexualverhalten in den USA Berühmtheit. Durch ihn gab es erstmals konkrete Zahlen zur Variationsbreite des Sexualverhaltens, zu Unterschieden zwischen den Geschlechtern und verschiedenen Bevölkerungsgruppen oder auch zur Homosexualität. (Vgl. Kinsey, 1984, S 74ff; Gebhard u. Johnson, 1979)

Kinsey, der sich in erster Linie auf quantitative Forschungsmethoden verließ, war zwar ein Gegner von Freuds Theorien, bestätigte durch seine Aufzeichnungen aber dennoch das von frühester Kindheit an sexuell motivierte Verhalten des Menschen.

Es erschien auch ihm realistisch, dass die Sexualentwicklung des Kindes bzw. dessen Einschränkung den Grundstein für das spätere Sexualverhalten legt und Faktoren der gesamten Persönlichkeit beeinflusst. (Vgl. Kinsey, 1984, S 74ff)

René A. Spitz

Der Kinderarzt und Psychoanalytiker René A. Spitz untersuchte die Einflüsse der Mutter-Kind-Beziehung auf die Entwicklung des Sexualverhaltens und kam zu dem Schluss, dass eine solche Objektbeziehung wesentlich die Entwicklung der Sexualität beeinflusst. Spitz, der im konkreten Fall das Verhalten von Kindern erforschte, die im Heim aufwuchsen, konnte bei Säuglingen ohne eine Mutter-Kind-Beziehung keine autoerotischen Handlungen beobachten, wohingegen Kinder in einer normalen Mutter-Kind-Beziehung vom Säuglingsalter an „mit dem Genitale spielen“. Spitz betonte jedoch, dass eine normale Objektbeziehung oder konkrete Handlungen wie Baden oder Waschen den Sexualtrieb nicht erschaffen, sondern dass die Vielfalt der Verhaltensweisen, die diese Beziehung prägen, zu den Möglichkeiten und Funktionen des eigenen Körpers hinführen und in weiterer Folge dann zu denen eines anderen Körpers. Spitz sah sich aufgrund seiner Beobachtungen in einer persönlichen Zwickmühle, da er einerseits den Zusammenhang zwischen infantiler Sexualität, Mutter-Kind-Beziehung und einer normalen sozialen Entwicklung erkannte, es aber andererseits als wichtig erachtete, Kontrolle über die Sexualität und Masturbation zu erlangen. Wo genau hier der Mittelweg liegen könnte, definierte Spitz nicht. (Vgl. Spitz, 1984, S 80ff)

Ernest Borneman

Der Gründer der „Österreichischen Gesellschaft für Sexualforschung“ (ÖGS, 2012) Ernest Borneman beschrieb sehr detailliert die sexuelle Entwicklung von Kindern auf Basis von Beobachtungen, Krankengeschichten und Aufzeichnungen von Kinderträumen aus den 1960er und 70er Jahren. Wenngleich Borneman sehr viel mehr Entwicklungsphasen definierte als Freud, so sah er ebenso das Problem einer Perversion, Neurose oder Psychose beim Erwachsenen als Folge einer Fixierung oder eines Rückfalls auf eine bestimmte Entwicklungsstufe. Borneman beschrieb bis zum 8. Lebensjahr eines Kindes zehn verschiedene Phasen. Probleme, die in dieser Zeit auftreten, betrachtete er als umso schwerwiegender, je früher sie erscheinen. Ebenso

sah er eine gestörte Beziehung zu den Bezugspersonen als Auslöser für fast alle neurotischen, psychosexuellen und psychosomatischen Erkrankungen einer erwachsenen Person. (Vgl. Borneman, 1981, S 9ff u. S 37).

4.1.3 Pubertät

Die Pubertät stellt den Zeitraum dar, in dem sich der kindliche Körper zu einem erwachsenen und geschlechtsreifen Körper entwickelt. Die parallel verlaufende geistige Entwicklung wird in der Regel Adoleszenz genannt, wobei hier aber häufig auch der mit dem 15. oder 16. Lebensjahr an die Pubertät anschließende Entwicklungsabschnitt gemeint ist. (Vgl. Walter, 2005b, S 160f)

Die Pubertät umfasst die körperliche, die psychische und die soziale Reife. Nach Abschluss dieser Entwicklungsphase wird von einer jungen, erwachsenen Person erwartet, dass sie sich entsprechend ihrer Geschlechterrolle verantwortungsbewusst verhält und dass sie sich emotional und sozial vom Elternhaus abgenabelt hat. Die verschiedenen Reifungsphasen sind jedoch nicht alle zum selben Zeitpunkt abgeschlossen und hängen stark vom kulturellen Kontext ab. Setzt z.B. bei einem Mädchen mit zwölf Jahren die Menarche ein, hat sie zwar die körperliche Reife erlangt, die soziale Reife spricht man ihr in den meisten Kulturen aber erst Jahre später zu. (Vgl. Walter, 2005b, S 161f u. Lempp, 2005, S 174ff)

Die körperliche Reifung, die in erster Linie von hormonellen Veränderungen im Körper angetrieben wird, lässt sich nicht nur aufgrund der einsetzenden Periode beim Mädchen oder der Pollution beim Jungen festmachen. Die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale bilden sich nach und nach aus und machen durch den veränderten Körperbau, Haarwuchs, sowie Brustentwicklung beim Mädchen und Stimmbruch beim Jungen die körperlichen Veränderungen für die Umwelt sichtbar. (Vgl. Walter, 2005b, S 160) Das Einsetzen der ersten Menarche oder Pollution erfolgt heute in einem jüngeren Alter als früher und gilt zwischen dem 10. und 16. (Mädchen) oder 11. und 17. Lebensjahr (Jungen) als normal (vgl. Stöckmann, 2005, S 61 u. Lempp, 2005, S 175). Diese körperlichen Reifungsvorgänge hängen von vielen Faktoren ab, wie z.B. Kultur, Ernährung, Gesundheitszustand, Genetik oder auch Klima (vgl. Walter, 2005b, S 160).

Die drei Entwicklungsphasen gehen selten völlig problemlos vor sich. Pubertätskrisen stellen eine Herausforderung für den adoleszenten Menschen ebenso wie für die Umwelt dar. Fünf wesentliche Anzeichen der Pubertät lassen sich bei Jugendlichen beobachten: ausgeprägte Stimmungsschwankungen, ein Wechsel zwischen extrem aktiven und passivem Verhalten, eine Mischung aus Überheblichkeit und Minderwertigkeitskomplexen, der Fokus auf Körperlichkeit und das eigene Aussehen sowie eine besonders ausgeprägte kritische Haltung gegenüber aller Ansichten der Erwachsenen. Die Abgrenzung zwischen Verhaltensstörungen oder Pubertätsstörungen von einer normalen Entwicklung fällt oft schwer, aber üblicherweise handelt es sich um den ganz normalen Weg zur Findung einer eigenständigen Identität. (Vgl. Walter, 2005b, S 162f)

4.1.4 Sexuelle Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung

Zur psychosexuellen Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung sowie den Unterschieden zur Entwicklung von Kindern ohne Behinderung gibt es kaum konkrete Angaben oder wissenschaftliche Erkenntnisse. Die Aussagen der Pädagogen, Psychologen oder Mediziner stützen sich in erster Linie auf deren Beobachtungen und Erfahrungen aus dem direkten Umgang mit geistig behinderten Kindern. Hier überwiegt die Ansicht, dass die körperliche Entwicklung in den allermeisten Fällen in gleicher Weise abläuft wie bei Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung. Ebenso wie bei nicht behinderten Kindern gibt es aber auch hier Unterschiede in den Abläufen und Ausprägungen der verschiedenen Phasen. Es besteht jedoch eine Besonderheit, die die Entwicklung der Sexualität von Kinder und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ganz wesentlich negativ beeinflusst – nämlich die Umwelt. (Vgl. Walter, 2005b, S 164; Lempp, 2005, S 176; Stöckmann, 2005, S 61f)

Die Abhängigkeit von der Umwelt

Vor allem aufgrund der Tatsache, dass behinderte Menschen meist lebenslang einer starken Abhängigkeit durch andere Menschen unterliegen, gestaltet sich der Umgang mit der eigenen Sexualität oft sehr schwierig. Diese Abhängigkeit hat zur Folge, dass die Anbahnung von Sexualität, Partnerschaft oder Familiengründung nur schwer möglich ist. Außerdem ruft dieses Abhängigkeitsverhältnis bei der Umwelt häufig

das Gefühl hervor, berechtigt zu sein, über die Lebensgestaltung ebenso wie die Sexualität des behinderten Menschen bestimmen zu können. Es verringert das Verständnis für den Wunsch nach einer „normalen“ Sexualität und kann zu einer Überbewertung von harmlosen sexuellen Äußerungen oder Handlungen führen. Da sich Menschen mit einer geistigen Behinderung schwer selbst helfen können, sind sie aber auf die Aufklärung und Unterstützung anderer angewiesen. Gerade wenn Bezugspersonen dann mit ihrer eigenen Sexualität Probleme haben und der Meinung sind, eigenmächtig darüber bestimmen zu können was „gut“ und was „schlecht“ für die behinderte Person ist, kann das dazu führen, dass das Potential einer möglichst befriedigenden und selbstbestimmten Lebensführung nicht voll ausgeschöpft wird. (Vgl. Hahn, 2005, S 116ff)

Rett und Seidler (1981, S 271f) sehen das Hauptproblem bei der sexuellen Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung in der Diskrepanz zwischen Intelligenzalter und Sexualalter, welches sich in erster Linie auf die primären und sekundären Geschlechtsmerkmale bezieht. Jugendliche mit einer geistigen Behinderung haben Probleme damit, von sich aus die Vorgänge in der Pubertät richtig zu deuten und den gesellschaftlichen Erwartungen entsprechend damit umzugehen. Oft überwiegen bei Kindern oder Jugendlichen Verbote sich mit der Sexualregion zu beschäftigen und das Informationsniveau bleibt niedrig. Spielhofer konnte bereits 1977 (S 189f) beobachten, dass das Sexualverhalten von Jugendlichen mit geistiger Behinderung maßgeblich vom Verhalten der Angehörigen beeinflusst wird. Je ausgeprägter die Strafkationen bei unangemessenem Verhalten umso schwerer fällt den Jugendlichen die erforderliche Verarbeitung der Erregungszustände, wohingegen ein weniger ausgeprägtes Strafverhalten der Angehörigen auch zu einem wesentlich „unauffälligeren“ Sexualverhalten führt.

Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang, dass sich die Reaktion der Angehörigen auch erheblich auf den Sprachgebrauch von Menschen mit geistiger Behinderung auswirkt. Die Verwendung obszöner Worte wird in erster Linie eingesetzt, um die Angehörigen zu schockieren, provozieren oder um sie zu erpressen. Der eigentliche Sinn der verwendeten Worte wird in der Regel gar nicht verstanden. Je stärker die Strafe für den Gebrauch eines „verbotenen“ Wortes ausfällt, desto häufiger wird dieses Wort gezielt eingesetzt. Ruft es hingegen keine

besonderen Reaktionen hervor, gibt es auch keinen Grund dieses Wort wiederholt zu benutzen. (Vgl. Rett u. Seidler, 1981, S 272f)

Masturbation

Die Masturbation oder das bereits beschriebene „Spiel mit dem Genitale“ im Kindesalter ist für Kinder mit und ohne geistige Behinderung gleichermaßen interessant. Die Methoden verändern sich jedoch mit dem Schweregrad der Behinderung. Je schwerwiegender die Behinderung umso seltener wird die Hand als Werkzeug eingesetzt und stattdessen Gegenstände wie Spielzeug oder Möbel eingesetzt. Dieser Vorgang wird von Angehörigen auch häufig als Anfall gedeutet und die Entspannung nach dem Orgasmus als postkonvulsive – also nach einem Krampfanfall eintretende – Erschöpfung betrachtet. (Vgl. Rett u. Seidler, 1981, S 273) Laut Rett und Seidler (1981, S 173) sei außerdem zu beobachten, dass Personen mit geistiger Behinderung gehäuft nach negativen Erlebnissen wie Strafen, Enttäuschung, Langeweile usw. masturbieren.

Infantile Regression

Ein Phänomen, das häufig in der Pubertät auftritt, ist die infantile Regression, also das wiederholte Aufleben von kindlichen Verhaltensmustern bei gleichzeitig ungelösten Konflikten aus der frühen Kindheit. Bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung, die in der Kindheit häufig mit der Frustration, Ablehnung und Verzweiflung der Angehörigen konfrontiert waren und zudem oftmals Krankenhausaufenthalte und medizinische Behandlungen über sich ergehen lassen mussten, können diese recht extreme Verhaltensweisen und Emotionen auslösen. Eine Mischung aus tiefer Ablehnung jeglicher Kontakten und „verbissener Anklammerung“ ist dann keine Seltenheit. (Vgl. Walter, 2005b, S 165f)

Die Ausgrenzung durch die Umwelt

Wie bereits beschrieben, steht im Zusammenhang mit der Findung der eigenen Identität auch die intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und dem Aussehen. Menschen mit einer geistigen Behinderung unterscheiden sich oft auch körperlich von Menschen ohne Behinderung. Den eigenen Körper zu akzeptieren, obwohl er nie dem durch die Gesellschaft vermittelten Schönheitsideal entsprechen

wird, ist deshalb eine besonders große Herausforderung. Die körperlichen Veränderungen und die motorische Unsicherheit in der Pubertät heben die sichtbaren Symptome der Behinderung häufig noch mehr hervor und unterstreichen die Andersartigkeit sowie Ausgrenzung durch die Umwelt. Verstärkt wird diese Problematik noch, wenn es selbst die nächsten Bezugspersonen nicht schaffen, ihr behindertes Kind voll zu akzeptieren. Hinzu kommt, dass die Umwelt durch den Verlust des kindlich-naiven Aussehens automatisch auf mehr Distanz geht. Die Zuwendung, die nun nicht mehr vom nahen Umfeld kommt, geht bei nicht behinderten Jugendlichen fast nahtlos über in die Zuwendung gleichaltriger, meist gegengeschlechtlicher Jugendlicher. Bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung fällt auch diese Form der Anerkennung und Zuwendung zumeist weg, da sie selten als attraktiv oder begehrenswert gelten. (Vgl. Walter, 2005b, S 167ff)

4.2 Allgemeine Prinzipien der Sexualerziehung

Bereits im letzten Kapitel wurde dargestellt, dass eine – in der Regel gut gemeinte – allzu repressive Sexualerziehung der Bezugspersonen oft genau das Gegenteil von dem bewirkt, was das eigentliche Ziel wäre. Erst recht werden dann wiederholt unerwünschte Verhaltensweisen eingesetzt, um die Umwelt zu schockieren und zu provozieren. Dies wirft die Frage auf, wie die Sexualerziehung von Menschen mit geistiger Behinderung in den verschiedenen Altersstufen im besten Fall gestaltet werden kann.

4.2.1 Ziele

Ein wichtiges Ziel der Sexualerziehung ist das Vermitteln von Information. Das Wissen über Sexualität, die Fähigkeit Geschlechtsteile zu benennen oder verschiedene Verhaltensweisen zu deuten vermittelt Selbstsicherheit und schützt vor Ausbeutung und Missbrauch. Aufklärung ist die Grundlage dafür unterscheiden zu können, was „gut“ und was „schlecht“ ist und gibt überhaupt erst die Möglichkeit Grenzen zu ziehen und sich selbst zu behaupten. (Vgl. Bosch u. Suykerbuyk, 2007, S 49ff)

Das Wissen über die Vorgänge im eigenen Körper verhilft zu einem positiven Körperbild und unterstützt den Umgang mit sich selbst und der Umwelt. Ein positiver Umgang mit dem eigenen Körper fördert sowohl Selbstachtung als auch die

Achtung vor anderen. Teil der Aufklärung ist hier auch die Vielfalt der menschlichen Bedürfnisse und Vorlieben. Offenheit gegenüber Homosexualität oder Bisexualität hilft die eigenen Bedürfnisse zu definieren und die eigene Identität zu stärken. (Vgl. Bosch u. Suykerbuyk, 2007, S 49ff)

Aufklärung bedeutet auch das Vermitteln von Normen und Werten. Ziel ist die Verinnerlichung von Verhaltensregeln in unterschiedlicher Umgebung. Alleine im eigenen Zimmer z.B. sind bestimmte Tätigkeiten möglich, die im Umgang mit Freunden oder öffentlich auf der Straße oder in einem Geschäft nicht tolerierbar wären. Die Achtung verschiedener gesellschaftlicher Regeln fördert gegenseitigen Respekt und vermindert Ausgrenzung. (Ebd.)

Nicht zuletzt soll Aufklärung auch vor Geschlechtskrankheiten und unerwünschten Schwangerschaften schützen. Übung im Umgang mit Verhütungsmitteln vermittelt Sicherheit und reduziert Angst. (Ebd.)

4.2.2 Voraussetzungen

Um einer Person mit geistiger Behinderung erfolgreich Wissen über Sexualität vermitteln zu können, sollten verschiedene Prinzipien oder Bedingungen erfüllt sein, die vor allem die Einstellung der Bezugspersonen oder des Umfelds betreffen.

Die wichtigste Grundvoraussetzung ist ein offener Umgang mit dem Thema Sexualität und die Akzeptanz der behinderten Person als sexuelles und lernfähiges Wesen. Es ist nicht zu erwarten, dass sich erwachsene Menschen, die sich nicht mit ihrer eigenen Sexualität befasst haben und selbst untereinander nicht über Sex sprechen können, angemessen mit einem heranwachsenden, Kind mit geistiger Behinderung darüber sprechen können. (Vgl. Bach, 1981, S 52f; Sporken, 1980, S 46; Johnson, 1975, S 50ff) Johnson (ebd., S 46f) streicht hervor, dass sich Menschen ohne Behinderung in ihrer Unwissenheit und „Sprachlosigkeit“ oft gar nicht sehr von Menschen mit geistiger Behinderung unterscheiden. Es ist wichtig auf Fragen entsprechend einzugehen und aufgrund eigener moralischer Ansichten nicht zu verurteilen (vgl. Bach, 1981, S 52f).

Oft tragen professionelle Kräfte einen wesentlichen Teil zur Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung bei, hier ist es umso wichtiger ausreichend

Möglichkeiten zur Selbstreflexion und Information zu bieten. Fragebögen (vgl. Schröder, 2005, S 217ff) oder Anleitungen für sexualpädagogische Gespräche (vgl. Hoyler-Herrmann, 2005, S 204ff) können hier ebenso wie Fortbildungen und Seminare Anregungen und Unterstützung bieten. Zeitnot, Tabuisierung und die fehlende Finanzierung von Fortbildungsmaßnahmen stellen eine große Einschränkung dar (vgl. Gossel, 2005, S 221f). Folgende drei Bereiche spielen im Umgang mit sexualpädagogischen Themen eine große Rolle: der Wissens- und Informationsstand, Einstellungen/Werte und Emotionen sowie das pädagogische Handeln. Ein ausreichender Wissenstand und eine positive Grundeinstellung zu Sexualität sind wesentliche Grundvoraussetzungen um wirksam pädagogisch handeln zu können. (Vgl. Hoyler-Herrmann, 2005, S 202)

Bei direkten Fragen sieht Bach (1981, S 58ff) ein Vertrösten auf später als ebenso wenig zielführend an wie das Überschütten mit Informationen. Konkrete Antworten und praktische Anleitungen vor allem im Bereich der Körperpflege und Verhütung stellen wichtige Prinzipien der Aufklärung dar und bedürfen meist auch regelmäßiger Wiederholungen (ebd.).

Bach (ebd.) empfiehlt, sich bei der Aufklärung zeitlich an die Bedürfnisse der Person mit geistiger Behinderung zu orientieren und diese Bedürfnisse nicht voreilig zu wecken. Als Negativbeispiele nennt er hier das Vorführen von Bild und Filmmaterial oder das Anregen sexueller Praktiken durch verbale Motivation oder genitale Reizung. Jung und Krenzer (1976, S 22f) werfen Bach vor, dass es ihm in erster Linie um die Unterdrückung der Sexualität gehe. Bach (1981) plädiert aber eigentlich gegen die menschliche Isolation behinderter Menschen (S 29) und sieht auch die Schwierigkeit jegliches Material zu verbergen, das Sexualität beinhaltet (S 55f). Im Umgang damit betont er die Wichtigkeit eines ruhigen und offenen Gesprächs (ebd.). Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass die Aufklärungsmethoden auch vom Alter und der Entwicklung der betreffenden Person abhängen, aber Bach (1981, S 56) definiert hier keine konkreten Altersgruppen, unterstreicht aber die Notwendigkeit, bereits im Kleinkindalter mit der sexuellen Aufklärung zu beginnen und nicht bis zur Pubertät zu warten.

4.3 Sexualerziehung in den verschiedenen Lebensphasen

4.3.1 Erziehungsmaßnahmen in der Kindheit

Zusätzlich zu den im letzten Kapitel genannten Grundvoraussetzungen, die man bei der sexuellen Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung beachten sollte, gibt es in den verschiedenen Lebenslagen auch unterschiedliche Schwerpunkte, die einer Rolle spielen und unterschiedliche Möglichkeiten der Förderung.

Bach (1981) als Verfechter einer „kritisch-progressiven sexuellen Erziehung“ (S 31) hat verschiedene Bereiche definiert, die von Geburt an eine wichtige Rolle beim Heranwachsen eines Kindes spielen. Wichtig – und zwar nicht nur für die sexuelle Entwicklung – ist das Erleben und Begreifen des eigenen Körpers und der Gefühle wie Frieren, Hunger, Sättigung, Wohlbefinden oder Ruhe. Gefördert werden kann die Differenzierung der Wahrnehmung durch Angebote wie Spielen, Baden oder Turnen. Ebenso wichtig ist der zwischenmenschliche Kontakt, Zärtlichkeit und Zuverlässigkeit. Die Körperpflege muss geübt und die Körperteile und-funktionen benannt werden. Das Kennenlernen anderer Menschen und die Pflege von Kontakten sollten unterstützt werden, ebenso wie Verhaltensweisen und Regeln im Umgang mit anderen Menschen. Je nachdem ob man in Gesellschaft von Fremden, Freunden oder von der Familie ist, sieht das Verhalten diesen Menschen gegenüber anders aus. Auch das Verdeutlichen der Prinzipien einer Partnerschaft und die Vorgänge bei der Familiengründung sind Teil der sexuellen Aufklärung. (Ebd., S 35ff)

Sexualerziehung darf nicht als Unterrichtsfach betrachtet werden, bei dem man verschiedene Lernziele abhakt, sondern die Informationsvermittlung bedarf regelmäßiger Wiederholungen und einer konsequenten Umsetzung durch sämtliche Bezugspersonen sei es zu Hause oder in einer schulischen Einrichtung (vgl. Jung u. Krenzer, 1976, S 33ff).

Auch Walter thematisiert in einem Interview mit Achilles (2010, S 34ff) die Wichtigkeit bereits möglichst früh mit der Sexualerziehung zu beginnen. Dies geschehe am besten anhand realer Beispiele, wie die Zuordnung der Geschlechter anhand der Eltern oder das Begreifen einer Schwangerschaft anhand einer schwangeren Frau in der Familie oder im Bekanntenkreis. Die Unterschiede zur Aufklärung nicht behinderter Kinder sieht er vor allem in den

Ausdrucksmöglichkeiten. Kindern mit geistiger Behinderung fehlen oft die Worte für konkrete Fragestellungen oder stellen wiederum sehr direkte Fragen, die die Bezugspersonen irritieren können. Gerade wenn es sich um professionelle Betreuungspersonen handelt, sollten diese dann entsprechend geschult sein, um mit allen Aspekten der Sexualität offen umgehen zu können. Da es für Kinder mit geistiger Behinderung meist schwieriger ist Kontakte zu knüpfen und Freundschaften zu bilden, ist es auch laut Walter (Achilles, 2010, S 34ff) besonders wichtig dies zu fördern.

