

Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung

- Zwischen Bevormundung und Selbstbestimmung -

Bachelorarbeit zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Arts (B.A.)

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Verfasserin: Luise Kutz, geboren am 27.08.1992

Erstgutachter: Prof. Dr. Frederick Poppe

Zweitgutachter: Prof. Dr. Jens Borchert

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Begriffsklärungen.....	3
1.1 Definition von kognitiver Behinderung anhand des bio-psycho-sozialen Modells.....	4
1.2 Sexualität.....	6
1.2.1 Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung.....	7
1.2.2 Recht auf Sexualität.....	8
2. Vorurteile, Erschwernisse und Bevormundung der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung.....	9
2.1 Vorurteile von kognitiver Behinderung und Sexualität.....	9
2.2 Erschwernisse und Bevormundung der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung.....	11
2.2.1 Verhütung und Sterilisation.....	11
2.2.2 Fehlende Sexualerziehung.....	14
2.2.3 Strukturelle Erschwernisse in den Lebens- und Wohnräumen....	15
3. Handlungsempfehlungen, Methoden und Angebote für die Stärkung von sexueller Selbstbestimmung.....	17
3.1 Sexualpädagogische Angebote	17
3.1.1 Sexualerziehung und Sexuelle Bildung.....	17
3.1.2 Partnervermittlung.....	20
3.1.3 Sexualassistenz und Sexualbegleitung.....	22
3.2 Handlungsempfehlungen für Institutionen und deren Mitarbeiter_innen	25
4. Fazit.....	29
5. Quellen.....	31
6. Eidesstattliche Erklärung.....	37

Einleitung

„Sexualität ist ein Wesensmerkmal des Menschen; ohne Sexualität gibt es kein Menschsein!“

(Plaute 2006, S. 507)

Die Sexualität ist Teil des menschlichen Lebens und gehört zum Alltag unserer Gesellschaft hinzu. Mit ihr drücken Menschen verschiedene Empfindungen und Gefühle aus; sie ist Bestandteil der Persönlichkeit.

Sie umfasst nicht nur die Genitalsexualität, sondern auch den Austausch von Gefühlen, Worten und Gesten sowie die geschlechtliche Identität und sexuelle Orientierung eines Menschen. Die Sexualität beeinflusst das Leben eines Menschen, seine Entwicklungen und die Formen des Zusammenlebens.

Doch was für Menschen ohne eine Behinderung meist keine großen Hürden beinhaltet, stellt für Menschen mit einer kognitiven Behinderung oftmals eine Schwierigkeit dar. Das liegt nicht zwangsläufig an eingeschränkten kognitiven und körperlichen Fähigkeiten der Menschen. Die Einschränkung ihrer Sexualität ist vielmehr auf die gesellschaftlichen Bedingungen zurückzuführen (vgl. Ortland 2016, S. 20).

Obwohl seit einigen Jahren an vielen Orten ein Umdenken stattfindet, lassen sich gesellschaftlich und institutionell immer noch Formen der Bevormundung hinsichtlich der Sexualität von Menschen mit Behinderungen finden.

Aus meinem privaten Umfeld und durch meine Arbeit in der Freizeitbegleitung von Menschen mit kognitiver und teilweise auch körperlicher Behinderung bekam ich einen Eindruck davon, dass es für diese Menschen keine oder sehr eingeschränkte Möglichkeiten gibt ihre Sexualität auszuleben. Zeigte sich die Sexualität der zu Betreuenden in Form von Selbstbefriedigung oder Mitteilung von romantischen Gefühlen, wurde dies umgehend untersagt und abwertend kommentiert.

Hier zeigt sich, dass die Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung teilweise als ein Tabuthema gilt. Sexualität und Behinderung

scheinen nicht zusammenzupassen.

Die selbstbestimmte Sexualität bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung ist keine Selbstverständlichkeit in deren Leben. Obwohl die Gesellschaft gegenüber diesem Thema und der Lebenssituation dieser Menschen zunehmend sensibilisiert wird, stellt die Umsetzung von sexualpädagogischen Inhalten vor Ort noch häufig ein Problem dar (vgl. Specht 2013, S. 293).

In der Gesellschaft kommen bei Fragen über die Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung Unsicherheiten und das Gefühl von Hilflosigkeit auf. Die Gründe dafür werden in der vorliegenden Arbeit thematisiert.

Wie oben bereits erwähnt, sind auch Fortschritte hinsichtlich dieser Thematik zu beobachten. Vielerorts bekommen Menschen mit einer kognitiven Behinderung mittlerweile die Möglichkeit ihre Sexualität auszuleben. Durch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, dem Normalisierungsprinzip, sowie dem immer mehr an Bedeutung gewinnenden Ansatz des Empowerments, können Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung zunehmend ihre Sexualität selbstbestimmt entfalten. Dazu tragen auch spezielle Angebote, wie Sexuelle Bildung oder die Sexualassistenz bei.