Zur Veranschaulichung und zum spielerischen Erlernen sozialer Prozesse eignet sich z.B. auch ein Puppenhaus wie im Projekt „Bahnhofstraße 15“ (vgl. Schröder, 2005, S 137ff). Die teilnehmenden Schülerinnen und Schüler können zuerst eine eigene „Puppenstube“ gestalten und damit spielen, die dann später zu einem Wohnhaus bestehend aus verschiedensten Elementen zusammengefügt wird. Anhand des Puppenhauses lassen sich dann unterschiedliche Lebensformen und Ereignisse nachstellen. Beispiele für unterschiedliche Lebensformen wären z.B. eine „Standardfamilie“, die den idealtypischen Vorstellungen entspricht, alleinstehende Personen oder ein Paar, wovon eine oder beide Personen an einer geistigen Behinderung leiden. Situationen, die man so nachstellen kann, umfassen einerseits positive Ereignisse wie Hochzeit, Schwangerschaft und Geburt, aber auch schwierige Lebenslagen wie Sterben oder sexueller Missbrauch können in diesem Rahmen veranschaulicht und besprochen werden. Um ein besseres Einfühlen zu ermöglichen, können auch ganz konkrete Familiensituationen und Begebnisse aus dem Leben einer teilnehmenden Person nachgestellt werden. Rollenspiele, Tonbandaufnahmen oder Materialien wie Poster, Arbeitsblätter, Windeln und Verhütungsmittel sollen zusätzlich helfen komplexe Informationen und soziale Prozesse zu vermitteln.

4.3.2 Erziehungsmaßnahmen in der Pubertät

Das sichtbarste und prägendste Ereignis der Pubertät ist vermutlich die Menarche beim Mädchen und die ersten (meist nächtlichen) Pollutionen beim Jungen. Verläuft das Einsetzen der Pollution noch relativ problemlos und führt bei Unaufgeklärtheit eher dazu, die feuchte Wäsche als Bettnässen zu interpretieren, kann die erste Regelblutung beim Mädchen starke Ängste auslösen, wenn dieses nicht rechtzeitig aufgeklärt wurde (vgl. Walter, 2005b, S 168f). Um diesen Ängsten

entgegenzuwirken, ist die zeitgerechte Aufklärung über die körperlichen Vorgänge und die entsprechenden Hygienemaßnahmen besonders wichtig. Das Waschen des Intimbereichs und der möglichst selbstständige Umgang mit Binden und Tampons stellt einen wichtigen Teil eines autonomen Lebens dar und reduziert die Ausgrenzung durch die Umwelt aufgrund mangelnder Sexualhygiene. (Vgl. Jung und Krenzer, 1976, S 63f) Jung und Krenzer (ebd.) plädieren auch hier für eine möglichst anschauliche Aufklärung von Mädchen mit geistiger Behinderung am besten durch die Demonstration der Sexualhygiene durch die Mutter. Auch beim ersten Frauenarztbesuch kann es sinnvoll sein, wenn das Mädchen zuerst beim Termin der Mutter dabei sein darf, um ihr die Angst vor der Untersuchung und Schamgefühle zu nehmen (vgl. Achilles, 2010, S 41). Laut Rett (1981, S 274) kündigt sich die Menstruation bereits einige Zeit vorher durch Spasmen, Bauchschmerzen, erhöhte Unruhe und Aggressivität an.

Die Pubertät als Phase des Erwachsenwerdens steht im Zeichen der Loslösung von den Eltern und einer selbstbestimmten Lebensführung. Hier stellt die Angst der Eltern vor Trennung und die Sorge um das behinderte Kind ein massives Problem dar. Vor dem Hintergrund des Beschützens werden Entscheidungen getroffen, Freiheiten eingeschränkt und selbstständiges Verhalten häufig nicht zugelassen. (Vgl. Lempp, 2005, S 177; Walter, 2005b, S 170ff; Wohlhüter, 2005, S 190ff) Im Rahmen der Möglichkeiten sollte bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung die Selbstständigkeit ebenso gefördert werden wie bei nicht behinderten Jugendlichen. Selbstständigkeit bedeutet Entscheidungen aufgrund individueller Bedürfnisse zu treffen. Hierzu müssen aber entsprechende Wahlmöglichkeiten zur Verfügung stehen und Individualität zugelassen werden. Auch die Bewusstheit über die eigene Person spielt hier eine Rolle. Das Wissen über die eigene Lebens- und Leidensgeschichte kann helfen, den positiven Umgang mit der eigenen Person und der Umwelt zu fördern. (Vgl. Wohlhüter, 2005, S 187ff)

Spätestens in der Pubertät sollten die im Kapitel 4 beschriebenen Leitkonzepte – das Normalisierungsprinzip ebenso wie Selbstbestimmung und Empowerment – zu greifen beginnen. In dieser Lebensphase sind in den meisten Fällen wichtige Fragen der Lebensgestaltung zu treffen. Diese können Wohnort und -form, Ausbildung und Arbeitsplatz und nicht zuletzt Fragen nach Sexualität und Partnerschaft betreffen.

Auch die in der UN-Konvention „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ geforderten Aspekte wie Autonomie, Entscheidungsfreiheit, Nichtdiskriminierung und Teilhabe an der Gesellschaft (BGB, 2008, Art. 3) lassen sich nur umsetzen, wenn in der Erziehung von Menschen mit geistiger Behinderung der entsprechende Grundstein hierfür gelegt wurde.

4.3.3 Unterstützung im Erwachsenenalter

4.3.3.1 Lebenslange Sexualaufklärung

Selbst wenn Sexualaufklärung bereits im Kindesalter beginnt, bedeutet das nicht, dass diese mit dem Erreichen des Erwachsenenalters abgeschlossen ist. Häufig wird auch erst im Erwachsenenalter erkannt, dass verschiedene Defizite in der Aufklärung vorliegen, z.B. wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung eine Arbeit aufnehmen oder an betreuten Freizeitaktivitäten teilnehmen. Ein direktes Aufklärungsangebot an die betroffenen Personen kann jedoch erfolglos sein, wenn zuvor nicht eine Kontaktaufnahme bzw. Auseinandersetzung mit den Eltern und anderen Bezugspersonen stattgefunden hat und die Professionistinnen und Professionisten nicht entsprechend ausgebildet wurden. (Vgl. Couchoud und Neumann, 2005, S 250ff) Badelt (2005, S 237ff), die als Psychologin in einer Werkstätte für Menschen mit Behinderung tätig ist, versuchte im Zuge eines Projekts, mittels Gruppengesprächen die Sicherheit in der Kommunikation und die Ausdrucksmöglichkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu verbessern. Auch sie machte die Erfahrung, dass diese Gespräche nur positive Auswirkungen zeigten, wenn die Umwelt direkt miteinbezogen wurde. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erzielten zwar große Fortschritte darin im Gruppengespräch ihre Probleme auszudrücken und sich gegenseitig ein Feedback zu geben, aber in Situationen des täglichen Lebens, wo sie auf sich alleine gestellt waren, schafften sie es nicht ihre individuellen Anliegen bei den Eltern oder Gruppenleiterinnen und -leitern durchzusetzen (ebd.).

Bilder und andere Materialien können in jeder Lebensphase eine große Unterstützung bei der Aufklärung und Informationsbeschaffung darstellen. Informationsmaterialien wie Broschüren oder Filme bietet zum Beispiel der Verband „pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und

Sexualberatung“ oder die Gesellschaft „alphanova“ als Download auf der eigenen Homepage bzw. zum Bestellen an (profamilia, 2012; alphanova, 2012). Hier findet man sowohl allgemein gehaltene Informationen als auch speziell für Menschen mit geistiger Behinderung aufbereitete Unterlagen.

4.3.3.2 Sexualassistentz

Bei einer Sexualassistentz kann man allgemein zwischen aktiver und passiver Sexualassistentz unterscheiden. Passive Sexualassistentz umfasst alle Handlungen, die die Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Sexualität schaffen. Das kann Aufklärung und Informationsvermittlung bedeuten oder die Beschaffung von Videos sowie anderer Materialien aber ebenso die Terminvereinbarung mit einer Prostituierten. Aktive Sexualassistentz ist hingegen die konkrete Durchführung sexueller Handlungen am bzw. mit dem behinderten Menschen. Diese Form der Assistentz kann von erotischen Massagen über Hilfestellung bei der Masturbation bis hin zum Geschlechtsverkehr alles umfassen. (Vgl. Walter, 2008a, S 12) Walter (ebd.) grenzt hiervon wiederum die Sexualbegleitung ab, bei der die Kenntnis pädagogischer und pflegerischer Kompetenzen gegeben sein muss. Diese Kompetenzen sollen gewährleisten, dass die Sexualbegleiterin oder der Sexualbegleiter sowohl mit körperlichen Behinderungen wie Lähmungen oder Inkontinenz umzugehen wissen als auch mit spezifischen Formen der geistigen Behinderung und deren Besonderheiten (ebd., S 12f). Sexualassistentz darf nicht als Ersatz für eine Partnerschaft gesehen werden, vielmehr sollen so erotische und befriedigende Körpererfahrungen ermöglicht werden. Die Vermittlung der Tatsache, dass sich diese Erlebnisse vorwiegend auf die körperliche Ebene beschränken, hat eine hohe Priorität. Es ist die Inanspruchnahme einer Dienstleistung gegen Geld – eine Option, die auch für jede Person ohne Behinderung zur Verfügung steht. Sexualbegleitung hat gegenüber der herkömmlichen Prostitution den Vorteil, dass die ausführenden Personen besonders auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung eingehen können. Wichtig ist jedoch, dass sexuelle Handlungen nur auf Wunsch des behinderten Menschen und nicht durch „Zwangsbeglückung“ erfolgen dürfen. Dies ist auch aus rechtlicher Sicht unumgänglich, da ansonsten der Tatbestand des sexuellen Missbrauchs unterstellt werden kann. (Vgl. Walter, 2008b, S 26ff; Kestel, 2008, S 201ff; pro familia, 2005, S 13f)

Verschiedene Organisationen bieten bereits die Vermittlung von Sexualbegleiterinnen und Begleitern an. Menschen mit Behinderung, deren Angehörige oder betreuende Personen können sich an diese Organisationen wenden, sich informieren und einen Termin vereinbaren. In Österreich gibt es z.B. das Angebot „Libida-Sexualbegleitung“, das einerseits selbstständig arbeitende Sexualbegleiterinnen und –begleiter an Menschen mit Behinderung vermittelt und andererseits Weiterbildungsmöglichkeiten und Schulungen in diesem Bereich anbietet. Bei diesem Programm der „alphanova“, einer Gesellschaft in der Steiermark, wird gewährleistet, dass nur speziell ausgebildete Begleiterinnen und Begleiter vermittelt werden, die konkrete Kompetenzen im Umgang mit Menschen mit Behinderungen vorweisen können. Grundsätzlich nicht angeboten werden laut Website jedoch Geschlechtsverkehr und Zungenküsse. (Vgl. Libida-Sexualbegleitung, 2012)

Nina de Vries (2005, S 105ff) setzt sich sehr für die Anerkennung der Sexualbegleitung ein. Sie arbeitet selbst als Sexualbegleiterin und bietet auch Schulungen in diesem Bereich an. Für sie ist Sexualität „*die normalste Sache der Welt*“ (ebd. S 107), ein Bedürfnis das sowohl auf geistiger als auch auf körperlicher Ebene besteht. Das Zusammensein mit einer anderen Person, die Erregung und die Befriedigung – Erfahrungen, die ein behinderter Mensch vielleicht nie machen würde – möchte sie durch ihre Arbeit ermöglichen. (Vgl. de Vries, 2005, S 105ff)

5 Beziehung und Ehe

Im folgenden Kapitel wird das Themengebiet Partnerschaft und Ehe von Menschen mit geistiger Behinderung näher erläutert. Die Möglichkeit einer Eheschließung wird betrachtet und auch der Bereich Homosexualität findet Erwähnung.

5.1 Verschiedene Zugänge zu Paarbeziehung und Ehe

Die Paarbeziehung mit einer anderen Person hat für Menschen mit geistiger Behinderung vielleicht eine noch größere Bedeutung als für Menschen ohne Behinderung. Die Zuwendung und die Unterstützung, die sie in einer solchen Beziehung erfahren, beruht in erster Linie auf Zuneigung und Interesse an der eigenen Person und nicht aus professionellen Gründen oder elterlicher Sorge. Sie kann als Schritt zu einer „normalen“ Lebensweise betrachtet werden und unterstützt den Wunsch als „normaler“ Mensch angesehen zu werden. Eine partnerschaftliche Beziehung kann auch helfen, Schwächen und Hindernisse gemeinsam zu bewältigen und so die Selbstständigkeit zu fördern. (Vgl. Walter, 2005d, S 295)

Auch Sporcken (1980, S 38ff), der sich sehr kritisch bzgl. Nachkommenschaft von Menschen mit geistiger Behinderung ausspricht, betont, dass man ihnen das Recht auf Eheschließung nicht von vornherein absprechen solle. Er betrachtet die Ehe als ein Grundrecht des Menschen, das man jemandem nur vorenthalten dürfe, wenn es dafür schwerwiegende Gründe gibt. Wenn eine vernünftige, willentliche Entscheidung vorliegt und der Aufbau einer Beziehung erwartet werden kann, wäre auch nichts gegen eine Ehe einzuwenden. Er spricht sich aber relativ klar gegen eine Form der beschützten Ehe aus, für Menschen, die nur unter ständiger Begleitung leben können. (Ebd.) Bach (1981, S 46ff) sieht im Wunsch nach Ehe zuerst nichts weiter als den „sozialen Impuls“ (ebd., S 47) jemand anderem nahe zu sein. Handle es sich aber um einen ernst zu nehmenden Wunsch nach Partnerschaft, würde er eine Eheschließung nur dann in Erwägung ziehen, wenn eine Reihe von Kriterien erfüllt sind (ebd., S 49f). Er zweifelt aber selbst daran, dass ein Mensch mit geistiger Behinderung diese je erfüllen kann (ebd.).

Aus heutiger Sicht hat man in der Regel bereits vor einer Eheschließung die Möglichkeit abzuschätzen, ob der Aufbau einer Beziehung funktioniert, da die Ehe meist nicht mehr als Voraussetzung für Partnerschaft, Zusammenleben und

Sexualität betrachtet wird. Problematisch kann es jedoch sein, wenn eine Person von einer religiös orientierten Organisation betreut wird oder die Familie großen Wert auf kirchlich-moralische Werte legt, da es für diese schwierig sein kann, eine (sexuelle) Beziehung ohne Ehe zu akzeptieren (vgl. Walter, 2005d, S 292f).

Bosch (2004, S 129ff) sieht beim Aufbau einer Beziehung auch in der Betreuung und Unterstützung eine wichtige Funktion. Menschen mit geistiger Behinderung werde häufig vorgeworfen, dass sie nicht fähig wären, die Bedürfnisse eines anderen Menschen zu achten und mit Konflikten umzugehen (ebd., S 129), aber hier betrachtet er es als die Verpflichtung der Betreuungspersonen entsprechende Maßnahmen zu setzen. Erkennen diese, dass sich zwei Menschen zwar gegenseitig anziehen, aber kein ausgewogenes Verhältnis herrscht, sei es deren Aufgabe pädagogische Schritte einzuleiten und wichtige Aspekte wie Verständnis, Grenzsetzung oder Respekt zu vermitteln (ebd., S 132f).

Achilles (2010, S 84f) berichtet, dass vor allem auch die Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung einer Beziehung oft nicht positiv gegenüberstehen. Sie betont in diesem Zusammenhang, es sei nicht die Aufgabe der Eltern, ihre Kinder mit geistiger Behinderung vor allen möglichen Dingen – wie z.B. Liebeskummer – zu beschützen, sondern sie auf ihrem eigenen Weg zu begleiten. Üblicherweise wünschten sich Eltern für ihre Kinder ja möglichst viel Normalität und dazu gehörten neben Sexualität und Partnerschaft auch das Risiko einer Trennung, Frust und Kummer. (Ebd.)

Um Menschen mit verschiedensten Behinderungen dabei zu unterstützen eine Partnerin oder einen Partner zu finden, gibt es mittlerweile Projekte wie die „Schatzkiste“ in Deutschland (Die Schatzkiste e.V., 2012). Es handelt sich dabei um eine kostenlose Partnervermittlung, in deren Datenbank ausschließlich Menschen mit Behinderung(en) aufgenommen werden (ebd.).

5.2 Homosexualität

Homosexualität gilt vielfach immer noch als unnatürlich und homosexuelle Menschen sehen sich oft mit Ausgrenzung, Abwertung und auch Verfolgung konfrontiert. In manchen Ländern und Kulturkreisen gelten gleichgeschlechtliche Beziehungen selbst aus rechtlicher Sicht verboten und werde teilweise hart bestraft.

In einigen Ländern Afrikas und Asiens wird Homosexualität sogar mit der Todesstrafe geahndet (vgl. Itaborahy, 2012, S 13). Bei homosexuellen Menschen mit geistiger Behinderung steigen die Diskriminierungserfahrungen noch um ein Vielfaches. Dieses Thema findet jedoch selten Beachtung, wird doch die Sexualität selbst von Menschen mit geistiger Behinderung schon stark tabuisiert. Auch eine Literaturanalyse von Jeschke und Lehmkuhl (2006, S 295ff) ergab, dass es sich hier um ein stark vernachlässigtes Themengebiet handelt und aus wissenschaftlicher Sicht kaum behandelt wird. Selbst in Walters Standardwerk (vgl. Walter, 2005) wird der Themenbereich Homosexualität ausgeschlossen und findet, obgleich der sonst eher liberalen und offenen Einstellung zur Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung, keine Erwähnung. Jeschke und Lehmkuhl sprechen sogar von einer abwertenden Haltung Walters gegenüber Homosexualität (2006, S 297). Im Zuge von Interviews mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verschiedener Einrichtungen, die mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten oder diese betreuen, fanden sie heraus, dass auch hier Homosexualität vielfach als unnormal gesehen wird (ebd., S 300ff). Hinweise auf gleichgeschlechtliche Neigungen werden abwertend beurteilt (ebd., S 302f) oder als Phase abgetan (ebd., S 303f), die vielleicht nur darauf zurückgeht, dass kein Sexualobjekt des anderen Geschlechts zur Verfügung steht (ebd., S 305). Auch Bosch und Suykerbuyk (2007, S 175) erwägen dies als Grund für Homosexualität. Angesichts der Tatsache, wonach eine getrenntgeschlechtliche Unterbringung heute eigentlich nicht mehr üblich ist, scheint diese Theorie aber mittlerweile etwas weit hergeholt (vgl. Jeschke und Lehmkuhl, 2006, S 305). Obwohl die problematische Situation einer homosexuellen Person mit geistiger Behinderung häufig erkannt wird, auch was die Akzeptanz in der Herkunftsfamilie betrifft, werden nicht unbedingt Schritte gesetzt, die diese Situation erleichtern könnte (ebd., S 306ff)

Angesichts der Tatsache, dass ein Mensch ebenso wenig wegen seiner sexuellen Ausrichtung diskriminiert werden sollte wie wegen einer geistigen Behinderung, scheint auf diesem Gebiet sowohl in der Praxis als auch in der Wissenschaft noch sehr viel Aufholbedarf zu herrschen. An dieser Stelle anzumerken ist, dass auch aus rechtlicher Sicht noch nicht alle nötigen Schritte zur absoluten Gleichstellung von homosexuellen Menschen getan sind, da das österreichische Gleichbehandlungsgesetz nur die Gleichstellung von homosexuellen Menschen in

der Arbeitswelt regelt nicht aber in sonstigen Bereichen (vgl. Rechtsinformationssystem, 2012d).

5.3 Eheschließung aus rechtlicher Sicht

Das Recht auf Eheschließung ist im österreichischen Ehegesetz definiert (Rechtsinformationssystem, 2012b). Voraussetzung für eine Eheschließung ist die Ehefähigkeit durch Erlangung der Volljährigkeit und die vorhandene Geschäftsfähigkeit (ebd., § 1 und § 2). Vor dem Schließen einer Ehe müssen außerdem auch ein Verwandtschaftsverhältnis oder eine Doppelehe ausgeschlossen werden (ebd., § 6 und § 8). Bei einer Ehe an der zumindest eine Person mit geistiger Behinderung beteiligt ist, spielt jedoch in erster Linie der Faktor der Geschäftsfähigkeit eine Rolle. Liegt eine beschränkte Geschäftsfähigkeit vor, muss der gesetzliche Vertreter oder die gesetzliche Vertreterin sowie die Person, die für die Betreuung zuständig ist, die Einwilligung für die Eheschließung erteilen. Erfolgt diese Einwilligung ohne gerechtfertigte Gründe nicht, kann ein Gericht diese Entscheidung übernehmen. (Ebd., § 3) Sollte ein Standesbeamter oder eine Standesbeamtin die Eheschließung eines Paares vornehmen, obwohl zumindest eine Person nicht geschäftsunfähig ist, gilt die Ehe automatisch als nichtig (ebd., § 22). Für eingetragene Partnerschaften von gleichgeschlechtlichen Paaren herrscht diesbezüglich die gleiche Gesetzgebung (Rechtsinformationssystem, 2009).

Es liegen keine Daten vor, wie häufig Eheschließungen oder eingetragene Partnerschaften von Menschen mit geistiger Behinderung in Österreich vorkommen.

5.4 Kirchliche Ehe

Für die Tatsache, dass es bisher kaum Eheschließungen von Paaren mit geistiger Behinderung durch die katholische Kirche gab, lassen sich verschiedene Gründe im kirchlichen Eherecht finden. Hier wird neben dem „Wohl der Ehegatten“ (Codex Iuris Canonici, 2012, Can. 1055 - § 1) ausdrücklich „die Zeugung und Erziehung von Nachkommenschaft“ (ebd.) als Ziel der Ehe betont. Im Kapitel IV des kirchlichen Eherechts werden betreffend des Ehekonsens zudem folgende Umstände definiert, aufgrund derer ein Paar „unfähig“ ist eine kirchliche Ehe zu schließen (ebd., Can. 1095):

„Can. 1095 — Unfähig, eine Ehe zu schließen, sind jene:

1° die keinen hinreichenden Vernunftgebrauch haben;

2° die an einem schweren Mangel des Urteilsvermögens leiden hinsichtlich der wesentlichen ehelichen Rechte und Pflichten, die gegenseitig zu übertragen und zu übernehmen sind;

3° die aus Gründen der psychischen Beschaffenheit wesentliche Verpflichtungen der Ehe zu übernehmen nicht imstande sind.“

Es ist anzunehmen, dass solche Gesetze kirchliche Eheschließungen – und zwar nicht nur in der katholischen Kirche – von Menschen mit geistiger Behinderung meist verhindern, konkrete Fakten hierzu findet man aber kaum. In der gängigen Literatur wird dieses Thema im Grunde nicht angesprochen, nur Walter (2005, S 292 u. 297f) erwähnt den Versuch der „Evangelischen Stiftung Alsterdorf“ durch ein „Treuegelöbnis“ ein eheähnliches Verhältnis zwischen einem Paar herzustellen. Im Jahr 2007 heiratete in Österreich das erste Paar mit Down-Syndrom. Es handelte sich um eine recht medienwirksame, (ausschließlich) kirchliche Trauung im Wiener Stephansdom. (Vgl. Hager, 2007) Es bleibt offen, ob dieser Fall den Weg für die kirchliche Eheschließung von Menschen mit geistiger Behinderung geebnet hat.

6 Schwangerschaft und Kinderwunsch

Wenn man Menschen mit geistiger Behinderung ein Recht auf Sexualität zuspricht, muss man auch das Auftreten einer möglichen Schwangerschaft in Betracht ziehen. Hier enden häufig das Mitgefühl und der Zuspruch der gleichen Rechte. Bei der Recherche der Literatur und dem Verfolgen aktueller Diskussionen vertiefte sich der Eindruck, dass sich der Schwerpunkt der gravierendsten Kontroversen verlagert hat und zwar vom allgemeinen Recht auf sexuelle Erfahrungen und Partnerschaft zum Recht auf Kinder und Elternschaft.

6.1 Schwangerschaft als Risiko sexueller Partnerschaften

Auch wenn es keine konkreten Angaben darüber gibt, wie viele Menschen mit geistiger Behinderung wirklich Sexualität erleben und wie viele davon überhaupt den Genitalbereich miteinbeziehen, besteht auf Seiten der betreuenden Personen und der Eltern meist die Angst, dass es früher oder später zu einer Schwangerschaft kommen könnte. In diesem Zusammenhang ist die Sterilisation ein wichtiges Thema, auf das später noch näher eingegangen wird. Heute hat Sterilisation jedenfalls als „Verhütungsmittel“ deutlich an Bedeutung verloren und spielt nur mehr eine untergeordnete Rolle in der aktuellen Debatte.

Nur bei einem Bruchteil der Menschen mit geistiger Behinderung, die die Möglichkeit haben, ihre Sexualität auszuleben, scheint es wirklich zur Penetration zu kommen (vgl. Walter, 2005, S 290f). Meist haben die Überlegungen und Befürchtungen von Eltern zur Sexualität ihrer Kinder mit Behinderung wenig mit der Realität zu tun und übertreffen deren Phantasie bei weitem (Lempp, 2005, S 185). Spielt Genitalsexualität für eine Person mit geistiger Behinderung nur eine untergeordnete oder keine Rolle, ist das Risiko einer Schwangerschaft naturgemäß auch minimiert. Im Idealfall kann man sich diesem Thema im Laufe der Zeit Schritt für Schritt annähern. Der Wunsch nach körperlichen Nähe kommt in der Regel nicht von heute auf morgen, sondern bahnt sich an über Kennenlernen, Ausgehen, „Zusammen-sein“ usw. Eine Vertrauensperson sollte hier zur Verfügung stehen, um bei der Entwicklung einer solchen Beziehung bzw. den individuellen Wünschen zur Seite zu stehen und gegebenenfalls den Wunsch nach Genitalsexualität zu erkennen. (Vgl. Walter, 2005, S 291) Diese Idealsituation gibt es häufig jedoch nicht, denn dazu

ist eine offene und positive Einstellung zur Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung notwendig und eine Erziehung, die von Anfang an die richtigen Impulse und eine angemessene Aufklärung bereitstellt (siehe Kapitel 4.2 und 4.3).

Es ist noch nicht lange her als die allgemeine Meinung vorherrschte, dass eine Schwangerschaft bei Frauen mit geistiger Behinderung unbedingt zu vermeiden und ggf. auch abubrechen ist. Als Gründe dafür wurden und werden auch heute noch die Gefahr eines schadhaften Erbgutes, die Lebensqualität der Kinder und die Belastung für die Eltern mit geistiger Behinderung sowie deren Eltern und Familie angeführt. (Vgl. Rett und Seidler, 1981, S 282ff) Gerade die mögliche Vererbbarkeit der Behinderung wurde früher häufig in den Vordergrund gestellt, wenn es um die Verhütung von Schwangerschaften ging. So betonte auch Sporken dass die meisten Formen der geistigen Behinderung erblich seien und die Zeugung von Nachkommenschaft somit nicht verantwortbar wäre (1980, S 42). Man sah außerdem keine Möglichkeit, die Nachkommen von den Eltern aufziehen zu lassen und damit wäre es auch im Interesse der Gesellschaft jede Schwangerschaft zu vermeiden, da diese sonst die Erziehung und Versorgung übernehmen müsste (ebd.).

Mittlerweile gibt es auch andere Zugangsweisen, möglicherweise auch deshalb, weil immer wieder die betroffenen Menschen selbst oder deren direkte Vertreter aus unterschiedlichen Organisationen zu Wort kommen. Es wird hinterfragt, was es mit dem als häufig empfundenen Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung auf sich hat und ob man von einem Recht auf eigene Kinder sprechen kann. Es gibt einige wenige Erhebungen, wie viele Kinder geboren werden, die ein oder zwei Elternteil(e) mit einer geistigen Behinderung haben und wie diese Elternschaften verlaufen. Nicht alle diese Kinder sind Wunschkinder, sondern viel häufiger das Ergebnis mangelhafter Verhütung und somit ungenügender Aufklärung. Der Fokus sollte inzwischen also auch im Bereich der Schwangerschaft und Elternschaft auf Aufklärung anstatt auf Verboten und Einschränkungen liegen. (Vgl. Specht, 2004, S 19ff)

6.2 Häufigkeit von Schwangerschaft und Elternschaft

Im Folgenden werden verschiedene Erhebungen dargestellt, die einen ungefähren Eindruck dafür vermitteln sollen, wie häufig es zu Schwangerschaften bei Menschen mit geistiger Behinderung kommt und wie die weiteren Elternschaften verlaufen.

Erhebung in einer deutschen Einrichtung

Eine Untersuchung in einer deutschen Einrichtung, die zum Untersuchungszeitpunkt rund 700 Personen mit geistiger Behinderung beschäftigte, ergab in einem Zeitraum von 12 Jahren 31 Geburten, bei denen zumindest ein Elternteil in dieser Einrichtung beschäftigt war. Die Schwangerschaften wurden überwiegend von Mitarbeitern oder Mitarbeiterinnen der Einrichtung vermutet und nicht von Angehörigen und offenbar auch nicht von den schwangeren Frauen selbst, auch wenn das nicht explizit angeführt wird (vgl. Grimm, 2005, S 301). Die Vermutungen beruhten in erster Linie auf den körperlichen Veränderungen der Frauen, folglich waren die Schwangerschaften für einen Schwangerschaftsabbruch schon zu weit fortgeschritten. Es kam fast gleich häufig vor, dass Mutter und Vater eines Kindes in dieser Einrichtung tätig waren wie nur die Mutter und der Vater nicht. Es gab jedoch nur ein Kind, dessen Vater aus der Einrichtung und die Mutter von außerhalb war. Nach Grimms (ebd.) Ansicht finden Frauen mit geistiger Behinderung leichter einen Partner außerhalb der Einrichtung, aber es könnte ebenso sein, dass eine Vaterschaft außerhalb der Einrichtung nicht zwingendermaßen bekannt wird. Sowohl Mütter als auch Väter gehörten überwiegend der Unterschicht an, was laut Grimm (ebd., S 301) nicht die Verteilung in der Einrichtung widerspiegelt. Dies läge vielmehr an der mangelhaften Sexualaufklärung und unzureichenden Unterstützung bei der Anwendung von Verhütungsmitteln (ebd.). Zwölf der Kinder lebten im Untersuchungszeitraum bei ihren Eltern bzw. Müttern, sieben mit der Mutter bei den Großeltern, drei alleine bei den Großeltern und neun waren bei Pflegefamilien, Adoptionseltern oder im Heim untergebracht. Grimm (ebd.) bezeichnet 29 der Kinder als „gesund“, zwei hätten schwere Behinderungen, wobei über die Art der Behinderungen keine näheren Angaben gemacht werden. Ob bei den Kindern geistige Behinderungen vorliegen, kann dem nicht entnommen werden. Grimm (ebd., S 304) sieht ein Problem in der falschen Einschätzung durch verschiedene Ämter, wenn Eltern mit geistiger Behinderung über gute verbale Fähigkeiten und über ein

unauffälliges Äußeres verfügen. Gerade dann gab es Probleme mit Vernachlässigung und Unterernährung, wohingegen andere Eltern ihren elterlichen Pflichten möglicherweise besser nachkommen hätten können, als ihnen zugetraut wurde. (Vgl. Grimm, 2005, S 299ff)

Erhebung in Deutschland

Pixa-Kettner, Bargfrede und Blanken (2005, S 305ff) schrieben im Zuge einer Erhebung von Daten zu Elternschaften mit geistiger Behinderung sämtliche Einrichtungen in Deutschland an. Trotz einer relativ geringen Rücklaufquote von 39% bekamen sie Daten von 969 Elternschaften mit 1366 Kindern. Ca. 25% der Kinder lebten zu diesem Zeitpunkt bei beiden Elternteilen, ca. 14% bei einem Elternteil, ca. 8% in der Herkunftsfamilie, ca. 20% wuchsen bei einer Adoptions- oder Pflegefamilie auf und ca. 9% in einem Heim (ebd., S 307). Pixa-Kettner et al. sahen zu diesem Zeitpunkt einen leichten Anstieg von Geburten bei Menschen mit geistiger Behinderung und dass mehr Kinder mit ihren Eltern aufwuchsen als früher (ebd., S 307f).

Im weiteren Verlauf wurden anhand qualitativ empirischer Methoden 30 Interviews durchgeführt: 27 mit Eltern(teilen) und drei mit erwachsenen Kindern. Die befragten Personen waren zum Zeitpunkt der Interviews zwischen 22 und 85 Jahre alt, die Kinder zwischen einigen Monaten und 50 Jahren. Im Durchschnitt waren die Eltern bei der Geburt des ersten Kindes – ähnlich wie bei der vorher beschriebenen Erhebung – rund 25 Jahre alt. Neun der befragten Eltern(teile) lebten mit ihren Kindern ohne Betreuung, die anderen lebten entweder bei der Herkunftsfamilie, betreut durch ein Heim, eine Wohngruppe oder durch eine ambulante Einrichtung. Beim Grad der geistigen Behinderung wiesen die meisten eine leichte Ausprägung auf, teilweise an der Grenze zur Lernbehinderung. (Ebd., S 308f)

Das Ergebnis der Befragungen war unter anderem, dass nur wenige Eltern(teile) ihre eigene Kindheit positiv erlebt haben, es gab auch Erfahrungen mit Missbrauch und Gewalt. Auch auf die Schwangerschaften reagierte das Umfeld – sowohl die eigenen Eltern als auch das Fachpersonal – selten positiv, viele wurden zu einer Abtreibung gedrängt, wobei die Schwangerschaft hierfür entweder schon zu weit fortgeschritten war oder die Eltern sich erfolgreich dagegen gewehrt hatten. Dies taten sie, obwohl

ein Großteil der Schwangerschaften nicht geplant war, sondern „passiert“ ist. Die Personen, die ihre Schwangerschaft geplant hatten, lebten alle in einer Partnerschaft und waren häufig auch verheiratet. Diese Paare hatten in der Regel auch günstigere Aussichten für die bevorstehende Elternschaft. Wurde das Kind im weiteren Verlauf dennoch anders untergebracht, fand dies immer im Zusammenhang mit einer Trennung der Eltern statt. Die meisten Eltern konnten zumindest eine Zeitlang mit ihren Kindern zusammenleben, in zwölf Fällen lebten sie auch zum Untersuchungszeitraum noch zusammen. Die Intensität der Betreuung von außen variierte sehr stark, ebenso wie die Zufriedenheit mit der Betreuung. Manchen war sie zu wenig und andere hatten Angst, dass sich das Kind zu sehr auf eine andere Person fixieren könnte. Nur eine der Mütter bekam während der Schwangerschaft eine speziell auf ihre Bedürfnisse angepasste Vorbereitung auf die Geburt und die Elternschaft. Für die anderen gab auch kaum Kontakt zu anderen (werdenden) Eltern, die als Vorbild oder Austauschmöglichkeit fungieren hätten können. Die meisten fühlten nach eigener Aussage eine sehr intensive Eltern-Kind-Beziehung, vor allem wenn sie – wie es überwiegend der Fall gewesen sein dürfte – ein Kind ohne geistige Behinderung geboren hatten. Eine spätere Trennung vom Kind konnte jedenfalls besser akzeptiert werden, wenn zuvor Erfahrungen in der Elternschaft gesammelt werden konnten. Es fand jedoch keine Begleitung oder spezielle Betreuung nach der Trennung von ihren Kindern statt. Dem Wohnen in einer eigenen Wohnung wurde von vielen Eltern eine große Bedeutung beigemessen und die eigene Wohnung korrelierte auch mit einer erfolgreichen Eltern-Kind-Beziehung. Von großen Problemen bei der Erziehung der Kinder wurde in dieser Untersuchung kaum berichtet, was aber auch an der Angst liegen könnte, dass den Betroffenen die Kinder weggenommen werden könnten. Manche warteten auch extra so lange darauf sich mit ihrer Schwangerschaft an jemanden zu wenden, bis keine Abtreibung mehr möglich war oder sogar bis zur Geburt, weil sie Angst vor den Reaktionen im Umfeld hatten. (Vgl. Pixa-Kettner et al., 1996, S 54f und 68ff)

Da mit nur drei erwachsenen Personen, deren Eltern eine geistige Behinderung haben, Interviews durchgeführt wurden, können hier kaum verallgemeinernde Aussagen gemacht werden. Zwei Männer berichteten von einer positiven Beziehung zu ihrer Mutter, die dritte Person, eine Frau, erzählte von einer negativen Beziehung bzw. Beziehungslosigkeit zu ihrer Mutter. Sie war von diesem Verhältnis sehr

geprägt und konnte auch zu ihrer Großmutter, bei der sie den Großteil ihrer Kindheit verbrachte, keine für sie zufriedenstellende Mutter-Kind-Beziehung aufbauen. Ihren Vater hatte sie nie kennengelernt – im Gegensatz zu den beiden Männern, die ihre Väter kannten und auch eine Zeitlang mit ihnen zusammengelebt hatten. Aufgrund der unterschiedlichen Lebensumstände lassen sich sehr schwer Schlüsse ziehen, aber es scheint offensichtlich, dass sowohl eine positive als auch eine negative Kindheit erlebt werden kann, wenn man von Eltern mit geistiger Behinderung großgezogen wird – ebenso wie bei Eltern ohne Behinderung. Eine Erhebung mit einer größeren Anzahl an Kindern wäre jedenfalls notwendig. (Vgl. Pixa-Kettner et al., 1996, S 78ff)

Erhebung in Nordirland

Die folgenden Daten sind zwar aus dem Jahr 1975, helfen jedoch auch ein umfassendes Bild der Situation zu erhalten. Zum Zeitpunkt der Erhebung waren in Nordirland 4.631 Personen mit geistiger Behinderung behördlich erfasst (3,2 von 1.000 Einwohnern). 342 Personen davon wurden für weitere Untersuchungen herangezogen, da sie entweder verheiratet waren oder bereits Kinder hatten. Es ist anzumerken, dass von den 342 Personen 310 weiblich und nur 32 männlich waren, laut Autor (Scally, 1975, S 121) wahrscheinlich weil weibliche Personen mit geistiger Behinderung eher behördlich erfasst wurden als männliche. Bei den 342 Personen kam es insgesamt zu 887 Schwangerschaften und hiervon 791 Geburten. Von den 720 Kindern, die zum Untersuchungszeitpunkt noch lebten, wurden 669 für die Studie herangezogen. (Ebd., S 118ff)

Die Ergebnisse der Studie werden sehr schwammig dargestellt. Offenbar waren mehr als die Hälfte der Mütter alleinstehend und zogen ohne Hilfe eines Mannes ihre Kinder auf. 30% der Kinder wurden ohne äußere Hilfe zu Hause versorgt, wobei bei 62% andere Maßnahmen getroffen wurden. Allerdings geht der Autor nicht näher darauf ein, welche Maßnahmen das waren, sondern schließt aus dieser Feststellung geradewegs auf die Unfähigkeit von Eltern mit geistiger Behinderung für ihre Kinder zu sorgen (ebd., S 123). Scally (ebd., S 118ff) widerspricht sich in seinem Beitrag immer wieder selbst und bezieht keine klare Position. So rät er von einer Eheschließung zwischen Menschen mit geistiger Behinderung generell ab und ist

andererseits überzeugt, dass eine Ehe mit Unterstützung doch von Dauer sein kann. (Scally, 1975, S 123f)

Schlussfolgerungen

Bei verschiedensten Erfassungen zur Häufigkeit von Elternschaften von Menschen mit geistiger Behinderung stellen Autoren immer wieder fest, dass sehr viel mehr Elternschaften bestehen, als vorerst angenommen wurde (vgl. Pixa-Kettner et al., 2005, S 306). Ein Großteil dieser Schwangerschaften scheint nicht auf einen Kinderwunsch zurückzugehen, sondern auf mangelnde Aufklärung und Verhütung (vgl. ebd., S 310), was sich auch im gehäuften Auftreten von Schwangerschaften bei sozial benachteiligten Personen widerspiegelt (vgl. Grimm, 2005, S 300f). Deshalb liegt der Schluss nahe, dass man die Zugangsweise zu diesem Thema ändern sollte. Es werden – und zwar häufiger als angenommen – Kinder von Menschen mit geistiger Behinderung geboren, unabhängig davon wie die Gesellschaft dazu steht. Ein Paradigmenwandel hin zu Aufklärung und Unterstützung würde wahrscheinlich einen großen Teil der Schwangerschaften verhindern. Eine intensive Aufklärung über Verhütungsmöglichkeiten könnte dementsprechend mehr bringen als Ignoranz, Abwertung oder die Grundsatzdiskussion, ob man einen Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung „erlauben“ darf. Die wenigen, die danach wirklich an ihrem Kinderwunsch festhalten, sollten alle nötigen Ressourcen zur Verfügung gestellt bekommen, um möglichst gute Bedingungen für die Elternschaft und das Kind zu gewährleisten. Generell sollte vermutlich den Unterstützungsangeboten sehr viel mehr Wert beigemessen werden. Die frühzeitige Begleitung in der Schwangerschaft sowie die weiterführenden Unterstützungsmöglichkeiten in der Erziehung der Kinder sind nicht nur für die Eltern wichtig, die oft weder in der eigenen Familie noch im Umfeld positive Vorbilder für erfolgreiche Eltern-Kind-Beziehungen haben, sondern vor allem auch für die Kinder (vgl. Pixa-Kettner et al., 1996, S 54f und 68ff). Die Tatsache, dass in der Untersuchung von Pixa-Kettner et al. (ebd.) viele Schwangerschaften erst so spät entdeckt wurden, weil die Mütter sie verheimlichten, zeugt von deren Angst und einem schlechten Vertrauensverhältnis zu den Bezugspersonen. Auch in Grimms (2005, S 301) Erhebung erfuhr das Umfeld erst sehr spät von den Schwangerschaften, denn offenbar vertrauten sich die schwangeren Frauen

niemandem an bzw. waren so schlecht aufgeklärt, dass sie die Schwangerschaft selbst nicht erkannten. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der Elternschaft kann in diesen Fällen nicht erfolgen und fehlende gynäkologische Untersuchungen stellen ein Risiko für die Gesundheit der Mutter und des Kindes dar.

6.3 Der Wunsch nach Elternschaft

Wir bereits unter Punkt 6.2 beschrieben, gibt es einerseits Menschen, die ungewollt oder „versehentlich“ ein Kind zeugen und andererseits die, die sich ein Kind wünschen und dieses bewusst zeugen. Dies trifft sowohl auf Menschen ohne wie auf Menschen mit Behinderung zu.

Walter (2005, S 294f) sieht folgende Faktoren, die sich nachhaltig auf den Kinderwunsch vieler Frauen mit geistiger Behinderung auswirken und diesen verstärken können:

- fehlender Umgang mit Gleichaltrigen („Peergroups“)
- kaum Akzeptanz der Behinderung
- Verhinderung des Erwachsenwerdens
- mangelnde Ablösung vom Elternhaus

Das Ergebnis nennt Walter (ebd., S 294) *„infantile geistige Behinderte in einer infantilisierenden Umgebung“*. Durch ein Kind erhoffen sich viele Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung endlich als „normal“ und erwachsen angesehen zu werden. Die Behinderung würde so in den Hintergrund rücken und die Ablösung vom Elternhaus wäre unvermeidlich. (Ebd.)

Einem besonders intensiven Kinderwunsch sollte demnach mit Verständnis begegnet werden, obgleich nicht unerwähnt bleiben sollte, dass Pixa-Kettner et al. (1996, S 68f) in ihrer Studie keine einzige Frau mit geistiger Behinderung interviewt haben, die außerhalb einer Partnerschaft und ohne Einbeziehung ihres Partners eine Schwangerschaft erwirkt hätte.

Man darf bei alledem nicht vergessen, dass der Wunsch nach Elternschaft bzw. nach der Zeugung von Nachkommen grundsätzlich völlig natürlich ist. Einer gesunden Frau ohne körperliche oder geistige Behinderungen würde man ihren Kinderwunsch

in der Regel nicht absprechen. An sich besteht das „Phänomen Kinderwunsch“ jedoch noch nicht sehr lange, da es erst durch verlässliche Verhütungsmittel möglich geworden ist, die Nachkommenschaft wirklich zu planen. Verschiedenste bewusste und unbewusste, persönliche und gesellschaftliche Faktoren beeinflussen den Wunsch nach eigenen Kindern. Diese dürften bei Frauen mit geistiger Behinderung ebenso zutreffen wie bei Frauen ohne Behinderung. Man darf auch nicht übersehen, dass es die Funktionalisierung des Kindes für die eigenen Wünsche, die Frauen mit Behinderung häufig vorgeworfen wird, ebenso bei Frauen ohne Behinderung gibt. Frauen mit Behinderung werden dafür aber meistens mehr angeprangert und müssen sich dafür mehr rechtfertigen, Frauen ohne Behinderung hingegen oft, wenn sie keinen Kinderwunsch hegen. (Vgl. Pixa-Kettner, Bargfrede; 2006, S 73ff)

Man findet in der Pädagogik und im wissenschaftlichen Diskurs auch Personen, die einem Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung sehr offen gegenüberstehen und diesen auch verteidigen. Sie legen den Fokus auf die Unterstützung in der Zeit der Schwangerschaft und bei der Erziehung des Kindes. Die Anzweiflung der elterlichen Fähigkeiten nur aufgrund einer Behinderung und der ständige Fokus auf die Behinderung, wenn es zu Problemen in der Erziehung kommt, seien demnach nicht zielführend. (Vgl. Praszler, 2003, S 11f)

Fakt ist, dass der Wunsch nach einem eigenen Kind nicht einfach verschwindet, wenn man diesen ignoriert. Auch rein rationale Gründe lassen diesen Wunsch nicht einfach vergessen. Viel wichtiger ist es, dass Menschen mit geistiger Behinderung mit diesem Wunsch ernst genommen werden und die Möglichkeit haben, sich ernsthaft mit diesem Traum auseinanderzusetzen. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, Menschen mit geistiger Behinderung die wahre Bedeutung und den Aufwand einer Elternschaft näherzubringen. Nicht nur in Form von Gesprächen lässt sich dies erreichen, sondern auch durch die probeweise Versorgung einer Puppe bzw. eines Babysimulators, der verschiedene Bedürfnisse eines echten Babys nachstellt. So kann in der Praxis und ohne Schaden anzurichten erfahren werden, was es bedeutet, sich rund um die Uhr um das Neugeborene kümmern zu müssen, wie viel Aufmerksamkeit nötig ist, selbst wenn man keine Lust hat und dass ein Kind das gesamte Leben verändert. Die Versorgung eines Babysimulators beschränkt sich folglich in erster Linie auf die Vermittlung der Belastung eines eigenen Kindes und

kann nicht die positiven emotionalen Aspekte des Heranwachsens eines menschlichen Wesens vermitteln. Optional könnte auch in Erwägung gezogen werden, ob es für die Person oder das Paar, das einen Kinderwunsch äußert, auch befriedigend oder lehrreich sein könnte, sich – zumindest vorerst – um ein Haustier zu kümmern. Vielleicht lässt sich auch Kontakt zu einem Kind, zu Kindern oder einer Familie herstellen, wo sie etwas über den Umgang und den Alltag mit Kindern lernen können. (Vgl. Pixa-Kettner und Bargfrede, 2006, S 73ff; Bosch und Suykerbuyk, 2007, S 180f)

6.4 Die Begleitung der Eltern

Bei der Unterstützung von (werdenden) Eltern mit geistiger Behinderung gibt es unterschiedliche Aspekte, die beachtet werden müssen. Die Betreuung sollte bereits während der Schwangerschaft beginnen, um die optimale medizinische Versorgung von Mutter und Kind sicherzustellen und grundlegende Fragen nach der Versorgung abzuklären. Entscheidet sich das Paar oder ein Elternteil für die selbstständige Versorgung des Kindes, ist neben der Vermittlung von Fähigkeiten zur Pflege und Erziehung des Kindes auch die Schaffung eines angemessenen Wohnraumes ein wichtiger Punkt. (Vgl. Wohngruppenverbund der Gustav Werner Stiftung Reutlingen, 2005, S 344)

Unterschiedliche Programme zur Förderung von Eltern mit geistiger Behinderung setzen auch unterschiedliche Schwerpunkte. Der Fokus kann darauf liegen, Eltern, die mit ihrem Kind selbstständig in einer eigenen Wohnung leben möchten und grundsätzlich über die nötigen Voraussetzungen verfügen, eine Zeitlang besonders intensive Unterstützung anzubieten mit dem Ziel, dass die Unterstützungsleistungen enden, sobald ein völlig selbstständiges Leben möglich ist (ebd., S 343ff). Andere Programme oder Organisationen legen ihren Fokus auf die mobile Betreuung von Familien, bei der auf verschiedenste familiäre Probleme eingegangen wird und das Wohl der Eltern und der Kinder auf Dauer im Mittelpunkt steht (vgl. Bergmann, 2005, S 350). Aber nicht nur die Begleitung bei der Schwangerschaft und der Erziehung spielt eine Rolle im Zuge einer professionellen Unterstützung sondern auch der Beistand bei einer Trennung vom Kind, wenn dieses fremduntergebracht wird (vgl. Lenz, Riesberg, Rothenberg, Sprung, 2010, S 95).

Die optimale Unterstützung kann nur erfolgen, wenn sämtliche Ebenen des Bedarfs erfasst werden. Zu den Erziehungskompetenzen zählen nicht nur die Versorgung eines Kindes und die Organisation des Haushalts, sie beinhalten auch die Fähigkeit eine Beziehung aufzubauen, zu kommunizieren und sowohl zu fördern als auch Grenzen zu setzen. (vgl. Lenz, Riesberg, Rothenberg, Sprung, 2010, S 98ff) Sehr hilfreich kann in diesem Zusammenhang auch der Austausch mit anderen Eltern sein. Der Kontakt zu Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation stärkt im günstigsten Fall das Selbstbewusstsein und gibt die Möglichkeit zu vergleichen und Erfahrungen auszutauschen. Ein solches Zusammentreffen kann z.B. als regelmäßiges Elternfrühstück organisiert werden. (Ebd., S 133f) In einer solchen Lebenssituation begleitend zu Seite zu stehen erfordert von den Fachkräften nicht nur umfassendes Wissen hinsichtlich sämtlicher Bereiche der kindlichen Entwicklung sondern auch in den Bereichen (geistige) Behinderung, rechtliche Rahmenbedingungen, Unterstützungsmöglichkeiten vor Ort, Case Management usw. (Ebd., S 209ff)

6.5 Rechtliche Situation

Wenn jedoch das Wohl des Kindes ernsthaft gefährdet ist und die angebotenen Unterstützungsmöglichkeiten keine Wirkung zeigen kann es dazu kommen, dass ein Kind aus der Familie genommen und fremduntergebracht wird. In der Regel müssen dazu sehr gravierende Fehler in der Erziehung passieren und die Fremdunterbringung sollte auch den letzten Ausweg darstellen, aber bei Eltern mit geistiger Behinderung scheint es häufig schon recht früh dazu zu kommen, dass ihnen „Kindeswohlgefährdung“ unterstellt und die Erziehung des Kindes „abgenommen“ wird. (Ebd., S 82ff) In Österreich wird die Obsorgeentziehung eines Kindes im Kindschaftsrecht des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) geregelt. Die Änderung der Obsorgeverhältnisse darf laut Gesetz nur im äußersten Notfall angeordnet werden und zwar dann, wenn das Kindeswohl durch Vernachlässigung der elterlichen Pflichten ernsthaft gefährdet ist. Auch die wiederholte Anwendung gewaltsamer „Erziehungsmethoden“ stellt einen Grund für einen Obsorgeentzug dar. Beschränkt sich die Gefährdung des Kindeswohls nur auf einen speziellen Teilbereich, kann auch eine Obsorgeeinschränkung erfolgen, bei der jemand anderer für diesen Teilbereich die Verantwortung übernimmt. Ein Beispiel dafür wäre die Behinderung oder Krankheit eines Kindes, um die sich die Eltern nicht ausreichend

kümmern. Diese Teilübertragung eines Verantwortungsbereichs funktioniert in der Regel aber nur, wenn die Eltern diese akzeptieren und mit der verantwortlichen Person kooperieren. (Vgl. Beck, 2009, S 209ff)

6.6 Schwangerschaftsverhütung

Bei der Schwangerschaftsverhütung setzt sich fort, was im Bereich der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung generell der Schlüssel zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität und Beziehung ist – nämlich Aufklärung. Diese Aufklärung setzt eine vertrauensvolle Beziehung voraus, damit z.B. erkannt wird, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist sich aktiv dem Thema Verhütung zu widmen. Besteht das Risiko einer Schwangerschaft aufgrund einer (genital-) sexueller Beziehung(en), muss man – neben der Aufklärung über die Möglichkeit einer Schwangerschaft – auch die verschiedenen Optionen der Verhütung abklären. Diese Abklärung erfolgt – ebenso wie bei Frauen ohne geistige Behinderung – in Absprache mit einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen. Bei der Wahl der am besten geeigneten Verhütungsmethode muss auch eine laufende Medikation berücksichtigt werden, um mögliche Wechselwirkungen auszuschließen. Der männliche Part der Verhütung liegt nach wie vor in erster Linie bei der Verwendung von Kondomen, deren Handhabung auch im Sinne der Vermeidung von Geschlechtskrankheiten regelmäßig geübt werden sollte. Bei der Wahl einer Verhütungsmethode müssen die Fähigkeiten der jeweiligen Person miteinbezogen werden. So kann die tägliche Einnahme oraler Verhütungsmittel („Pille“) zwar unter gewissen Rahmenbedingungen kontrolliert werden, aber diese ständigen Kontrollen stellen auch einen großen Eingriff in die Intimsphäre und Würde eines Menschen dar. Ist man sich also nicht sicher, ob eine tägliche Einnahme gewährleistet ist, sollte man evtl. ein anderes Verhütungsmittel in Erwägung ziehen. (Vgl. Walter, 2005e, S 366f; Meisenbacher, 2006, S 189ff)

Im Folgenden werden nun die aktuell vorhandenen Möglichkeiten zur Schwangerschaftsverhütung beschrieben.

6.6.1 Hormonelle Verhütungsmethoden

Der große Vorteil hormoneller Verhütungsmethoden ist, dass diese besonders sicher sind. Tritt eine Schwangerschaft trotz hormoneller Verhütung auf, ist dies meist auf

Einnahmefehler oder eine negative Wechselwirkung mit anderen Medikamenten zurückzuführen. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 27)

Orale Kontrazeptiva

Die als „Pille“ geläufigen oralen Kontrazeptiva sind die beliebtesten Verhütungsmittel. Die klassische Antibabypille – eine Kombination aus Östrogen und Gestagen – wirkt über drei Wege: sie unterdrückt den Eisprung, verändert den Aufbau der Gebärmutter Schleimhaut, wodurch sich ein befruchtetes Ei nicht einnisten kann und der Schleim im Gebärmutterhals wird zäher und für Spermien schwer durchdringbar. Es gibt mittlerweile eine Vielzahl unterschiedlicher Kombinationspräparate am Markt, die zwar grundsätzlich gleich wirken, aber sich unter anderem auch in den Nebenwirkungen unterscheiden, welche zum Teil auch erwünscht sind. Die Pille sorgt z.B. für einen regelmäßigen Zyklus von 28 Tagen und kann Periodenschmerzen und starke Blutungen positiv beeinflussen. Negativ ist vor allem eine Erhöhung des Risikos für venöse Thromboembolien, weshalb die Pille von Frauen mit Blutgerinnungsstörungen oder Raucherinnen über 35 Jahren nicht eingenommen werden sollte. Es gibt eine Vielzahl weiterer Nebenwirkungen, die sich von Frau zu Frau unterscheiden. So treten z.B. gehäuft Gewichtszunahmen, Übelkeit, Libidoverlust, Kopfschmerzen oder auch depressive Verstimmungen auf. Bei der sogenannten „Mikropille“, deren Hormondosierung geringer ist als bei der herkömmlichen Pille, gibt es etwas weniger Nebenwirkungen und Langzeitrisiken. Voraussetzung für die verhütende Wirkung der Pille ist die tägliche Einnahme möglichst zur selben Zeit. Nach einem Zyklus von 21-22 Tagen folgt eine sechs bis sieben-tägige Pause bzw. die Einnahme von Placebos um den Einnahmerhythmus nicht zu unterbrechen. In dieser Zeit tritt die zyklusbedingte Regelblutung auf. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 27ff; Knöpfel u. Hoffmann, 2002, S 33ff)

Der Pearl-Index, der zum besseren Vergleich von Verhütungsmethoden dient, gibt an, wie viele Schwangerschaften auftreten würden, wenn hundert Paare ein Jahr lang regelmäßig Geschlechtsverkehr haben und mit dieser Methode verhüten. Bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr liegt der Pearl-Index bei 80-90. Der Pearl-Index ist jedoch nur ein Anhaltspunkt und variiert stark je nach Erfahrung der Anwenderin. Bei der Pille liegt der Pearl-Index bei 0,2-1,4. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 24f)

Die „Minipille“ ist ein Präparat ohne Östrogene, sie wirkt nur durch das Hormon Gestagen. Die Minipille wirkt vor allem über die Verdickung des Zervikalsekrets und wird ohne die einwöchige Pause eingenommen. Sie ist sowohl für Frauen geeignet, die Östrogen nicht vertragen als auch für stillenden Frauen. Die häufigste Nebenwirkung bei der Minipille sind unregelmäßige Blutungen sowie Schmier- und Zwischenblutungen. Sie ist außerdem weniger sicher als die Kombinationspräparate, ihr Pearl-Index liegt bei 0,14-3,0. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 41f; Knöpfel u. Hoffmann, 2002, S 41f)

„Dreimonatsspritze“

Bereits seit 30 Jahren werden weltweit Depot-Hormone injiziert, die ein bis drei Monate lang eine schwangerschaftsverhütende Wirkung haben. Die zurzeit übliche Dreimonatsspritze wirkt über Gestagen und ist deshalb auch für Frauen geeignet, die das Hormon Östrogen als Verhütungsmittel nicht vertragen. Das Hormon Gestagen bewirkt einerseits eine Verdickung des Zervikalschleims, andererseits eine Hemmung der Ovulation, weshalb die Dreimonatsspritze als sehr sicher gilt. Der Pearl-Index beträgt 0,2-0,5. Der Vorteil dieser Art der Verhütung liegt vor allem an der einfachen Anwendung, bei der Fehler fast unmöglich sind. Bei Gestagen als Verhütungsmittel treten sämtliche durch Östrogen induzierte Nebenwirkungen, wie das Risiko für venöse Thromboembolien oder erhöhten Blutdruck, nicht auf. Sehr häufig kommt es jedoch zu unregelmäßigen, langen und starken Blutungen – vor allem in den ersten sechs Monaten der Anwendung. 20-50% der Anwenderinnen brechen die Therapie aus diesem Grund ab. Weitere Nebenwirkungen können sein: Gewichtszunahme, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Libidoverlust oder depressive Verstimmungen. Bei jungen Anwenderinnen kann das Risiko einer Osteoporose in höherem Alter steigen. Außerdem kann es über ein Jahr dauern, bis nach dem Absetzen der Injektionen die normale Fruchtbarkeit wieder gegeben ist. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 53f)

Hormonimplantat

Das ca. 4cm lange und 2mm dicke „Verhütungsstäbchen“ wirkt auch über das Hormon Gestagen und verbleibt ca. drei Jahre im Körper (Oberarm), wo das Hormon laufend in kleinen Dosen freigesetzt wird. Die kontrazeptive Wirkung kommt

ebenfalls über die Verdickung des Zervikalschleims und Ovulationshemmung zustande. Anwendungsfehler können ausgeschlossen werden, da das Stäbchen nur alle drei Jahre durch einen Arzt oder eine Ärztin ausgetauscht werden muss. Bei übergewichtigen Frauen kann es zu einer Reduktion des Empfängnischutzes im letzten Jahr kommen, ansonsten hat das Hormonimplantat einen Pearl-Index von 0-0,1. Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen sind auch hier – wie bei allen Methoden, die über das Hormon Gestagen wirken – Blutungsunregelmäßigkeiten. Weitere Nebenwirkungen können u.a. Kopfschmerzen, psychische Labilität, Übelkeit, Gewichtszunahme oder Akne sein. Eine Entmineralisierung der Knochen sollte beim Hormonimplantat nicht auftreten. Das Hormonimplantat zeichnet sich durch seine Sicherheit und einfache Anwendung aus, sollte jedoch nicht von Frauen angewendet werden, die unter Androgenisierungserscheinungen oder Zyklusstörungen leiden. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 54ff)

Hormonspirale

Die Hormonspirale ist ein rund 3cm langer, T-förmiger Kunststoffträger mit ca. 3cm weiten Seitenarmen. Die Hormonspirale wird in die Gebärmuttereingelegt und gibt dort über fünf Jahre in geringer Dosis ein Gestagen ab, das den Eisprung nicht unterdrückt sondern nur peripher wirkt. Die Sicherheit ist dennoch bei einem Pearl-Index von 0,1-0,2 sehr hoch. Bei 4-5% der Frauen wird die Spirale jedoch wieder ausgestoßen, was zu einer Schwangerschaft führen, kann, wenn dies nicht bemerkt wird. Der korrekte Sitz der Spirale sollte deshalb halbjährlich anhand einer Ultraschalluntersuchung und durch Ertasten des Rückholfadens nach der Monatsblutung überprüft werden. Im ersten halben Jahr nach Einsetzen der Hormonspirale kann es noch zu Schmierblutungen kommen, danach bleibt bei rund 20% der Frauen die Monatsblutung aus, bei 50-60% stellt sich eine regelmäßige, aber sehr kurze Monatsblutung ein und bei weiteren 20% bleibt sie unregelmäßig. Zu Beginn können Unterleibsschmerzen auftreten, außerdem kommt es selten u.a. zu Rücken- oder Kopfschmerzen, Akne, Stimmungsschwankungen oder Ödemen. Laut klinischen Studien soll die Hormonspirale jedoch vergleichsweise verträglich sein. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 57ff u. Knöpfel u. Hoffmann, 2002, S 68ff)

Verhütungspflaster

Das Verhütungspflaster ist ein 4,5x4,5cm großes Pflaster, das am Oberkörper (mit Ausnahme der Brüste) oder am Gesäß angeklebt wird und dort Gestagene abgibt. Die Dosis entspricht jener der Mikropille. Das Wirkstoffdepot hält eine Woche, muss also jede Woche gewechselt werden. Nach drei Wochen wird wie bei der Pille eine Woche ausgesetzt, wodurch es dann zur Monatsblutung kommt. Der Wechsel des Pflasters erfolgt mit einem Puffer von 48 Stunden; in der Zeit der Menstruationsblutung darf jedoch nicht länger als sieben Tage gewartet werden, da sonst das Risiko einer Schwangerschaft besteht. Bei etwa 17% der Anwenderinnen kommt es zu meist leichten Hautreizungen an der Aufklebestelle, ansonsten stimmen die Nebenwirkungen mit denen vergleichbarer Pillen überein. Der Pearl-Index liegt bei 0,9. Der Vorteil gegenüber oraler Kontrazeptiva besteht darin, dass nur einmal pro Woche ein Wechsel des Pflasters notwendig ist und dass sich Erbrechen oder Durchfall nicht auf die Wirksamkeit auswirken. Das Verhütungspflaster ist auch besser geeignet, wenn eine Frau an Zöliakie oder Lebererkrankungen leidet, von Frauen mit über 90kg Körpergewicht sollte es jedoch nicht angewendet werden. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 61ff)

Verhütungsring

Der Verhütungsring hat einen Durchmesser von 5,4cm und ist 4mm dick. Er wird von der Anwenderin selbst in die Scheide eingelegt, wo die abgesonderten Gestagene von der Vaginalschleimhaut absorbiert werden. Nach drei Wochen wird der Ring entfernt und nach einer einwöchigen Pause, wo die Monatsblutung einsetzt, ein neuer Ring eingeführt. Der Ring verbleibt die ganzen drei Wochen in der Scheide, eine tägliche Entfernung von maximal drei Stunden sollte die Wirkung aber nicht beeinträchtigen. Der Pearl-Index liegt bei 0,65. Der Geschlechtsverkehr wird durch den Ring nicht beeinträchtigt, aber es kann zu Nebenwirkungen wie einer Entzündung der Scheide, Kopfschmerzen oder Libidoabnahme kommen. Wie beim Verhütungspflaster verliert auch der Verhütungsring bei Erbrechen oder Durchfall nicht seine Wirkung. Bei starkem Pressen beim Stuhlgang könnte der Ring jedoch ausgestoßen werden, deshalb sollte die Anwenderin hier vorsichtig sein und die Position regelmäßig überprüfen. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 64ff)

6.6.2 Intrauterinpressare

Im Gegensatz zur bereits beschriebenen Hormonspirale wirken Kupferspiralen oder Kupferketten sowohl über die abgegebenen Kupferionen als auch über einen Fremdkörperreiz in der Gebärmutter. Die kontrazeptive Wirkung erfolgt über die veränderte Gebärmutterschleimhaut und eine spermizide Wirkung der Kupferionen. Für die Wirksamkeit sind neben dem Kupfer auch die richtige Größe der Spirale (oder der Kette) sowie der richtige Sitz wichtig. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 105ff)

Eine **Kupferspirale** kann je nach Größe drei bis fünf Jahre im Körper verbleiben. Die genaue Wirkungsweise der Kupferspirale ist nicht bekannt, aber die Kupferionen dürften sowohl auf die Gebärmutterschleimhaut als auch die Spermien Einfluss haben. Üblicherweise wird sie nur Frauen empfohlen, die bereits ein Kind geboren haben, da das Einlegen der Spirale sonst sehr schmerzhaft oder sogar unmöglich ist. Nach dem Einsetzen müssen regelmäßig Kontrolluntersuchungen erfolgen und der richtige Sitz der Spirale sollte von der Anwenderin am besten wöchentlich über den Rückholfaden ertastet werden. Bei relativ vielen Frauen (1-20%) wird die Kupferspirale im ersten Jahr wieder ausgestoßen. Die Sicherheit liegt bei einem Pearl-Index von 0,4-2,6. Ca. 15% der Frauen lassen sich die Kupferspirale aufgrund von Schmerzen und/oder Blutungen noch im ersten Jahr entfernen. Ältere Frauen mit einer abgeschlossenen Familienplanung vertragen die Kupferspirale meist besser. Obwohl bei der Kupferspirale nicht täglich an Verhütung gedacht werden muss, sollte diese doch regelmäßig kontrolliert werden und es treten – auch wenn sie den Hormonhaushalt nicht beeinflusst –relativ häufig Nebenwirkungen auf. Aus diesen Gründen ist es wahrscheinlich nicht die beste Wahl der Verhütung für junge Frauen mit oder ohne geistige Behinderung, wobei dies aber immer im Einzelfall zu bewerten wäre. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 107ff u. Knöpfel u. Hoffmann, 2002, S 62ff)

Die Wirkungsweise der **Kupferkette** gleicht die der Kupferspirale, sie wird jedoch in der Gebärmutter verhakt. Sowohl die Schmerzen beim Einsetzen als auch die Haltbarkeit der Befestigung hängen in erster Linie von der Geübtheit der Ärztin oder des Arztes ab. Da das Einführrohrchen dünner ist, ist sie auch für Frauen geeignet, die noch keine Kinder geboren haben. Auch sie kann drei bis fünf Jahre im Körper verbleiben und der Pearl-Index liegt bei 0,1-0,3. Sie wird grundsätzlich besser

vertragen, seltener ausgestoßen und nur 3-4% der Anwenderinnen lassen sich die Kupferspirale vorzeitig entfernen. Sowohl bei der Kupferkette als auch bei der Kupferspirale darf die Anwenderin nicht an einer Kupferspeicherkrankheit oder einer Kupferallergie leiden. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 116ff und 180)

6.6.3 Barrieremethoden

Barrieremethoden verhindern den Kontakt zwischen Ei- und Samenzelle und gehören zu den ältesten Verhütungsmethoden. In der Regel sind sie nicht so sicher wie die hormonellen Verhütungsmittel und häufig auch komplizierter in der Anwendung. Im Gegenzug gibt es aber selten Nebenwirkungen, am häufigsten kommt es zu einer allergischen Reaktion auf Latex, die mit der Wahl eines anderen Materials aber umgangen werden kann. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 69ff) Aufgrund der geringen Sicherheit und der verhältnismäßig komplizierten Anwendung stellen die meisten Barrieremethoden wahrscheinlich bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht die erste Wahl der Verhütung dar. Der Vollständigkeit halber werden im Folgenden dennoch alle gängigen Methoden kurz beschrieben.

Vor etwa hundert Jahren wurde das **Diaphragma** (Scheidenpessar) entwickelt. Es besteht aus einer individuell angepassten kreisrunden Spiral- oder Flachfeder, über die eine Latexmembran (alternativ auch eine Silikonmembran) gespannt ist. Das Diaphragma wird mit spermizidem Gel bestrichen und bis zu zwei Stunden vor dem Geschlechtsverkehr über den Muttermund gestülpt, wo es nach dem Geschlechtsverkehr noch mindestens acht, aber maximal 24 Stunden verbleibt. Danach wird es gesäubert und kann ca. zwei Jahre wiederverwendet werden. Die Sicherheit sollte theoretisch ähnlich hoch sein, wie beim Kondom (Pearl-Index: 3-7), hängt aber sehr stark von der richtigen Anwendung ab. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 69ff)

Die **Portiokappe** (Okklusivpessar) wird ähnlich angewandt wie das Diaphragma, saugt sich jedoch durch Unterdruck am Muttermund fest und ist so etwas sicherer. Auch hier wird zur Erhöhung der Sicherheit ein spermizides Gel aufgetragen. Es gibt eine Reihe verschiedener Ausführungen, wobei die richtige Kappe je nach Beschaffenheit des Muttermundes ausgewählt werden muss. Das „**Lea contraceptivum**“ wirkt auf ganz ähnliche Weise, kann aber bis zu 72 Stunden im

Körper verbleiben, weil über ein Ventil Menstruationsblut und Gebärmuttersekrete abfließen können. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 73ff u. 78f)

Im Unterschied zu allen bisher genannten Verhütungsmitteln ist das **Kondom** das einzige, das nicht nur vor einer unerwünschten Schwangerschaft schützen kann sondern auch das Risiko erheblich reduziert, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren. Aus diesem Grund ist das Wissen über die Verwendung des seit ungefähr hundert Jahren industriell gefertigte Kondoms trotz seiner etwas umständlichen Anwendung auch für Menschen mit geistiger Behinderung sehr wichtig. Die korrekte Anwendung muss regelmäßig geübt werden und der Zugang zu Kondomen gegeben sein, um einen möglichst sicheren Umgang damit zu gewährleisten. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 81ff) Wesentlich umständlicher in der Handhabung, aber vergleichbar, was die Sicherheit betrifft, ist das **Frauenkondom** („Femidom“). Das Frauenkondom wird nicht über den erigierten Penis gestreift, sondern vor dem Geschlechtsverkehr eingeführt, wo es dann die Scheide auskleidet. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 89ff)

6.6.4 Chemische Verhütungsmittel

Chemische Verhütungsmittel werden vor dem Geschlechtsverkehr in die Scheide eingeführt und wirken, indem sie den Muttermund mit einem Schleimpfropf abdichten, Spermien abtöten oder diese lähmen. Der Pearl-Index solcher Verhütungsmittel liegt ungefähr bei 5. Chemische Verhütungsmittel wie **spermizide Vaginalzäpfchen, -gele oder –schäume** sollte nur als Ergänzung zu den bereits genannten Barrieremethoden verwendet werden und die jeweilige Gebrauchsanweisung muss penibel beachtet werden, damit die kontrazeptive Wirkung gegeben ist. Nebenwirkungen beschränken sich meist auf lokale Hautreizungserscheinungen, Spermizide stehen aber auch im Verdacht die Scheidenflora zu schädigen und sollten von Frauen, die zu Genitalinfektionen neigen, nicht angewandt werden. Spermizide können auch in Form von **Verhütungsschwämmen** angewendet werden, die über einen Zeitraum von 24 Stunden in der Scheide verbleiben können. Ihr Pearl-Index bewegt sich aber nur in einem Bereich von 9-14. Gele, die auf organischen Säuren, wie Milch- oder Zitronensäure basieren sind wahrscheinlich besser verträglich, lähmen die Spermien aber nur und weisen einen noch geringeren Schutz auf als die spermiziden Mittel.

Scheidenspülungen (Vaginalduschen), die nach dem Geschlechtsverkehr die Spermien aus der Scheide spülen sollten, sind nicht zu empfehlen, da der Pearl-Index bei rund 30 liegt. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 93ff u. Knöpfel u. Hoffmann, 2002, S 104ff)

6.6.5 Natürliche Familienplanung

Bei der natürlichen Familienplanung geht es darum den Zeitpunkt des Eisprungs so genau wie möglich zu bestimmen. Dieses Wissen kann man entweder zur Verhütung oder zur Zeugung eines Kindes verwenden. Diese Art der Verhütung ist zwar günstig, sollte aber nicht von Paaren angewendet werden, die auf jeden Fall Nachwuchs vermeiden möchten, da die Anwendung recht aufwendig und trotzdem relativ unsicher ist. Die Frau muss ihren Körper sehr genau kennen, laufend beobachten und das Paar muss entsprechend diszipliniert in der fruchtbaren Zeit auf Geschlechtsverkehr verzichten oder anders verhüten. Grundsätzlich gibt es verschiedenste Methoden den Zyklus zu beobachten, um den Zeitpunkt des Eisprungs zu bestimmen. Sie orientieren sich z.B. an der Körpertemperatur, dem Zyklus-Kalender, dem Gebärmutter Schleim oder anderer körperlicher Veränderungen. Auch den „Coitus interruptus“, bei dem der Geschlechtsverkehr vor dem Samenerguss unterbrochen wird, zählt man hierzu. Es können auch mehrere Methoden kombiniert werden. Aufgrund der Unsicherheit und aufwendigen Anwendung sind diese Verhütungsmethoden vermutlich weniger gut für Frauen oder Paare mit geistiger Behinderung geeignet, die ein sicheres und einfaches Verhütungsmittel suchen. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 131ff)

6.6.6 Notfallverhütung

Notfallverhütung ist zwar umstritten, da sie nach einer möglichen Befruchtung der Eizelle angewendet wird, aber streng betrachtet wirkt diese ebenso wie die genannten Verhütungsmittel nur, wenn sich ein befruchtetes Ei noch nicht in der Gebärmutter eingenistet hat. Demnach gilt sie auch nicht als Abtreibung. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 193)

Sollte es aus irgendeinem Grund zu ungeschütztem Geschlechtsverkehr gekommen sein oder das angewandte Verhütungsmittel versagt haben und die betroffene Person wendet sich kurz danach an einen Arzt/eine Ärztin oder eine Apotheke, wird heute in

den meisten Fällen die „**Pille danach**“ eingesetzt. Es handelt sich hier um ein Gestagenpräparat, bei dem eine Tablette am besten noch innerhalb der ersten zwölf Stunden eingenommen wird (spätestens nach 72 Stunden) und die zweite Tablette – je nach Präparat – gleichzeitig oder weitere zwölf Stunden später. Je früher die „Pille danach“ eingenommen wird, desto sicherer kann eine Schwangerschaft verhindert werden. Nach Einnahme in den ersten 24 Stunden werden 95% der erwarteten Schwangerschaften verhindert. Insgesamt wird nur 1% der Frauen schwanger, die die Pille danach eingenommen haben. Nach der Einnahme treten relativ häufig Nebenwirkungen, wie z.B. Übelkeit, Schmerzen im Unterleib, Kopfschmerzen oder Schmierblutungen auf, diese klingen aber meist nach wenigen Tagen wieder ab. Für die laufende Verhütung ist die „Pille danach“ aufgrund der Nebenwirkungen nicht geeignet. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 194ff)

Auch das Einsetzen einer **Kupferspirale oder –kette** kann noch fünf Tage nach dem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft verhindern. Dies ist aber nur als Notfallverhütung geeignet, wenn die betroffene Frau auch die kommenden Jahre mit dieser Methode verhüten möchte. (Vgl. Meisenbacher, 2006, S 201)

6.7 Sterilisation

6.7.1 Sterilisation in der Vergangenheit

Wie bereits im Kapitel 2.1.1 beschrieben, war die Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung vor allem in der Zeit des Nationalsozialismus weit verbreitet. Detaillierte Ausführungen zu dieser „erbpflegerischen Maßnahme“ (S 236) mit dem Ziel „die Zunahme des Schwachsinn hintanzuhalten“ (S 240) findet man z.B. in Dubitschers „Der Schwachsinn“ aus dem Jahr 1937. Grundlage für diese Gedanken bestand in der Annahme, dass die meisten Formen der geistigen Behinderung an die Nachkommenschaft weitervererbt werden würden und diese dann wie schon die Eltern eine Belastung für die Gesellschaft darstellen würden (ebd., S 236ff). Aber auch nach dem 2. Weltkrieg betrachtete man Sterilisation als sicheres Verhütungsmittel. Mittels Sterilisation kann man Menschen mit geistiger Behinderung das Ausleben ihrer Sexualität ermöglichen, aber muss sich keine Sorgen um eine mögliche Schwangerschaft machen. Denn selbst wenn Eltern oder betreuende Personen bzgl. Sexualität eine liberale Einstellung haben, so endet diese

meist, wenn es um Schwangerschaft und Kinder (-wunsch) geht. Das Anliegen Menschen mit geistiger Behinderung zu sterilisieren, muss aber gar nicht auf einer liberalen Einstellung zu Sexualität beruhen, sondern kann auch nur der Angst vor sexuellen Übergriffen oder einem nicht kontrollierbarem Sexualverhalten und dem damit einhergehenden Schwangerschaftsrisiko entspringen. Häufig erfolgten die Sterilisationen bereits im Kindes- oder Jugendalter und zwar ohne das Wissen der betroffenen Person. Jahre später kann es dann, wenn die Wahrheit ans Licht kommt, zu Gefühlen der Verletzung und Scham führen oder Probleme mit dem Selbstwertgefühl treten auf, da nun eine weitere „Behinderung“ zu verarbeiten ist. (Vgl. Walter, 2005d, S 365ff)

Noch 1981 sprach sich Rett (1981, S 282ff) klar für eine Sterilisation von Frauen mit einem IQ von weniger als 75 aus, also nach der bereits beschriebenen Klassifikation (Punkt 2.1.2.3) noch im Bereich einer leichten geistigen Behinderung. Er berichtete über seine Arbeit als Neuropädiater, dass es vor allem bei Mädchen und jungen Frauen aus weniger guten familiären Verhältnissen zu Schwangerschaften kam und in weniger als 50% der Fälle bekannt war, von wem sie geschwängert wurden. Die Schwangerschaftsverhütung hielt er für ebenso wenig realisierbar wie das Austragen der Schwangerschaften, da eine psychische oder körperliche Gesundheit der Kinder seiner Ansicht nach nicht zu erwarten wäre. Notwendig für die Durchführung einer Sterilisation waren damals aus rechtlicher Sicht in erster Linie das Einverständnis des Vormundes und verschiedene ärztliche Gutachten. Die Einverständnis durch die betroffenen Mädchen und Frauen stand nicht im Vordergrund, da sie laut Rett (ebd.) die Erklärungen zum Eingriff in der Regel nicht verstanden hätten. Rett (ebd.), der zwar eugenische Hintergedanken von sich wies und sich für die Förderung der Lebensqualität von Menschen mit geistiger Behinderung aussprach, betrachtete Sexualaufklärung als überflüssig. Im Sinne einer optimalen Betreuung und angesichts der Probleme, die die Geburt eines Kindes für die betroffenen Personen, Eltern, Angehörige und das Kind selbst, mit sich bringt, müsste eine solche seiner Ansicht nach auf jeden Fall vermieden werden. Sexualität und Partnerschaften zwischen Menschen mit geistiger Behinderung wären zu vermeiden. Auch der Verein „Lebenshilfe für geistig Behinderte“ schien damals diese Auffassung zu teilen. (Vgl. Rett, 1981, S 285f) Es ging so weit, dass Rett die medikamentöse Steuerung der Sexualität mit Epiphysenextrakten durchführte und

befürwortete, solange man die Nebenwirkungen unter Kontrolle hatte. Viele Menschen mit geistiger Behinderung hätten so ihre innere Ruhe wiedergefunden und wären für die Umwelt erträglicher geworden. (Vgl. Rett, 1981, S 281)

Jacobi vertrat im selben Zeitraum eine etwas andere Ansicht (vgl. 1980, S 128ff). Für ihn stand bei der Frage nach einer Sterilisation das Einverständnis der betroffenen Person an erster Stelle. Selbst bei einer Geschäftsunfähigkeit bestünde eine Einwilligungsfähigkeit. Grundlage dafür wäre nur eine entsprechend intensive Aufklärung. Ganz geklärt war die rechtliche Situation in Deutschland zu diesem Zeitpunkt anscheinend nicht. Es gab keine verbindlichen gesetzlichen Regelungen, sodass es bei einer Sterilisation ohne klares Einverständnis der betroffenen Person nicht zu rechtlichen Konsequenzen für den Arzt bzw. die Ärztin oder andere verantwortliche Personen kam. (Ebd.)

Auch in Beiträgen aus den USA (LaVecku. de la Cruz, 1975, S 65ff) wird die Notwendigkeit Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger Behinderung zu verhüten als gegeben angenommen, aber die Sterilisation wird aufgrund ihrer Irreversibilität nicht unbedingt befürwortet. Man hoffte zu diesem Zeitpunkt auf die Entwicklung reversibler Sterilisationsmethoden und sprach sich als Zwischenlösung für die Verhütung mittels Kondomen und Intrauterinpressare aus (ebd.).

6.7.2 Aktuelle rechtliche Situation

Der rechtliche Rahmen für Sterilisation wird heute im § 90 des österreichischen Strafgesetzbuches dargelegt (Rechtsinformationssystem, 2012a):

„§ 90. (1) Eine Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit ist nicht rechtswidrig, wenn der Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt und die Verletzung oder Gefährdung als solche nicht gegen die guten Sitten verstößt.

(2) Die von einem Arzt an einer Person mit deren Einwilligung vorgenommene Sterilisation ist nicht rechtswidrig, wenn entweder die Person bereits das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat oder der Eingriff aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt.

(3) In eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, kann nicht eingewilligt werden.“

Das heißt, eine Sterilisation darf im Normalfall nur dann durchgeführt werden, wenn die betroffene Person über 25 Jahre alt ist und dem Eingriff selbst zustimmt. Eine Sterilisation, die diesen Kriterien nicht entspricht, darf aber auch durchgeführt werden, solange der Eingriff nicht gegen „*die guten Sitten verstößt*“ (ebd.). Die Interpretation dieser Phrase stellt sich jedoch als äußerst schwierig dar, da es keine konkreten Ausführungen hierfür gibt. Vielmehr ist es eine sehr unterschiedlich auslegbare Formulierung, die viel Interpretationsspielraum bietet.

Grundsätzlich ist zu vermuten, dass man bei der Auslegung des § 90 von einer ähnlichen Grundintention auszugehen kann wie in der deutschen Rechtslage, wo bei (dauerhaft) nicht einwilligungsfähigen Personen ein eigener Betreuer bestellt wird, der über die Sterilisation entscheidet (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch, 2012a, § 1899). Eine Sterilisation darf hier nicht im Interesse der Allgemeinheit, der Verwandten oder des unzeugten Kindes erfolgen, sondern nur zum Wohle der betroffenen Person durchgeführt werden. Deshalb müssen möglichst alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden den Willen der betroffenen Person herauszufinden und in die Entscheidung miteinzubeziehen. (Vgl. Heinz-Grimm, 2005, S 375ff) Die Sterilisation ist nur dann erlaubt, wenn davon ausgegangen werden kann, dass es ohne dieser mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Schwangerschaft kommen würde und diese Schwangerschaft eine Gefahr für die seelische und/körperliche Gesundheit darstellen würde. Andere Möglichkeiten zur Verhütung müssen zudem ausgeschlossen werden. (vgl. Bürgerliches Gesetzbuch, 2012b, § 1905). Auch die Auslegung der deutschen Gesetzeslage ist teilweise umstritten, obwohl sie konkreter ist als die österreichische. Im Einzelfall hängt es stark von der Betrachtungsweise ab, wie man die jeweilige Situation beurteilt. Für die Annahme, dass eine Schwangerschaft konkret zu erwarten ist, reicht z.B. nicht die bloße Möglichkeit einer Schwangerschaft aus. Manche Eltern wünschen sich für ihr behindertes Kind eine Sterilisation, weil sie befürchten, dass es z.B. durch Vergewaltigung zu einer Schwangerschaft kommen könnte. Eine Sterilisation schützt aber in keinem Fall vor einem sexuellen Missbrauch sondern könnte das Risiko eines solchen sogar erhöhen,

wenn man bedenkt, dass die (in den meisten Fällen männlichen) Täter überwiegend aus dem nahen sozialen Umfeld kommen und diese dann den Missbrauch als „folgenlos“ einschätzen könnten. (Vgl. Heinz-Grimm, 2005, S 379; Walter, 2005, S 371)

Im „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (BGB, 2008) der Vereinten Nationen wird im Artikel 23 festgelegt, dass u.a. gewährleistet sein muss, dass

„c) Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.“ (ebd. S 22)

Da in der Konvention keine Ausnahmeregelungen zu finden sind, ist davon auszugehen, dass alle teilnehmenden Nationen im Zuge der Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung(en) das Ziel haben, definitiv keine Sterilisationen bei Menschen mit Behinderung durchzuführen, wenn diese nicht nach denselben Kriterien behandelt werden wie Menschen ohne Behinderung.

Angemerkt werden muss, dass sich die gesetzlichen Regelungen sowohl auf die Sterilisation von Frauen als auch von Männer bezieht.

7 Sexuell übertragbare Krankheiten

Die Pandemie von HIV/Aids hat den Ernst sexuell übertragbarer Krankheiten wieder verstärkt ins Bewusstsein der Menschen gerufen. Insgesamt schätzt die WHO (2000, S 15), dass sich immer noch rund 333 Mio. Menschen jährlich mit sexuell übertragbaren Erkrankungen infizieren.

Im Jahr 2010 erkrankten in Österreich 1.638 Personen an einer meldepflichtigen Geschlechtskrankheit, wie Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle, Lymphogranuloma venereum oder Aids. Damit sind Geschlechtskrankheiten nach Lebensmittelvergiftungen, infektiöser Hepatitis und Scharlach auf Platz vier der am häufigsten auftretenden meldepflichtigen Krankheiten. (Vgl. Statistik Austria, 2011, S 51f) Menschen mit geistiger Behinderung, die sexuell aktiv sind, riskieren ebenso wie alle Menschen ohne Behinderung sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit zu infizieren oder als Überträger zu wirken.

7.1 „Sexual Health“

Die World Health Organisation (WHO, 2000) hat den Begriff „Sexual Health“, wörtlich übersetzt „sexuelle Gesundheit“, wie folgt definiert:

„Sexual health is the experience of the ongoing process of physical, psychological, and socio-cultural well being related to sexuality.“ (WHO, 2000, S 9)

Wie auch die allgemeine Definition von Gesundheit bedeutet dies nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten oder Gebrechen sondern umfassendes Wohlergehen im Bereich der Sexualität. „Sexual Health“ spielt sich nicht nur auf individueller Ebene ab, sondern auch auf einer sozio-kulturellen Ebene, denn der gesellschaftliche und politische Umgang mit dem Thema Sexualität bestimmt den Faktor des sexuellen Wohlbefindens mit. In diesem Kapitel stehen sexuell übertragbare Krankheiten als Beeinträchtigung der sexuellen Gesundheit im Vordergrund. Auch sie spielen sowohl auf individueller als auch auf gesellschaftlicher Ebene eine Rolle, da Präventionsprogramme und Behandlung in erster Linie über die staatliche Gesundheitsversorgung erfolgten. (Vgl. WHO, 2000, S 9ff)

7.2 Klassifizierung sexuell übertragbarer Krankheiten

Die Einteilung sexuell übertragbarer Krankheiten kann anhand verschiedener Kriterien erfolgen. Die WHO (2000, S 39) unterscheidet wie folgt:

Virale Infektionen

- HIV-Infektion
- Aids als Folgeerkrankung einer HIV-Infektion
- Herpes genitalis
- Humane Papillomviren Infektion
- Cytomegalie
- Hepatitis B
- andere sexuell übertragbaren virale Infektionen

Bakterielle Infektionen

- Syphilis/Lues venerea
- Gonorrhoe/Tripper
- Chlamydien Infektion
- Ulcus Molle/Weicher Schanker
- Gardnerella vaginalis Infektion
- Mycoplasmagenitalium Infektion
- andere sexuell übertragbare bakterielle Infektionen

Pilzinfektionen

- Kandidose
- andere sexuell übertragbare Pilzinfektionen

Arthropoden-/Protozoenbefall

- Filzlaus Befall
- Krätzmilben Befall
- Trichomoniasis
- andere sexuell übertragbare parasitäre Befälle

Tabelle 4: Klassifikation sexuell übertragbarer Krankheiten (vgl. WHO, 2000, S 39)

7.3 Wichtige sexuell übertragbare Krankheiten

7.3.1 HIV

1983 wurde in Österreich das erste Mal HIV, das Humane Immundefizienz-Virus, diagnostiziert. Heute muss eine HIV-Infektion zwar kein Todesurteil mehr darstellen, da sie bereits besser behandelbar ist als früher, aber dennoch ist eine HIV-Infektion nicht heilbar. Jährlich infizieren sich in Österreich rund 500 Personen mit dem Virus, eine Diagnose erfolgt aber bei vielen erst lange Zeit später, obwohl eine rasche Diagnosestellung sowohl für die Behandlung als auch für die Vermeidung der Ansteckung anderer Personen entscheidend wäre. (Vgl. Aids Hilfe Wien, 2011) An Aids, der vom HIV ausgelösten Immunschwächekrankheit, sind in Österreich im Jahr 2010 46 Personen erkrankt und 27 gestorben. (Vgl. Statistik Austria, 2011, S 51f) Da in Österreich – anders als in anderen Ländern – nur die Erkrankung an Aids und nicht die Infizierung mit HIV meldepflichtig ist, können keine genauen Aussagen zur Prävalenz von HIV-Infektionen gemacht werden. Man schätzt, dass ca. 12.000 bis 15.000 Menschen in Österreich mit HIV infiziert sind. (Vgl. Kittler, Riedl, Böhler, Valencak; 2006, S 158) Dass das Auftreten von Aids in den vergangenen zehn Jahren um fast 50% zurückging, liegt vor allem auch an den mittlerweile guten Behandlungsmöglichkeiten, die den Ausbruch der Krankheit häufig unterdrücken oder zumindest lange hinauszögern können. (Vgl. Statistik Austria, 2011, S 51f) In der westlichen Welt erfolgt eine Neuinfektion anteilmäßig zu ca. 35% über homo- oder bisexuelle Kontakte, ca. 25% über heterosexuelle Kontakte und ca. 25% über intravenösen Drogenkonsum. In Afrika hingegen geht eine Infektion in erster Linie auf heterosexuelle Kontakte zurück und in zweiter Linie auf die Übertragung durch die Mutter an ihr Kind. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 158) Die Hauptrisikogruppen – homosexuelle Männer und drogenabhängige Personen – gibt es heute nicht mehr in dem Ausmaß wie zur der Zeit als HIV aufkam. Schutz vor HIV bietet – neben der Vermeidung von Sexualkontakten mit infizierten Personen – nur die Verwendung von Kondomen. (Vgl. Aids Hilfe Wien, 2011)

Medizinisch betrachtet ist die Infektiosität des HIV deutlich geringer als z.B. bei Hepatitis B und C. Bei einem einmaligen Kontakt über eine Wunde oder Schleimhäute mit infektiöser Flüssigkeit kommt es abhängig von der Viruslast und Expositionszeit in 0,1-0,5% der Fälle zu einer Ansteckung. (Vgl. Kittler et al., 2006,

S 158) Die Erkrankungsstadien lassen sich in zwei Kriterien und jeweils drei Kategorien unterteilen:

1. Kriterium

Kategorie A: Erstinfektion mit HIV, Latenzzeit von sieben bis zehn Jahren

Kategorie B: erste Symptome, die sich auf eine gestörte Immunabwehr zurückführen lassen, wie z.B. Herpes zoster oder zervikale Dysplasien

Kategorie C: Ausbruch der Erkrankung (AIDS)

2. Kriterium

Kategorie A – C: abhängig von der Anzahl der CD4 Zellen, die den Zustand des Immunsystems widerspiegeln

Tabelle 5: Erkrankungsstadien nach einer HIV-Infektion (vgl. Kittler et al., 2006, S 159)

Die Übertragung des HI-Virus erfolgt über den Kontakt mit Blut, Samenflüssigkeit oder Vaginalsekret einer HIV-positiven Person. Ist es mit Sicherheit zu einem solchen Kontakt gekommen, gibt es in den ersten 72 Stunden die Möglichkeit einer „Post-Expositionellen Prophylaxe“, durch die die Infektionswahrscheinlichkeit zwar deutlich abnimmt, aber nicht völlig beseitigt werden kann. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 161)

Mit dem Aufkommen von HIV fanden viele Fortschritte im Bereich der selbstbestimmten Sexualität von Menschen mit Behinderung ein jähes Ende. Dachte man davor noch, dass bei einer freieren Sexualität mittels Sterilisation zumindest das Problem der Schwangerschaft aus der Welt geschaffen sei, stand man nun vor einem neuen Problem, denn vor der Übertragung von Krankheiten schützt diese nicht. Die Folge war, dass man nun wieder verstärkt versuchte, sexuelle Tätigkeiten grundsätzlich zu unterbinden. (Vgl. Walter, 2005b, S 19)

7.3.2 Syphilis

Syphilis oder auch Lues venerea (dt. „Lustseuche“) trat erstmals Ende des 15. Jhd. auf, wo es in ganz Europa zu Epidemien kam. Lange Zeit wurde Syphilis durch das großflächige Bestreichen der Körpers mit Quecksilber behandelt. Nach der

Entdeckung von Penicillin im Jahr 1929 setzte man dieses schließlich ab dem 2. Weltkrieg als Medikament gegen Syphilis ein. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 147f)

Über den Verlauf der Erkrankung gibt es ausführliche Aufzeichnungen, was jedoch vor allem daran liegt, dass im Zuge einer Studie Mitte des 20. Jhd. rund 400 afroamerikanische Personen ohne Aufklärung nicht behandelt wurden, um die Krankheit zu erforschen. Die Infektion erfolgt über Haut- oder Schleimhautläsionen. Kennzeichnend für Syphilis ist die Entstehung eines Ulcus (dt. Geschwür) an der Eintrittspforte – meist den Genitalien – nach ca. zwei bis drei Wochen. Nach dem Primärstadium (Lues I) tritt nach ca. sieben bis zwölf Wochen das Sekundärstadium (Lues II) auf, welches rund zwei Jahre andauert und von verschiedenen Symptomen begleitet wird. Danach tritt entweder eine Frühlatenz ohne weitere Symptomatik auf oder die Erkrankung geht über in das Tertiärstadium (Lues III), was bei rund einem Drittel der infizierten Personen der Fall ist. Im Tertiärstadium bilden sich mit einigen Übergangsformen die benigne Spätsyphilis, die Neurosyphilis und die kardiovaskuläre Syphilis aus. Bei der kardiovaskulären Syphilis besteht eine Mortalität von 70-90%. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 149ff)

Bei einer unbehandelten Syphilis ist die Übertragung auf den Fetus ab der 12. Schwangerschaftswoche möglich. Die Folge kann eine Fehlgeburt oder Syphilis connata – eine angeborene Syphilis – sein. In Regionen mit einer hohen Syphilis-Prävalenz lassen sich rund 50% der Spätaborte auf diese Erkrankung zurückführen. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 153)

7.3.3 Gonorrhoe

Gonorrhoe, auch Tripper genannt, wird durch Gonokokken hervorgerufen und stellt eine der am häufigsten auftretenden sexuell übertragbaren Krankheiten dar. Auch hier kann eine Übertragung auf den Fetus erfolgen und schwere Komplikationen auslösen. Maximal zehn Tage nach der Infektion äußert sich die Erkrankung bei ca. 90% der Männer und ca. 50% der Frauen durch eitrigen Ausfluss. Die Untersuchung des Geschlechtspartners bzw. hier insbesondere der Geschlechtspartnerin ist besonders wichtig, da es bei einer unbehandelten Gonorrhoe zu schweren Folgeerkrankungen wie einer Bakteriämie kommen kann, bei der sich die Infektion auf den gesamten Körper ausbreitet. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 153f)

7.3.4 Genitale Chlamydieninfektion

Eine Infektion mit Chlamydien kann zwei unterschiedliche Erkrankungen hervorrufen: zum einen eine im klinischen Verlauf der Gonorrhoe ähnlichen Erkrankung und zum anderen das Lymphogranuloma venereum, welche im europäischen Raum eher selten auftritt. Erstere jedoch ist die in Europa am häufigsten sexuell übertragene bakterielle Infektion. Bei Frauen verläuft die Erkrankung bei bis zu 80% asymptomatisch und wird deshalb häufig nicht diagnostiziert. Nach einer Inkubationszeit von ein bis drei Wochen treten häufig ein Fremdkörpergefühl in der Harnröhre und ein wässrig-schleimiger Ausfluss auf. Die Untersuchung und Behandlung der Sexualpartner und Sexualpartnerinnen ist auch hier aufgrund der Langzeitfolgen und einer möglichen Reinfektion besonders wichtig. Durch die Chlamydieninfektion kann es zu einer Entzündung der Hoden und Nebenhoden beim Mann und der Eileiter und Eierstöcke der Frau kommen. Unbehandelt kann es so zu Unfruchtbarkeit und einem erhöhten Risiko von extrauterinen Schwangerschaften kommen. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 155f)

7.3.5 HPV

Das Humane Papilloma Virus (HPV) wird meist durch Geschlechtsverkehr übertragen, eine Infektion kann aber ebenso über die Mundschleimhaut oder im Analbereich erfolgen. Auch die Verwendung von Kondomen bietet hier keinen absoluten Schutz, kann das Übertragungsrisiko auf jeden Fall reduzieren. Beim HPV werden „high risk“ und „low risk“ Subtypen unterschieden, die Genitalwarzen oder im schlimmsten Fall ein Karzinom – insbesondere das Zervixkarzinom - hervorrufen können. Nach einer Infektion mit dem HP-Virus kann es zu einer spontanen Abheilung kommen, medizinisch behandelt werden können nur die Krankheitsfolgen. Seit der Zusammenhang zwischen dem HP-Virus und dem Zervixkarzinom sowie anderen Karzinomen festgestellt wurde und entsprechende Impfstoffe entwickelt wurden, kommt es immer wieder zu medialen Auseinandersetzungen mit diesem Thema. Die Impfpflicht für Mädchen und evtl. auch Jungen ist umstritten, wobei sowohl Wirksamkeit als auch die Kostenübernahme diskutiert wird. Unbestritten ist in diesem Zusammenhang jedoch die Bedeutsamkeit der regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen durch eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen, um die frühzeitige Diagnose einer Infektion

mit dem HP-Virus und die Behandlung der Folgeerkrankungen sicherzustellen. (Vgl. Kittler et al., 2006, S 157; WHO, 2011)

7.4 Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten

Zur bestmöglichen Prävention von Geschlechtskrankheiten ist eine umfassende Sexualaufklärung notwendig inklusive eines Trainings, das die gewissenhafte Verwendung von Kondomen stärkt. Der alleinige Hinweis auf die Notwendigkeit Kondome zu verwenden und dem Partner oder der Partnerin treu zu sein ist bei Menschen mit geistiger Behinderung ebenso wenig ausreichend wie bei Jugendlichen ohne geistige Behinderung. Die Vermittlung von Informationen zu Geschlechtskrankheiten und den Ansteckungswegen soll keine Angst vor Sexualität hervorrufen, sondern zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität führen. Außerdem muss die Fähigkeit gestärkt werden, im entscheidenden Augenblick „nein“ zu sagen, wenn eine (sexuelle) Handlung von einer der beteiligten Personen nicht gewollt wird. (Vgl. Walter, 2005c, S 398ff)

Sexualerziehung sollte als Teil des gesamten Erziehungsprozesses betrachtet werden und die jeweilige Lebenssituation sowie individuelle Bedürfnisse und Ängste der Person miteinbeziehen. Wie bereits beschrieben beginnt Sexualerziehung nicht erst im Jugend- oder Erwachsenenalter sondern in früher Kindheit. Wurde das Thema Sexualität in der Erziehung bis ins Erwachsenenalter hinein vernachlässigt oder völlig ausgelassen, stellt es einen schwierigen und langwierigen Prozess dar diese Versäumnisse wieder aufzuholen und der betroffenen Person eine positive Einstellung zum eigenen Körper und den eigenen Bedürfnissen zu ermöglichen. Gerade auch der Zugang abzuwarten, bis von einem Menschen mit geistiger Behinderung aktiv Fragen zu Sexualität gestellt werden, ist in diesem Zusammenhang oft nicht zielführend. (Ebd., S 401f)

Gespräche zu Thema Sexualität und Verhütung können sowohl in einer Gruppe als auch einzeln erfolgen. In welchem Rahmen auch immer man sich damit auseinandersetzt – die individuelle Förderung und das Einbeziehen der spezifischen Persönlichkeit und dem Schweregrad der Behinderung ist unumgänglich. Auch die Intimsphäre der einzelnen Person muss gewahrt werden, auch wenn das Eltern oder betreuenden Personen häufig schwer fällt. (Ebd., S 402f)

Neben dem Respekt der Intimsphäre der jeweiligen Person ist auch der Respekt vor sexuellen Praktiken gefragt, die vielleicht nicht den üblichen gesellschaftlichen Wertvorstellungen entsprechen. Beschränkt sich die Sexualaufklärung darauf allein die heterosexuelle Liebesbeziehung als Möglichkeit Sexualität auszuleben zuzulassen, besteht die Gefahr gerade bzgl. risikoreicheren Sexualverhaltens nicht ausreichenden Informationen zu bieten. Sexualkontakt mit häufig wechselnden Geschlechtspartnern und –partnerinnen, Homosexualität, Oral- und Analverkehr oder Prostitution müssen offen behandelt werden, um einen angstfreien und sicheren Umgang damit zu ermöglichen. (Vgl. Walter, 2005c, S 402)

Da das Kondom das einzige Verhütungsmittel darstellt, das auch vor Geschlechtskrankheiten schützen kann, muss der Umgang damit regelmäßig vorgeführt und geübt (am besten an einem Penismodell) werden, damit hier möglichst viel Sicherheit erreicht wird. Die einfache Verfügbarkeit von Kondomen, z.B. freie Entnahmestellen in Wohngemeinschaften, fördern noch einmal die Verwendung im Bedarfsfall. (Vgl. Walter, 2005c, S 402f; Wunder, 2005, S 411)

Die standardisierte Testung auf z.B. HIV in Einrichtungen wie Wohngruppen ist eher nicht zielführend, da dadurch einerseits eine falsche Sicherheit entstehen könnte und andererseits ein positives Testergebnis schwerwiegende Folgen haben könnte, wenn sich die betroffene Person davor nicht ausreichend mit der Thematik auseinandergesetzt hat. Eine Möglichkeit wäre es davon auszugehen, es gäbe z.B. in einer Wohngruppe bereits eine Person mit einer Infizierung, sodass es unumgänglich ist, entsprechend sicheres Vorgehen tagtäglich zu praktizieren und regelmäßige Aufklärungsmaßnahmen zu setzen. (Vgl. Walter, 2005c, S 406; Wunder, 2005, S 409ff)

8 Sexueller Missbrauch

Nach einer kurzen Begriffsdefinition von sexuellem Missbrauch folgt eine nähere Betrachtung der Umstände, unter denen sexuelle Gewalt auftreten kann. Außerdem wird der Frage nachgegangen, ob und warum gerade Menschen mit geistiger Behinderung Opfer sexueller Übergriffe sind.

8.1 Begriffserklärung

Neben der am häufigsten verwendeten Bezeichnung „sexueller Missbrauch“ sind auch noch andere Begriffe gebräuchlich, wie z.B. sexuelle Gewalt, sexuelle Ausbeutung, sexuelle Belästigung, sexuelle Übergriffe oder je nach Vorfall auch inzestuöser Missbrauch oder familiäre Sexualdelikte. Die Begriffe werden teilweise synonym verwendet oder sollen unterschiedliche Arten des Missbrauchs ausdrücken, wobei die Definitionen variabel sein können. In unterschiedlichen Fachbereichen oder von verschiedenen Autoren werden diese Begriffe dann oft nicht einheitlich verwendet. Die Form des Missbrauchs kann anhand diverser Parameter wie Altersunterschied, Täter(in)-Opfer-Beziehung, Zustimmung des Opfers, Gewaltanwendung oder der Art der sexuellen Handlung unterschieden werden. (Vgl. Wipplinger u. Amann, 1998, S 13ff) Auch das österreichische Strafgesetzbuch unterscheidet unterschiedliche Formen des Missbrauchs. So ist hier (Rechtsinformationssystem, 2012c, § 201) von „Vergewaltigung“, „geschlechtlicher Nötigung“ (ebd. § 202), „sexuellem Missbrauch von Unmündigen“ (ebd., § 207), „pornographischer Darstellung von Minderjährigen“ (ebd., § 207a) oder auch „sittlicher Gefährdung [...]“ (ebd., § 208) die Rede. § 205 (ebd.) befasst sich mit dem „sexuellen Missbrauch einer wehrlosen oder psychisch beeinträchtigten Person“ und den Rechtsfolgen.

Zemp und Pircher (1996, S 19) verwenden den Begriff „sexuelle Ausbeutung“, der alle Formen sexueller Handlung inkludiert. Grundsätzlich spielt sowohl physische als auch psychische Gewalt eine Rolle und die persönliche Integrität einer Person wird missachtet (ebd.). Bei Kindern oder Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer sexueller Ausbeutung spielt das ungleiche Machtverhältnis und die Abhängigkeit eine wesentliche Rolle. Der Wunsch des Täters oder der Täterin muss nicht sexueller Natur sein, sondern kann auch ein Bedürfnis nach Macht und Unterdrückung sein,

das durch Handlungen erreicht wird, die mit Sexualität in Verbindung stehen. Diese Handlungen beginnen bereits bei anzüglichen Bemerkungen, können aber auch das Berühren der Geschlechtsorgane bis hin zum Geschlechtsverkehr bedeuten. Auch Nachpfeifen oder das Tätscheln des Pos können als sexuelle Ausbeutung wahrgenommen werden. (Vgl. Zemp und Pircher, 1996, S 19f)

Im Zuge der folgenden, allgemein gehaltenen Abhandlung werden die Begriffe „sexueller Missbrauch“, „sexuelle Übergriffe“ und „sexuelle Gewalt“ synonym verwendet. Alle Begriffe stützen sich auf die sehr weite Definition der „sexuellen Ausbeutung“ von Zemp und Pircher (siehe oben).

8.2 Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer sexueller Übergriffe

Die Empörung ist meist groß, wenn Fälle von sexuellem Missbrauch an die Öffentlichkeit dringen. Es wird in der Regel angenommen, dass es sich bei diesen Fällen, bei denen Menschen mit geistiger Behinderung Opfer sind, um absolute Ausnahmefälle handelt, denn der Täter (oder in weniger Fällen die Täterin) müsse krank und pervers sein, wenn er (oder sie) sich an einer Behinderten oder einem Behinderten vergeht. Mit großer Wahrscheinlichkeit sind Menschen mit geistiger Behinderung aber einem höherem Risiko ausgesetzt Opfer sexueller Gewalt zu werden, als Menschen ohne Behinderung. Umfragen haben ergeben, dass es sich um alles andere als Ausnahmefälle handelt. (vgl. Walter, 2005f, S 414f)

Das Problem numerischer Angaben zum Vorkommen von sexuellem Missbrauch ist die vermutete hohe Dunkelziffer. Obwohl die erhobenen Zahlenangaben demnach also nur als Richtwerte zu betrachten sind, wird meist dennoch eine Vielzahl von Fällen dokumentiert. So ergab eine Befragung von 308 deutschen Einrichtungen, dass in 51,3% davon Fälle von sexuellem Missbrauch bekannt waren. Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung waren bei dieser Umfrage drei bis vier Mal so oft Opfer als Jungen und Männer. In den meisten Fällen handelte es sich außerdem um erwachsene Menschen und nicht um Kinder. (Vgl. Noack u. Schmid, 2005, S 445 u. 449)

Auch Rett (1983, S 51) spricht davon, dass es relativ häufig zum sexuellen Missbrauch von Frauen mit geistiger Behinderung käme. Allerdings geht er nicht näher auf die genauen Umstände ein, erwähnt aber, dass er bis zu diesem Zeitpunkt

nicht erlebt hätte, wonach Männer oder Jugendliche mit geistiger Behinderung jemals „aktive Notzucht“ (Rett, 1983, S 51) ausgeübt hätten.

Zemp und Pircher (1996) führten eine Befragung von Frauen mit Behinderung, die in österreichischen Einrichtungen lebten, durch. Mittels Fragebogen wurden Daten von 130 Frauen zwischen 17 und 69 Jahren, die geistig (57,5%), körperlich (23,3%) oder mehrfach behindert (12,5%) waren, erhoben (ebd., S 54). Es wurden eine Vielzahl von Daten erhoben, die mit allgemein mit Sexualität oder konkret mit sexuellem Missbrauch in Verbindung standen. Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst. Fast die Hälfte der Frauen verhütete zu diesem Zeitpunkt, obwohl nur 13% in einer Partnerschaft lebten. Dies geschah laut Autorinnen (ebd., S 68) offenbar als Vorbeugung im Falle eines sexuellen Missbrauchs. 62,5% dieser Frauen waren sterilisiert, wobei es sich in den meisten Fällen um eine Zwangssterilisation in der Kindheit oder Jugend handelte. Nur eine der befragten Frauen verwendete zur Verhütung Kondome. (Ebd., S 68f) Auch Daten zum Thema Aufklärung wurden erhoben. So verfügte knapp die Hälfte der Frauen über Wissen zu einzelnen Aspekten der Sexualität (z.B. der Unterschied zwischen Mann und Frau oder die Monatsblutung), mehr als ein Drittel gab an, überhaupt nicht aufgeklärt zu sein und knapp 20% gingen nicht auf die Fragen ein. Etwas weniger als die Hälfte der Frauen wussten in groben Zügen über sexuelle Gewalt Bescheid. (Ebd., S 71f) 62,3% der Frauen gaben an, schon einmal sexuell belästigt worden zu sein und 64%, dass sie bereits sexuelle Gewalt erfahren hätten (ebd., S 74). Sexuell belästigt fühlten sich 33,8% z.B. durch verbale Äußerungen oder auch Berührungen (25%; ebd. S 74f). Sexuelle Gewalt wurde erlebt z.B. durch die Berührung der Brüste oder Geschlechtsteile gegen ihren Willen (44,6%), ein als sexuelle Bedrohung wahrgenommenes Packen oder Küssen (29,2%) oder eine Vergewaltigung bzw. versuchte Vergewaltigung (26,2%; ebd., S 76). Die in der Regel männlichen Täter kamen zu 75,4% aus dem Bekanntenkreis der Frauen. In 23,1% der Fälle gab es einen unbekannteren Täter, wobei davon auszugehen ist, dass hier teilweise auch Personen als unbekannt angegeben wurden, von denen nur der Name nicht bekannt war. Frauen wurden nur in 3,1% der Fälle als Täterinnen angegeben, in allen Fällen Betreuerinnen. (Ebd., S 77ff) In 13,3% der Fälle war ein Heimbewohner der Täter, wo es meist auch zu wiederholten Übergriffen kam (ebd., S 82 u. 95). Als Tatorte wurden die Einrichtung (38,8%), ein Ort außerhalb (35,7%), zu Hause (20,8%) oder

der Arbeitsplatz (5,8%) erhoben (vgl. Zemp und Pircher, 1996, S 83). Von 54 Frauen, die sich jemandem mitgeteilt haben, führte es bei 22 Fällen zu Konsequenzen für den Täter, wobei es nur in vier Fällen zu einer Anzeige und Verurteilung kam (ebd., S 93f).

8.3 Sexuelle Gewalt in Betreuungsverhältnissen

Eine Befragung von Jeschke und Fegert (2006, S 345ff) hat ergeben, dass in Einrichtungen unterschiedlichster Art beim Personal eine Abwehrhaltung vorherrschen kann, die einen offenen Umgang mit sexuellen Übergriffen schwer macht. Verdachtsmomente werden abgewehrt und zweifelhafte Situationen relativiert. Gründe dafür können Loyalitätskonflikte gegenüber der Einrichtung und den Kolleginnen oder Kollegen sein, aber auch das Bedürfnis das eigene Selbstbild aufrechtzuerhalten sowie die Angst vor den Konsequenzen. (Ebd.)

Eine besondere Problematik liegt in der Grenzziehung zwischen notwendigen körperlichen Handlungen, erlaubten oder erwünschten Zärtlichkeiten und sexuellen Übergriffen. Eine objektive und allgemeingültige Grenze gibt es bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung nicht. Üblicherweise wird die Grenze dort gezogen, wo sie eine der beteiligten Personen zuerst setzt. Eine Grenzüberschreitung kann von beiden Seiten erlebt werden – auch von Seiten des Betreuungspersonals. Wird eine Umarmung meist noch toleriert, haben Betreuungspersonen mit Berührungen schnell ein Problem, wenn diese sexuell motiviert scheinen. Eine besondere Herausforderung in der Grenzziehung stellt die Intimpflege dar, da sie leicht von beiden Seiten als unangenehm und grenzverletzend wahrgenommen werden kann. Hier besteht jedoch auch die Gefahr, dass sich Pflege- und Betreuungspersonal selbst als Opfer betrachten und in eine Hilflosigkeit und Überforderung verfallen. (Vgl. Jeschke u. Fegert, 2006, S 350ff) Jeschke und Fegert (ebd.) haben in ihren Interviews herausgefunden, dass der Fokus des Personals in erster Linie auf den eigenen Grenzverletzungen lag und Gedanken zum Missbrauch also der Grenzverletzung der betreuten Personen abgewehrt wurde.

Das nahe Verhältnis zwischen Menschen mit geistiger Behinderung und ihren Bezugspersonen erhöht das Risiko von sexuellen Übergriffen. Wenn ein solcher Missbrauch aufgedeckt wird, ist es keine Seltenheit, dass z.B. der betroffenen Frau

mit Behinderung die Schuld zugewiesen wird, da sie es ja provoziert hätte. (Vgl. Walter, 2005f, S 416) Was wirklich die Gründe dafür sind, dass Menschen mit geistiger Behinderung für sexuellen Missbrauch „attraktiv“ sind, wird im nächsten Punkt näher beschrieben.

8.4 Menschen mit geistiger Behinderung als „attraktive“ Opfer

Menschen mit geistiger Behinderung sind in vielerlei Hinsicht fremdbestimmt. Selbst die einfachsten Dinge des Alltags, wie Kleidungswahl, Freizeitgestaltung oder Wahl des Essens können oder dürfen sie oft nicht selbst entscheiden. „Nein“ zu sagen oder einer Autoritätsperson zu widersprechen, haben sie meist nicht gelernt und sollen sie im Grunde auch nicht. (Vgl. Walter, 2005f, S 415f) Die Abhängigkeit von anderen Menschen macht Menschen mit Behinderung weniger selbstsicher und fördert ein Machtverhältnis, das leicht ausgenutzt werden kann. Abhängigkeit und auch Loyalität können dann dazu führen, dass ein oder auch mehrere Übergriffe verschwiegen werden. (Bosch, 2004, S 150f) Auch ein negatives Körperbewusstsein, das häufig bereits schon früh durch die vielen Sonderbehandlungen entsteht, und die Tatsache, dass durch verschiedenste medizinische, pflegerische oder therapeutische Behandlungen regelmäßig Eingriffe in die Intimsphäre erlebt werden, erhöhen das Risiko, dass sexuelle Übergriffe nicht erkannt werden (vgl. Zemp u. Pircher, 1996, S 16).

Frauen mit geistiger Behinderung versuchen gelegentlich auch, durch sexuelle Verfügbarkeit die Zuneigung von Männern ohne Behinderung zu erlangen. Unselbstständigkeit und eine fehlende Freizeitgestaltung, mit der Möglichkeit andere Menschen kennenzulernen, können dieses Verhalten ebenso fördern wie ein bereits erfahrener sexueller Missbrauch. Von einer (sexuellen) Beziehung zu einem Menschen ohne Behinderung erhoffen sie sich dann Normalität und Unabhängigkeit. (vgl. Walter, 2005f, S 416f)

Die Vorurteile, die in Bezug auf die Sexualität von Menschen mit Behinderung existieren, dass es diese z.B. gar nicht gäbe oder sie rein körperlich und triebhaft sei, erschweren außerdem die Situation im Zusammenhang mit Missbrauch. Die Annahme, nach der die missbrauchte Person sowieso nicht wisse oder verstünde, was

vor sich geht, kann die Hemmschwelle für die Tat weiter senken. (Vgl. Walter, 2005f, S 417f)

Die Traumatisierung nach einem sexuellen Übergriff ist jedoch genauso groß wie bei Menschen ohne Behinderung. Ängste, Scham, Bindungsprobleme und psychische Instabilität sind mögliche Folgen einer solchen Erfahrung. Häufig vertrauen sich die Opfer niemandem an und wenn, dann ist die Unterstützung durch Eltern oder Betreuungspersonen nicht immer ausreichend bzw. wird den Opfern oftmals nicht geglaubt. Auch Schuldumkehr oder das Bedürfnis, mit den Folgen eines Missbrauchs selbst fertig zu werden, kommen vor. (Vgl. Thomas, Kretschmann u. Lehmkuhl, 2006, S 169ff)

Um mit den Gewalterfahrungen leben zu können, werden verschiedene Bewältigungsmechanismen aktiviert. Schweigen und Verdrängung sowie die Umstrukturierung der eigenen Grenzsetzung können solche Mechanismen sein. Aber auch die Erkenntnis, gegenüber anderen Menschen Grenzen setzen zu müssen und sich zu wehren, ist eine mögliche Folge. (Vgl. Thomas et al, 2006, S 181ff) Die Untersuchung von Thomas et al (ebd.) zeigt auf, wie wichtig die Unterstützung bei der Bewältigung der Missbrauchserlebnisse und die Aufklärung in Bezug auf sexuelle Gewalt, Rechte und Hilfsmöglichkeiten ist und wie viel Aufholbedarf es hier noch gibt.

8.5 Vorbeugung

Ein großes Problem in der Auseinandersetzung mit dem Thema sexueller Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung ist die Tatsache, dass die Sexualität von Menschen mit Behinderung generell noch sehr tabuisiert wird. Solange mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung nicht offen umgegangen wird, solange wird es auch schwierig sein sexuelle Gewalt ausreichend zu thematisieren und präventive Maßnahmen zu setzen. (Vgl. Jahn u. Eilers, 1996, S 180f) Auch hier liegt der Schlüssel zum Erfolg hauptsächlich in der sexualpädagogischen Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung. Nur so sind betroffene Personen in der Lage, sexuelle Gewalt überhaupt zu erkennen und eigene Grenzen zu ziehen. Unaufgeklärte, überbehütete Menschen, die nicht gelernt haben sich selbst zu behaupten, geraten leichter in verhängnisvolle Situationen als Menschen, die wissen,

wann es an der Zeit ist „nein“ zu sagen. (Vgl. Walter, 2005f, S 419) Neben der Stärkung des Selbstbewusstseins, z.B. auch durch Selbstverteidigungskurse, ist es notwendig, den Fokus auf das Wissen über Sexualität zu lenken (Zemp u. Pircher, 1996, S 157). Die unter Punkt 8.2 beschriebene Untersuchung von Zemp und Pircher (1996) macht deutlich, wie hoch der Missstand auf dem Gebiet der Aufklärung ist. Mehr als ein Drittel der befragten Frauen war überhaupt nicht aufgeklärt und auch bei den 47,6% der Frauen, die aufgeklärt waren, beschränkte sich das Wissen meist auf einzelne Teilbereiche (vgl. Zemp und Pircher, 1996, S 70ff). 49% der Frauen gaben jedoch an mehr über Sexualität erfahren zu wollen (ebd., S 73). Die Tatsache, dass in der Untersuchung (ebd., S 157f) überwiegend Frauen, die bereits sexuelle Gewalterfahrungen gemacht hatten, über Sexualität Bescheid wussten, spricht für sich. Die Sexualaufklärung sollte zu diesem Zweck wahrscheinlich sowohl im (Sonder-) Schullehrplan vorgesehen sein als auch in den verschiedensten Einrichtungen, die mit erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten oder diese betreuen, einen Platz haben. (Ebd.)

Vielfach wird die Problematik des sexuellen Missbrauchs von Betreuungs- oder Bezugspersonen nicht erkannt. Es fehlt hier sowohl am nötigen Bewusstsein als auch an entsprechenden Fachkenntnissen. Es ist wichtig, dass Menschen mit geistiger Behinderung im Ernstfall wissen, an wen sie sich wenden können und dass ihnen dann auch verlässlich geholfen wird. Das Ansehen der Einrichtung sollte hier in keinem Fall im Vordergrund stehen. Eine entsprechende Aus- oder Fortbildung von Menschen, die mit Personen mit geistiger Behinderung arbeiten, scheint folglich unumgänglich. Auch damit sie generell für diese Thematik sensibilisiert werden und Zeichen, die auf sexuelle Gewalt hinweisen, erkennen und richtig handeln können. (Vgl. Noack u. Schmid, 2005, S 456f; Walter, 2005f, S 419f)

Ebenso spielen die strukturellen Rahmenbedingungen eine wichtige Rolle beim Schutz vor sexuellen Übergriffen. Menschen mit geistiger Behinderung sollte nicht jede Entscheidung abgenommen, sondern auch die Freiheit gelassen werden, Dinge selbst zu beurteilen und eine Wahl zu treffen. (Vgl. Noack u. Schmid, 2005, S 456f) Zu große Wohngruppen und Personalmangel stellen ebenfalls schlechte Voraussetzungen für die individuelle Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen und Problemen der einzelnen betreuten Personen dar. Eine mögliche Maßnahme wäre

auch die Durchführung der Intimpflege durch Betreuungspersonen gleichen Geschlechts, was sich aber aufgrund der verfügbaren Personalressourcen meist schwer durchführen lässt. Ein weiterer wichtiger Punkt ist der Respekt vor der Intimsphäre, was sich in verschiedensten Bereichen niederschlägt. So könnte die Möglichkeit das Zimmer abzuschließen, geschaffen werden oder zumindest dem Klopfen an der Tür und so um Einlass zu bitten, mehr Bedeutung beigemessen werden. Die Verfügbarkeit und Verwendung von Sichtschutzmaßnahmen wie Vorhängen, kann gleichsam zur Wahrung der Intimsphäre beitragen. (Vgl. Jahn u. Eilers, 1996, S 184ff) Auch Zemp und Pircher (1996, S 160) sehen in der entsprechenden Gestaltung der Räumlichkeiten in Wohneinrichtungen und dem Vorhandensein von ausreichend qualifiziertem Personal einen wichtigen Schritt zur Erhöhung der Intimsphäre und zum Schutz vor sexuellen Übergriffen.

Aber nicht nur beim Personal in diversen Einrichtungen herrscht Aufholbedarf. Auch Eltern und Familie können eine Hürde darstellen, wenn sie ihr Kind nicht als geschlechtliches Wesen begreifen können und Probleme mit der Ablösung haben. Zu diesem Zweck sollte es Beratungsstellen und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Eltern geben, um ihnen bei dieser Thematik Unterstützung zu bieten. Die Möglichkeit Beratung und psychologische Betreuung in Anspruch zu nehmen, sollte aber auch für Menschen mit geistiger Behinderung gegeben sein. Eine spezielle Ausbildung für Polizistinnen und Polizisten sowie für Richterinnen und Richter gewährleistet schlussendlich, dass diese im Ernstfall möglichst unvoreingenommen und mit erweiterten Kenntnissen über Kommunikation mit Menschen, die sich vielleicht nicht so gut ausdrücken können, ausgestattet sind. (Vgl. Zemp u. Pircher, 1996, S 158f)

9 Fazit

9.1 Zusammenfassung

Nach Abklärung der unterschiedlichen Leitkonzepte, die heute den Umgang mit Menschen mit geistiger Behinderung prägen, besteht eigentlich kein Zweifel mehr, dass Sexualität und Partnerschaft auch im Leben dieser Menschen einen Platz finden darf und soll. Man will ihnen möglichst „normalen“ Lebensumstände ermöglichen (vgl. Kapitel 3.1 Normalisierungsprinzip), ihnen die Chance geben, Entscheidungen selbst zu treffen und ihr Leben nach ihren Vorstellungen zu gestalten (vgl. Kapitel 3.2 Selbstbestimmung und Empowerment) und man möchte sie als Teil der Gesellschaft sehen und sie dementsprechend gleichwertig behandeln (vgl. Kapitel 3.3 Integration und Inklusion). Um all diese Konzepte umzusetzen wurde im Jahr 2006 auf internationaler Ebene eine Konvention erstellt, welche 2008 auch von Österreich unterzeichnet wurde, um die Rechte von Menschen mit Behinderungen mit denen aller Menschen gleichzusetzen und die Gleichstellung in jeder Hinsicht – auch mit dem Recht auf Ehe und Familiengründung – zu untermauern (vgl. Kapitel 3.4 UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen).

Zur Umsetzung dieser Konvention bedarf es aber einer umfassenden und intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität, um einen positiven und sicheren Umgang mit ihr zu ermöglichen. Die sexuelle Entwicklung eines Menschen beginnt schon früh, vermutlich bereits im Säuglingsalter. Vor allem Freuds Phasenmodell der sexuellen Entwicklung beschreibt anschaulich die zeitig beginnende Fokussierung auf verschiedenen erogenen Zonen und die langanhaltenden Probleme, die durch das mangelhafte Ausleben dieser Phasen zustande kommen können (vgl. Kapitel 4.1.1 Phasenmodell nach Sigmund Freud). Nach der Pubertät sollte sich im Normalfall ein körperlich, sozial und psychisch reifer Mensch entwickelt haben (vgl. Kapitel 4.1.3 Pubertät). Menschen mit geistiger Behinderung erreichen in der Regel auch eine körperliche Reife, aber mangelnde Aufklärung, Verleugnung oder Unterdrückung erschweren die sexuelle Entwicklung auf geistiger Ebene erheblich (vgl. Kapitel 4.1.4 Sexuelle Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung). Eine den Bedürfnissen angepasste Sexualerziehung ist für die erfolgreiche Entwicklung unumgänglich. Die intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität durch anschauliche Materialien und regelmäßige Wiederholungen ist vor allem bei

Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig und endet auch im Erwachsenenalter nicht. (Vgl. Kapitel 4.3 Sexualerziehung in den verschiedenen Lebensphasen).

Untrennbar mit Sexualität steht auch das Thema Beziehung und Ehe in Verbindung. Die meisten Menschen haben das Bedürfnis eine Beziehung zu führen und ihre Liebe auch mit dem Ehebündnis zu besiegeln. Bei Menschen mit geistiger Behinderung existiert dieses Bedürfnis gleichermaßen und manchmal ist der Wunsch nach einem Partner oder einer Partnerin und Ehe vielleicht noch stärker, da er mit der Hoffnung auf Normalität und Unabhängigkeit verknüpft ist (vgl. Kapitel 5.1 Verschiedene Zugänge zu Paarbeziehung und Ehe). Aus rechtlicher Sicht wäre eine Eheschließung jedoch nur dann möglich, wenn zum einen Volljährigkeit und zum anderen Geschäftsfähigkeit vorliegen. Bei einer beschränkten Geschäftsfähigkeit kann die Person, die mit der gesetzlichen Vertretung betraut ist, die Einwilligung erteilen und so eine Eheschließung ermöglichen. (Vgl. Kapitel 5.3 Eheschließung aus rechtlicher Sicht) Ausgehend von der geringen Datenlage ist davon auszugehen, dass es sehr selten zur kirchlichen Ehe von Menschen mit geistiger Behinderung kommt, was vermutlich an den strengen Richtlinien des Eherechts der katholischen Kirche liegt (vgl. Kapitel 5.4 Kirchliche Ehe).

In einer Beziehung kommt es häufig zum Wunsch nach eigenen Kindern, den auch Menschen mit geistiger Behinderung verspüren können. Verschiedene Umfragen haben gezeigt, dass die Anzahl der Schwangerschaften höher ist, als viele annehmen. Diese kommen jedoch häufiger aufgrund mangelhafter Aufklärung und Verhütung zustande als aufgrund eines Kinderwunsches (vgl. Kapitel 6.2 Häufigkeit von Schwangerschaft und Elternschaft). Ein Fokus auf Aufklärung – vor allem über die Anwendung geeigneter Verhütungsmittel (vgl. Kapitel 6.6 Schwangerschaftsverhütung) – könnte die Zahl der Schwangerschaften wahrscheinlich verringern. Kommt es trotz allem – oder weil es der explizite Wunsch eines Paares ist – zu einer Schwangerschaft, gibt es ein paar Projekte, die sich der Betreuung und Unterstützung bei der Vorbereitung auf das Kind sowie die Erziehung des Kindes widmen (vgl. Kapitel 6.4 Die Begleitung der Eltern). So soll die Versorgung des Kindes in der eigenen Familie bestmöglich erfolgen und der Schutz des Kindes gewährleistet werden. Ist das Wohl des Kindes ernsthaft gefährdet, kann

es nach österreichischem Recht zur Obsorgeentziehung kommen (vgl. Kapitel 6.5 Rechtliche Situation).

Um eine Schwangerschaft von vornherein zu verhindern, wurden Menschen mit geistiger Behinderung früher häufig sterilisiert (vgl. Kapitel 6.7 Sterilisation). Ärzte oder Machthaber wie Adolf Hitler sahen dies aus Gründen der Eugenik gerechtfertigt und Eltern wollten sich und ihre Kinder in erster Linie vor den Folgen einer Schwangerschaft schützen. Heute weiß man, dass das Risiko der Weitervererbung einer Behinderung wesentlich kleiner ist als angenommen und die Durchführung einer Sterilisation wurde gesetzlich so erschwert, dass sie in der Regel nur noch mit dem Einverständnis der betroffenen Person durchgeführt werden darf (vgl. Kapitel 6.7.2 Aktuelle rechtliche Situation).

Eine angemessene Verhütung ist nicht nur in Bezug auf unerwünschte Schwangerschaften wichtig, sondern vor allem auch zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten erforderlich. Das Aufkommen von HIV in den 1980er Jahren bedeutete einen herben Rückschlag bei den positiven Entwicklungen im Umgang mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Kapitel 7.3.1 HIV). Aber nicht nur HIV sondern auch eine Vielzahl anderer Erkrankungen bedrohen die Gesundheit von sexuell aktiven Menschen, wenn diese der Sicherheit beim Geschlechtsverkehr keinen Wert beimessen. Allein die meldepflichtigen Geschlechtskrankheiten, Gonorrhoe, Syphilis, Ulcus molle, Lymphogranuloma venereum und Aids, stehen auf Platz vier der am häufigsten übertragenen, meldepflichtigen Krankheiten (vgl. Kapitel 7 Sexuell übertragbare Krankheiten). Ein sicherer Umgang mit Kondomen oder der Verzicht auf Sex mit einer Person, die nicht mit 100%iger Sicherheit gesund ist, sind der einzige Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Unumgänglich ist daher die intensive Aufklärung auch über dieses Thema und die regelmäßige Übung der praktischen Anwendung von Kondomen sowie deren Verfügbarkeit, wenn es zum Geschlechtsverkehr kommen kann (vgl. Kapitel 7.4 Verhütung von sexuell übertragbaren Krankheiten).

Menschen mit geistiger Behinderung sind einem erhöhtem Risiko ausgesetzt, Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden. Dies wird zwar häufig tabuisiert und selbst von Betreuungspersonen oftmals verleugnet (vgl. Kapitel 8.3 Sexuelle Gewalt in Betreuungsverhältnissen), aber gerade hier liegt oftmals das Problem. Mehrere

Umstände sind dafür verantwortlich, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufig als „attraktive“ Opfer betrachtet werden oder die persönliche Intimsphäre nicht gewahrt wird. So sind sie meist nicht zu selbstbestimmten Menschen erzogen worden, sondern zu unsicheren und abhängigen Menschen. Mangelnde Aufklärung erschwert zudem das Erkennen von sexuellen Übergriffen und die strukturellen Gegebenheiten in Wohneinrichtungen sehen oft keinen Platz für Privatsphäre vor. (Vgl. Kapitel 8.4 Menschen mit geistiger Behinderung als „attraktive“ Opfer) Die Vorbeugung von sexuellen Übergriffen erfolgt auch hier durch Aufklärung, die Förderung der Selbstbestimmung und die Schaffung eines Umfeldes, das die Intimsphäre der Menschen wahrt (vgl. Kapitel 8.5 Vorbeugung). Nicht zu vergessen ist hier, dass zu alledem eine entsprechend umfassende und professionelle Ausbildung der Menschen nötig ist, deren beruflicher Alltag die Pflege, Betreuung und Förderung von Menschen mit geistiger Behinderung ist.

9.2 Erkennbare Entwicklungen

Entwicklungen sind anhand der verfügbaren Literatur bereits in vielerlei Hinsicht zu erkennen. Allein die Hinwendung zu Konzepten der Normalisierung, Selbstbestimmung und Integration/Inklusion sind sichtbare Zeichen für das Ziel, Menschen mit geistiger Behinderung mit allen anderen gleichzustellen. Die auch von Österreich ratifizierte UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (vgl. BGB, 2008) stellt einen wichtigen Schritt dar, um diese Gleichstellung auch auf rechtlicher Ebene zu manifestieren.

Betrachtet man die Bezeichnungen für Menschen mit geistiger Behinderung näher, lässt sich erkennen, dass diese in der Regel nach einiger Zeit ins Negative abrutschen. Wurden frühere Bezeichnungen wie „Blödsinn“ oder „Schwachsinn“ aus diesem Grund irgendwann ausgetauscht (vgl. Mühl, 2000, S 45ff), kann man zurzeit ähnliche Prozesse in Bezug auf die Bezeichnung „geistig behindert“ bzw. „mit geistiger Behinderung“ beobachten (vgl. Mühl, 2006, S 133f). Es stellt sich die Frage, ob nicht jeder Benennung irgendwann etwas Negatives anhaftet, vor allem solange der Status von Menschen mit geistiger Behinderung zu dem von Menschen ohne Behinderung in der Gesellschaft noch stark abweicht.

Geht es um die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung, so ist diese zwar immer noch nicht voll akzeptiert und ein gängiges Thema, aber es gilt auch nicht mehr das Ziel, diese strikt zu verhindern. War die Intention früherer Werke, z.B. von Rett (1981), in erster Linie, sexuelle Äußerungen völlig zu verhindern, legen aktuellere Standardwerke, z.B. von Walter (2005) oder Ratgeber, z.B. von Achilles (2010), eine liberalere und offene Zugangsweise nahe. Anzumerken ist hier jedoch, dass diese Werke immer wieder neu aufgelegt werden und eher wenig wirklich aktuelle Literatur zu finden ist. Die Informationen, die in dieser Literatur vermittelt werden, basieren zudem hauptsächlich auf Erfahrungen und Beobachtungen der Autorinnen und Autoren sowie deren Meinungen und Ansichten und selten auf wissenschaftlich fundierten Fakten. Nicht zu vergessen ist die Schwierigkeit der Definition von geistiger Behinderung, welche sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert hat und auf die in den jeweiligen Werken selten eingegangen wird. Neuere Publikationen wiederholen dann häufig immer noch, was bereits vor zwanzig oder dreißig Jahren in den Standardwerken geschrieben stand (vgl. Ortland, 2008 oder Heck, 2012).

Ein wesentlicher Schritt bei der Achtung der Rechte von Menschen mit geistiger Behinderung, war die Erschwerung der Sterilisation aus rechtlicher Sicht. Genauer betrachtet ist die Formulierung des aktuellen Gesetzes zwar etwas schwammig und bietet vermutlich immer noch Schlupflöcher (vgl. Rechtsinformationssystem, 2012a, § 90), aber es stellt keinen Vergleich z.B. zum Erbgesundheitsgesetzes in der Zeit des Nationalsozialismus dar (vgl. Dörner, 2006, S 23ff).

Ein Thema, das erst seit relativ kurzer Zeit etwas Beachtung findet, ist die Familiengründung von Menschen mit geistiger Behinderung. Hier endete früher meist die Toleranz (vgl. Rett und Seidler, 1981, S 282ff oder Sporken, 1980, S 42) und hier endet sie für viele auch heute noch, aber langsam brechen die Vorurteile auf und man beginnt sich langsam wissenschaftlich mit der Thematik auseinanderzusetzen (vgl. Pixa-Kettner, 2006 oder Lenz et al., 2010).

Ähnliches erkennt man im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch. Wenngleich diese Thematik noch lange nicht in der Mitte der Gesellschaft angekommen ist, so gibt es zumindest einige wenige Erhebungen und Befragungen von betroffenen Menschen (vgl. Zemp und Pircher, 1996 oder Fegert, Jeschke, Thomas und

Lehmkuhl, 2006), die einen allgemeinen Einblick in die Situation von Menschen mit geistiger Behinderung schaffen. Ergebnisse dieser Forschungsarbeiten sollten folglich auch zu Konsequenzen in der Praxis führen.

9.3 Appell an die Wissenschaft

Die bereits erwähnte Problematik des Mangels an aktueller Literatur führt geradewegs zu einem Appell an wissenschaftliche Institutionen, weitere Forschung in diesem Bereich durchzuführen und an die verantwortlichen, politischen Stellen, die notwendigen finanziellen Mittel hierfür zur Verfügung zu stellen. Auch für die Pflegewissenschaft besteht hier Forschungsbedarf. Angehörige des Pflegeberufs sind sowohl für die Pflege und Betreuung als auch für die Beratung pflegebedürftiger Personen und ihrer Angehörigen zuständig. Sie stellen in vielen Fällen das Bindeglied zwischen verschiedenen Disziplinen wie Medizin, Physiotherapie oder Psychologie dar und tragen eine große Verantwortung wissenschaftlich fundiertes Fachwissen anzuwenden. Menschen mit geistiger Behinderung benötigen häufig Unterstützung in den unterschiedlichsten Bereichen, wobei die Gesundheits- und Krankenpflege im Krankenhaus ebenso wie im Pflegeheim oder im Zuge einer mobilen Versorgung wertvolle Maßnahmen zur Verbesserung der Lebensqualität setzen kann. Es ist die Aufgabe der Pflegewissenschaft und anderer wissenschaftlicher Disziplinen herausfinden, worin diese Lebensqualität besteht und wie sie gefördert werden kann.

Die Überarbeitung alter Standardwerke reicht nicht aus, um den gesamten Themenbereich abzudecken, denn es fehlen zu vielen Gebieten ganz grundlegende Informationen. Abgesehen von der anhaltenden Problematik geistige Behinderung zufriedenstellend zu definieren, konzentriert sich die entwicklungspsychologische Forschung in erster Linie auf Kinder ohne Behinderungen. Bei der Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung wäre dringend Forschung nötig, um die optimalen Fördermöglichkeiten eruieren zu können. Man findet aber auch kaum Unterlagen, die sich konkret mit der Schwangerschaftsverhütung von Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen. Meist wird dem Thema – wenn überhaupt – nur ein kurzes, allgemeines Kapitel eingeräumt (vgl. Walter, 2005e, S 366f oder Bosch, 2004, S 133ff). Dieselbe Situation bietet sich beim Thema sexuell übertragbare Krankheiten. Sehr viel mehr als ein paar allgemeine Sätze, wie wichtig

das Verhüten mit Kondom sei, ist nicht aufzutreiben (vgl. Achilles, 2010, S 92f). Walter (2005) widmet dem Thema Aids immerhin zwei Buchbeiträge (ebd., S 398ff). Von einer aktuellen Auseinandersetzung, die all die Veränderungen der letzten Jahre berücksichtigt, kann hier aber keine Rede sein.

Was man außerdem sehr stark bei den Recherchen zum Thema Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung vermisst, sind konkrete Zahlen und Fakten aus der Praxis. Quantitative Erhebungen wären in sämtlichen Bereichen notwendig, um die Ist-Situation ausreichend darzustellen und weitere Schritte einleiten zu können. Ebenso fehlen qualitative Erhebungen, die die Bedürfnisse und Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung, ihrer Familien und Professionistinnen und Professionisten sämtlicher Disziplinen erfassen. Die offenen Fragen beginnen bei der Sexualerziehung: Wie handhaben diese die Eltern üblicherweise? Werden Kinder mit geistiger Behinderung in der (Sonder-) Schule aufgeklärt? Welche Probleme gibt es hier und wo liegt der Unterstützungsbedarf? Sexualassistentinnen und -assistenten geben an, wichtige Dienste für Menschen oder in erster Linie Männer mit geistiger Behinderung zu leisten und einige wenige Erfahrungsberichte von Kunden bestätigen dies (vgl. Walter, 2008), aber eine wissenschaftliche Basis, die Professionalität gewährleisten könnte, fehlt völlig. Auch betreffend Sterilisation können nur Mutmaßungen angestellt werden, wie häufig diese heute noch durchgeführt werden. Ganz ähnlich sieht es beim Thema Ehe oder Schwangerschaft aus. Wie häufig kommt es zu Eheschließungen von Menschen mit geistiger Behinderung? Wie funktionieren diese Ehen? Gibt es Unterstützungsmöglichkeiten? Wie häufig kommt es zu Schwangerschaften bei Frauen mit geistiger Behinderung? Wie häufig werden diese abgetrieben? Wie oft werden die Kinder andernorts untergebracht? Wie gehen die Eltern damit um? Werden sie in dieser Phase unterstützt? Wie viele können ihr Kind selbst aufziehen? Gibt es negative Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder? Auch beim Thema sexueller Missbrauch wünscht man sich weitere Daten zu Häufigkeit, Präventionsmöglichkeiten oder der Situation in Betreuungseinrichtungen. Weitere Informationen wären auch nötig zur sexuellen Gewalt ausgehend von Menschen mit geistiger Behinderung. Zemp und Pircher (1996, S 77) fanden heraus, dass in 13,3% der befragten Fälle Heimbewohner die Täter waren. Zu den Hintergründen dieses Tätertypus oder den Präventionsmöglichkeiten gibt es aber noch weiteren Forschungsbedarf.

Alles in allem bietet diese Arbeit einen breiten Überblick über das umfassende Themenfeld der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Sie stellt eine Zusammenfassung an Informationen dar, die für Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung oder deren Pflege- und Betreuungspersonen, einen wichtigen Leitfaden im Umgang mit der Thematik bieten kann. Aber noch vielmehr kann sie als Anreiz betrachtet werden, weitere Forschung in diesem Bereich zu betreiben, da eine Vielzahl an relevanter Lücken aufgezeigt werden.

10 Literaturverzeichnis

Achilles, I. (2010). „Was macht Ihr Sohn denn da?“ Geistige Behinderung und Sexualität. München: Ernst Reinhardt.

Ahrbeck, B. (2011). Der Umgang mit Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer.

Aids Hilfe Wien (2011). Handlungsleitfaden. Akute HIV-Infektion in der allgemeinmedizinischen Praxis. Zugriff am 02.07.2012 unter http://www.aidshilfen.at/sites/www.aidshilfen.at/files/publikationen/HandlungsleitfadenDownloadFinal0211.pdf%20end_0.pdf

Alpha nova Betriebsgesellschaft m.b.H. Fachstelle Hautnah. Materialien. Zugriff am 02.07.2012 unter <http://www.alphanova.at/index.php?id=98>

Bach, H. (1981). Sexuelle Erziehung als Eingliederungshilfe bei geistiger Behinderung. Berlin: Carl Marhold.

Badelt, I. (2005). Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Erwachsener. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 237-249). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Beck, S. (2009). Kindschaftsrecht. Wien: MANZ.

Bergmann, H. (2005). Konzeption des Familienprojektes der Lebenshilfe GmbH Berling. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 350-362). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Bank-Mikkelsen, N.E. (2005). Das Normalisierungsprinzip – Betrachtungen aus Dänemark (1978). In Thimm, W. (Hrsg.) Das Normalisierungsprinzip, Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts (S. 50-61). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Bielefeldt, H. (2009). Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte. Zugriff am 18.03.2012 unter http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Essay/essay_zum_innovationspotential_der_un_behindertenrechtskonvention_aufgabe3.pdf

Borneman, E. (1981). Reifungsphasen der Kindheit. Sexuelle Entwicklungspsychologie Band 1. München: Jugend und Volk.

Bosch, E. (2004). Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung. Tübingen: dgvt-Verlag.

Bosch, E.; Suykerbuyk E. (2007). Aufklärung – Die Kunst der Vermittlung. Methodik der sexuellen Aufklärung für Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa.

Bundesgesetzblatt (2008). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Zugriff am 18.03.2012 unter http://www.monitoringausschuss.at/cms/monitoringausschuss/attachments/5/6/3/CH0912/CMS1305549014031/konv_txt_dt_bgbl.pdf

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2009). Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien: BMASK.

Bürgerliches Gesetzbuch. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – Familienrecht, § 1899 BGB Mehrere Betreuer. Zugriff am 07.08.2012a unter <http://www.buergerliches-gesetzbuch.info/bgb/1899.html>

Bürgerliches Gesetzbuch. Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) – Familienrecht, § 1905 BGB Sterilisation. Zugriff am 07.08.2012b unter <http://www.buergerliches-gesetzbuch.info/bgb/1905.html>

Codex Iuris Canonici. Codex Iuris Canonici/1983 online, Buch IV Heiligungsdienst der Kirche. Zugriff am 25.09.2012 unter <http://www.codex-iuris-canonici.de/indexdt.htm>

Couchoud, H.; Neumann, U. (2005). Von der Schwierigkeit, den Mittelweg zu finden. Sexualandragogische Bildungsarbeit mit geistigbehinderten Erwachsenen, deren Eltern und ehrenamtlichen MitarbeiterInnen. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 250-265). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Denzler, G. (1998). Die verbotene Lust. 2000 Jahre christliche Sexualmoral. In Kanitscheider, B. (Hrsg.), Liebe, Lust und Leidenschaft. Sexualität im Spiegel der Wissenschaft. (S. 189-198). Stuttgart:Hirzel.

De la Cruz, F.F.; LaVeck, G.D. (1975). Empfängnisverhütung für geistig Retardierte: Gegenwärtige Methoden und Zukunftsaussichten. In LaVeck, G.D.; de la Cruz, F. F. (Hrsg.), Geistig Retardierte und ihre Sexualität – soziokulturelle und medizinische Aspekte (S. 65-71). München: Ernst Reinhardt.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Zugriff am 19.02.2012 unter http://www.dimdi.de/dynamic/de/klasi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endfassung-2005-10-01.pdf

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2011): ICD-10-GM, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification. Zugriff am 21.02.2012 unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2012/systematik/>

Die Schatzkiste e.V. (2012). Schatzkiste Partnervermittlung. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.schatzkiste-partnervermittlung.eu/cms/>

Dörner, K. (2006). Der Nationalsozialismus. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 23-29). Stuttgart: Kohlhammer.

Dubitscher, F. (1937). Der Schwachsinn. Leipzig: Thieme.

Fegert, J. M.; Jeschke, K.; Thomas, H.; Lehmkuhl, U. (Hrsg., 2006), Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt, Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung. Weinheim und München: Juventa.

Freud, S. (2000). Der Untergang des Ödipuskomplexes. In Mitscherlich, A., Richards, A., Strachey, J. (Hrsg.), Sigmund Freud – Sexualleben, Band V (S. 243-251). Frankfurt: Fischer.

Freud, S. (2010). Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Hamburg: Nikol.

Fiedler, P. (2010). Sexualität. Stuttgart: Philipp Reclam jun.

Fischer, E. (2008). „Geistige Behinderung“ – Fakt oder Konstrukt? Sichtweisen und aktuelle Entwicklungen. In Fischer, E. (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 13-44). Oberhausen: ATHENA.

Gebhard, P.H., Johnson, A.B. (1979). The Kinsey Data: Marginal Tabulations of the 1938-1963 Interviews Conducted by the Institute for Sex Research. Philadelphia: W. B. Saunders Company.

Geerlings, W. (1993). Die Entstehung der christlichen Sexualmoral. Befreiende Askese oder Repression? In Binder, G., Effe, B. (Hrsg.), Liebe und Leidenschaft. Historische Aspekte von Erotik und Sexualität (S. 105-122). Trier: WVT.

Gossel, E. (2005). Mitarbeiterfortbildungen: Notwendigkeit, Ziele, Konzeption. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 221-230). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- Grimm, B. (2005). Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 299-304). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Hager, A. (2007). Gleichstellung: „Liebe mag ich sehr“. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.profil.at/articles/0738/560/184153/gleichstellung-liebe>
- Hahn, M. (2005). Pädagogische Ansätze – Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 110-127). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Heck, S. (2012). Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Heinz-Grimm, R. (2005). Regelung der Sterilisation im Betreuungsgesetz. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 375-388). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Hesse, W. (2006). Menschen mit geistiger Behinderung aus psychologischer Sicht: Konzepte und Tätigkeitsfelder. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 171-186). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hinz, A. (2006). Integration und Inklusion. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 251-261). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hoyler-Herrmann, A. (2005). Überlegungen zur Sexualpädagogik bei geistigbehinderten Erwachsenen. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 197-214). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Itaborahy, L. P. (2005). State-sponsored Homophobia, A world survey of laws criminalizing same-sex sexual acts between consenting adults. Zugriff am 20.10.2012 unter http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf
- Jacobi, V. (1980). Die Sexualität geistig Behinderter aus der Sicht der Rechtswissenschaft. In Sporken, P., Jacobi, V., Van der Arend, A. (Hrsg.), Die Sexualität im Leben geistig Behinderter (S. 95-140). Düsseldorf: Patmos.
- Jahn, K.; Eilers, M. (1996). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung, Schwierigkeiten im Umgang mit einem Tabu. In Herzog, G.; Tergeist, G. (Hrsg.), Störfall Sexualität, Intimitäten in der Psychiatrie (S. 178-189). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Jeschke, K.; Fegert, J. M. (2006). Die Sicht des Fachpersonals auf sexuelle Gewalt. In Fegert, J. M.; Jeschke, K.; Thomas, H.; Lehmkuhl, U. (Hrsg.), Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt, Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung (S. 315-425). Weinheim und München: Juventa.

Jeschke, K.; Lehmkuhl, U. (2006). Exkurs: Die Sicht des Fachpersonals auf Homosexualität. In Fegert, J. M.; Jeschke, K.; Thomas, H.; Lehmkuhl, U. (Hrsg.), Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt, Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung (S. 295-313). Weinheim und München: Juventa.

Johnson, W.R. (1975). Sexualerziehung geistig Retardierter (Mentally Retarded). In De la Cruz, F.; LaVeck, G.D. (Hrsg.), Geistig Retardierte und ihre Sexualität. Sozio-kulturelle und medizinische Aspekte (S. 46-55). München: Ernst Reinhardt.

Jung, E.; Krenzer, R. (1976). Hilfen zur Sexualerziehung Geistigbehinderter. Staufen/Breisgau: Kemper.

Kentler, H. (1984). Auf der Suche nach der Bedeutung eines Begriffes. In Kentler, H. (Hrsg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität (S. 7-55). Hamburg: Hoffmann und Campe.

Kestel, O. (2008). Juristische Aspekte der Sexualpädagogischen Begleitung von Menschen mit (geistiger) Behinderung. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualassistenz und Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung (S. 201-212). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Kinsey, A.C. (1984). Sexuelle Äußerungen von Kleinkindern. In Kentler, H. (Hrsg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität (S. 74-79). Hamburg: Hoffmann und Campe.

Kittler, H.; Riedl, E.; Böhler, K.; Valencak, J. (2006). Dermatologie und Venerologie im Überblick. Wien: Facultas.

Klauß, T. (2008). Selbstbestimmung als Leitidee der Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. In Fischer, E. (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 92-136). Oberhausen: ATHENA.

Klee, E. (2010). „Euthanasie“ im Dritten Reich. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens. Frankfurt: Fischer.

Knöpfel, S.; Hoffmann, K. (2002). Verhütung: Welche Methode passt zu mir? Stuttgart: TRIAS.

Kobi, E.E. (2006). Inklusion: Ein pädagogischer Mythos? In Dederich, M., Greving, H., Mürner, C., Rödler, P. (Hrsg.), Inklusion statt Integration? Heilpädagogik als Kulturtechnik (S. 28-44). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Kulig, W.; Theunissen G. (2006). Selbstbestimmung und Empowerment. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 237-250). Stuttgart: Kohlhammer.

Lempp, R. (2005). Pubertät und Adoleszenz beim geistigbehinderten Menschen. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 174-186). Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Lenz, A.; Riesberg, U.; Rothenberg, B.; Sprung, C. (2010). Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis. Freiburg: Lambertus.

Libida-Sexualbegleitung. Fachstelle .hautnah. für Sexualität, Beziehung, Behinderung. Zugriff am 02.07.2012 unter <http://www.libida-sexualbegleitung.at/index.php>

Markowetz, R. (2006). Menschen mit geistiger Behinderung zwischen Stigmatisierung und Integration – Behindertensoziologische Aspekte der These „Entstigmatisierung durch Integration!“ In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 142-159). Stuttgart: Kohlhammer.

Markowetz, R. (2008). Geistige Behinderung in soziologischer Perspektive. In Fischer, E. (Hrsg.), Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen – Theorien – aktuelle Herausforderungen (S. 238-291). Oberhausen: ATHENA.

Meisenbacher, K. (2006). Empfängnisverhütung. Methoden, Anwendung, Beratung. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Monitoringausschuss. Unabhängiger Monitoringausschuss zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (§ 13 Bundesbehindertengesetz). Zugriff am 18.03.2012 unter <http://www.monitoringausschuss.at/cms/monitoringausschuss/index.html>

Mühl, H. (2000). Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik. Stuttgart: Kohlhammer.

- Mühl, H (2006). Merkmale und Schweregrade geistiger Behinderung. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 128-141). Stuttgart: Kohlhammer.
- Neumann, J. (1999). Von der Variabilität eines Begriffs – 40 Jahre Normalisierungsprinzip. In Eisenberger, J., Hahn., M.Th., Hall., C., Koepp, A., Krüger, C. (Hrsg.), Das Normalisierungsprinzip – vier Jahrzehnte danach, Veränderungsprozesse stationärer Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung (S. 9-36). Reutlingen: Diakonie-Verlag.
- Noack, C.; Schmid, H. (2005). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung – eine verleugnete Realität. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 444-457). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Offit, A. (1979). Das sexuelle Ich. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Österreichische Gesellschaft für Sexualforschung. Zugriff am 28.05.2012 unter <http://www.oegs.or.at/index.htm>
- Paul, V., Voland, E. (1998). Die Evolution der Zweigeschlechtlichkeit. In Kanitscheider, B. (Hrsg.), Liebe, Lust und Leidenschaft. Sexualität im Spiegel der Wissenschaft. (S. 99-132). Stuttgart:Hirzel.
- Pitsch, H. (2006). Normalisierung. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 224-236). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pixa-Kettner, U. (2006, Hrsg.), Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Winter.
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S. (2006). Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung. In Pixa-Kettner, U. (Hrsg.), Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder (S. 73-85). Heidelberg: Winter.
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S.; Blanken, I. (1996). „Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte...“: Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos.
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S.; Blanken, I. (2005). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen empirischen Untersuchung. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 305-317). Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Praszler, M. (2003). Geistig behindert und Mutter – na und? Orientierung. Fachzeitschrift der Behindertenhilfe, 2/2003, S. 11-12.

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband (2005). Expertise. Sexuelle Assistenz für Frauen und Männer mit Behinderung. Zugriff am 02.07.2012 unter http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_sexuelle_assistenz.pdf

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband. Thema: Behinderung. Zugriff am 01.07.2012 unter <http://www.profamilia.de/publikation-forum-onlineberatung/publikationen/publikationen/pro-familia/thema-behinderung.html>

Rechtsinformationssystem (2009). Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Zugriff am 24.09.2012 unter http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblAuth/BGBLA_2009_I_135/BGBLA_2009_I_135.pdf

Rechtsinformationssystem (2012a). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 07.08.2012. Zugriff am 07.07.2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>

Rechtsinformationssystem (2012b). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Ehegesetz, Fassung vom 16.09.2012. Zugriff am 16.09.2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10001871>

Rechtsinformationssystem (2012c). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Strafgesetzbuch, Fassung vom 15.10.2012. Zugriff am 15.10.2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10002296>

Rechtsinformationssystem (2012d). Bundesrecht konsolidiert: Gesamte Rechtsvorschrift für Gleichbehandlungsgesetz, Fassung vom 21.10.2012. Zugriff am 21.10.2012 unter <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003395>

Rett, A. (1983). Die Sexualität Behinderter als lebenspraktisches Problem. In Rett, A. (Hrsg.), Die Sexualität geistig Behinderter (S. 43-52). Wien: Facultas.

Rett, A.; Seidler, H. (1981). Das hirngeschädigte Kind. Ärztliche, erzieherische und soziale Probleme. Wien: Jugend und Volk.

Scally, B. (1975). Ehen und geistige Behinderung (Marriageand Mental Handicap): Einige Beobachtungen in Nordirland. In: Geistig Retardierte und ihre Sexualität. Sozio-kulturelle und medizinische Aspekte. München: Ernst Reinhardt.

Schmidt, W. (1984). Die ersten Entwicklungsschritte. In Kentler, H. (Hrsg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität (S. 59-73). Hamburg: Hoffmann und Campe.

Schröder, S. (2005a). Sonderpädagogische Aspekte zur Sexualität geistig behinderter Kinder und Jugendlicher. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 128-147). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Schröder, S. (2005b). Fragebogen zur Sexualbiographie. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 217-220). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Seidel, M. (2006). Geistige Behinderung – Medizinische Grundlagen. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 160-170). Stuttgart: Kohlhammer.

Specht, R. (2004). ...in der Sexualität behindert? Ein kritischer Blick auf die Praxis. In: Behindert – Sexualität? Internationale Tagung und Workshops zum Thema Sexualität und Behinderung (S. 6-24). Wien: Caritas.

Speck, O. (2005). Menschen mit Behinderung – Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München: Ernst Reinhardt.

Spielhofer, H. (1977). Ursachen abweichenden Sexualverhaltens bei hirngeschädigten Jugendlichen. Unveröffentlichte Dissertation. Wien: Universität Wien, Grund- und integrativwissenschaftliche Fakultät.

Spitz, R.A. (1984). Lernziel „Sexualität“. In Kentler, H. (Hrsg.), Sexualwesen Mensch, Texte zur Erforschung der Sexualität (S. 80-101). Hamburg: Hoffmann und Campe.

Sporken, P. (1980). Sexualerziehung geistig behinderter Menschen. Pädagogisch-ethische Überlegungen. In Sporken, P., Jacobi, V., Van der Arend, A. (Hrsg.), Die Sexualität im Leben geistig Behinderter (S. 11-49). Düsseldorf: Patmos.

Statistik Austria (2011). Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2010. Wien. Zugriff am 5. Juli 2012 unter http://www.statistik.at/dynamic/wcmsprod/idxplg?IdxService=GET_NATIVE_FILE&dID=108870&dDocName=059824

Stöckmann, F. (2005). Sexualität und geistige Behinderung aus ärztlicher Sicht. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 59-75). Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Störmer, N. (2006). Die Entwicklung der Erziehung, Bildung und Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung von den Anfängen bis zur Zeit des Nationalsozialismus. In Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.), Pädagogik bei geistigen Behinderungen, Ein Handbuch für Studium und Praxis (S. 12-22). Stuttgart: Kohlhammer.

Thimm, W. (2005). Das Normalisierungsprinzip – eine Einführung (1979). In Thimm, W. (Hrsg.), Das Normalisierungsprinzip, Ein Lesebuch zu Geschichte und Gegenwart eines Reformkonzepts (S. 12-31). Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Thomas, H.; Kretschmann, J.; Lehmkuhl, U. (2006). Die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu sexueller Selbstbestimmung und sexualisierter Gewalt. In Fegert, J.M.; Jeschke, K.; Thomas, H.; Lehmkuhl, U. (Hrsg.), Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt, Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung (S. 69-226). Weinheim und München: Juventa.

United Nations (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol. Zugriff am 18.03.2012 unter <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>

Walter, J. (2005, Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005a). Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 29-37). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005b). Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 160-173). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005c). AIDS – Ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? In Walter, J. (Hrsg.), Sexualität und geistige Behinderung (S. 398-408). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005d). Sexuelle Partnerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 290-296). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005e). Empfängnisverhütung und Sterilisation behinderter Menschen aus sexualpädagogischer Sicht. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 365-374). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2005f). Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 414-420). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

In Walter, J. (Hrsg., 2008), *Sexualassistenz und Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2008a). Zur Einführung: Was ist Sexualassistenz? Was kennzeichnet professionelle Sexualbegleitung? In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualassistenz und Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 11-14). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Walter, J. (2008b). Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualassistenz und Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 15-30). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Wipplinger, R.; Amann, G. (1998). Zur Bedeutung der Bezeichnung und Definition von sexuellem Missbrauch. In Wipplinger, R.; Amann, G. (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Überblick zu Forschung, Beratung und Therapie* (S. 13-38). Tübingen: dgvt-Verlag.

Wohlhüter, H. (2005). Vom Erwachsenwerden des geistigbehinderten Menschen. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 187-194). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Wohngruppenverbund der Gustav Werner Stiftung Reutlingen (2005). Konzeption zur Betreuung von Eltern mit einer geistigen Behinderung. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 343-349). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

World Health Organisation (2000). *Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action*. Guatemala. Zugriff am 31. Juli 2012 unter <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PromotionSexualHealth.pdf>

World Health Organisation (2011). 30 000 Todesfälle bei Frauen könnten verhindert werden – WHO-Regionalbüro für Europa fordert entschlosseneres Handeln gegen Gebärmutterhalskrebs. Zugriff am 01. September 2012 unter <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/information-for-the-media/sections/latest-press-releases/deaths-of-30-000-women-can-be-prevented-who-europe-calls-for-more-action-on-cervical-cancer>

Wunder, M. (2005). Umgang mit dem Problem „AIDS“ im Zusammenleben geistig behinderter Menschen. In Walter, J. (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 409-412). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

Zemp, A; Pircher, E. (1996). Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Wien: Bundesministerium für Frauenangelegenheiten.

11 Anhang

11.1 Abstract

War es vor einigen Jahrzehnten noch undenkbar, dass auch Menschen mit geistiger Behinderung ihre Sexualität ausleben dürfen, so brechen heute langsam die Vorurteile auf und man versucht ihnen vielfach ein möglichst selbstbestimmtes und „normales“ Leben zu ermöglichen. Ausgehend von der Forschungsfrage „Wie ist der aktuelle Stand der Literatur zum Thema ‚Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung‘?“ wird das Themengebiet in fünf Schwerpunkte eingeteilt: Sexualerziehung, Beziehung und Ehe, Schwangerschaft und Kinderwunsch, sexuell übertragbare Krankheiten und sexueller Missbrauch von Menschen mit geistiger Behinderung. Mittels Literaturstudie wird die verfügbare Literatur zu den verschiedenen Themenschwerpunkten erhoben und umfassend zusammengefasst. Ergebnis der Arbeit ist ein ausführliches Gesamtbild der Situation von Menschen mit geistiger Behinderung und deren Sexualität. Obwohl sich diese Situation im Allgemeinen recht positiv entwickelt hat, fehlen in vielen Bereichen aktuelle Informationen. Hier gibt es fast völlig unangetastete Gebiete wie sexuell übertragbare Krankheiten oder andere, wie Schwangerschaft oder sexueller Missbrauch, wo noch dringend weitere Forschungsarbeit notwendig wäre.

Some decades ago nobody could imagine, that people with mental handicaps are allowed to live their sexuality, but today prejudices are getting smaller and in many cases it is tried to offer them a mostly self determined and “normal” life. Based on the research question “How is the current state of the literature to the topic ‘sexuality of people with mental handicaps’?” the topic is grouped into five main focuses: sex education, relationship and marriage, pregnancy and desire for a child, sexually transmitted diseases and sexual abuse of people with mental handicaps. Using a literature study all available literature to these main topics is collected and broadly summarized.

The outcome of this paper is a detailed overview of the situation of people with mental handicaps and their sexuality. Although this situation has generally developed quite positive, in many areas information is missing. There are nearly untouched fields, like sexually transmitted diseases or others, like pregnancy or sexual abuse, where more research work is needed urgently.

11.2 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Melanie Scheickl
Geburtsdatum	10.06.1986
E-Mail	melanie.scheickl@gmx.at

Schule

06/2004	AHS Matura
2000-2004	BORG St. Pölten (naturwissenschaftlicher Schwerpunkt)
1992-2000	Volks- und Hauptschule Kirchberg/Pielach

Studium

2005-2012	Studium der Pflegewissenschaft, Universität Wien
2004-2005	Studium der Humanmedizin, Medizinische Universität Wien

Praktika

07-08/2008	Ferialpraktikum im „Neurologischen Zentrum Rosenhügel“ (Kinderpsychiatrische Station)
07-08/2007	Ferialpraktikum im „Neurologischen Zentrum Rosenhügel“ (Allgemeine Neurologie)
07-08/2006	Ferialpraktikum im „Neurologischen Zentrum Rosenhügel“ (Stroke Unit/Intermediär Station)
08/2005	Ferialpraktikum im „Rehabilitationszentrum Weißer Hof“ (Verwaltung)