Die Erkenntnis wächst, dass den Menschen mit einer Behinderung die gleichen Rechte und Grundbedürfnisse, sowie deren Verwirklichung zufallen müssen wie den Menschen ohne eine diagnostizierte Behinderung. In vielen Fällen ist die eigentliche Behinderung für diese Menschen nicht ihre Beeinträchtigung selbst, sondern deren Lebensverhältnisse, die ihre Entwicklung und die Chancen auf eine selbstbestimmte Sexualität behindern (vgl. Specht 2013, S. 291 f.; 298).

Diese Bachelorarbeit will den Fragen nachgehen, welche Formen der Bevormundung sich gesellschaftlich und in Institutionen der Eingliederungshilfe finden lassen. Es wird untersucht, inwieweit das Recht auf Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung realisiert wird bzw. welche Möglichkeiten zur Verwirklichung ihrer Sexualität existieren und wie sie in der Praxis angenommen und umgesetzt werden. Dabei werden auch ausgewählte Beispiele für die Praxis aufgezeigt, welche als Handlungsempfehlungen für Einrichtungen der Eingliederungshilfe gelten können. Die Auseinandersetzung mit dem Thema „Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung“ erfolgt in drei

Abschnitten. Zu Beginn wird der Begriff der geistigen Behinderung mittels der Klassifikation des „International Classification of Functioning, Disability and Health“, dem bio-psycho-sozialen Modell definiert.

Des Weiteren wird im ersten Kapitel der Begriff der Sexualität erläutert und es wird speziell auf die Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung eingegangen.

Ausgehend von diesen Begrifflichkeiten werden im zweiten Kapitel die teilweise immer noch herrschenden Vorurteile und Vorstellungen gegenüber der Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung dargestellt, sowie anschließend Formen der Bevormundung von Sexualität erläutert.

Im dritten Kapitel werden vorhandene Methoden und Angebote, welche zur Stärkung von sexueller Selbstbestimmung beitragen können, genannt und diskutiert. Neben einem Konzept für Institutionen der Eingliederungshilfe und dem Angebot der Sexuellen Bildung, werden die Sexualbegleitung und Partnervermittlungsagenturen für Menschen mit Behinderung vorgestellt.

Ein Fazit wird abschließend einen zusammenführenden Ausblick auf die Thematik geben.

1. Begriffsklärungen

Der Begriff Behinderung hat sich im Laufe der Geschichte stetig verändert und entwickelt. Die Bezeichnung wird häufig kritisiert, da sie auf viele Menschen diskriminierend wirkt und mit der Zeit eine negative Konnotation entwickelt hat. Des Weiteren passt sie nicht zu einem ressourcenorientierten Blick, welcher schon seit längerem in der Pädagogik, in der Sozialen Arbeit und in anderen Bereichen angewendet wird. Es findet eine ständige Entwicklung in der Begriffsfindung statt, denn es wird nach einer neutraleren, weniger stigmatisierenden Bezeichnung gesucht, welche bis jetzt noch nicht gefunden werden konnte, bzw. sich noch nicht durchgesetzt hat. Generell kann jedoch davon ausgegangen werden, dass der Begriff Behinderung vielseitig belegt ist und es schwierig wird, diese Vielfaltigkeit in ihrem ganzen Umfang zu beleuchten. Im Folgenden habe ich mich aufgrund dessen für eine mir umfassend erscheinende und weitgehend wertneutrale Definition entschieden.

1.1 Definition von kognitiver Behinderung anhand des bio-psycho-sozialen Modells

Der Begriff der kognitiven Behinderung wird anhand der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ definiert, welche von der WHO (World Health Organisation) entwickelt wurde. Die Übersetzung in deutscher Sprache lautet „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“. Im Folgenden wird die Klassifikation mit ICF abgekürzt.

Dem Konzept der ICF liegt das bio-psycho-soziale Modell zugrunde und bezieht sich auf die funktionale Gesundheit des Menschen.

Funktional gesund bedeutet, dass die körperlichen und mentalen Funktionen und Strukturen einer Person mit denen einem der Norm entsprechenden, als gesund geltenden Menschen übereinstimmen. Zudem bedeutet funktional gesund, dass die aktive Teilhabe einer Person, an allen gewünschten Lebensbereichen in dem Umfang möglich ist, wie bei Menschen ohne körperliche und kognitive Beeinträchtigungen. Somit werden die biologischen, psychischen und sozialen Komponenten von Gesundheit unter dem Blickwinkel der Kontextfaktoren eines Menschen mit einbezogen. Die Kontextfaktoren umfassen die Umwelt- und personenbezogenen Faktoren, wobei letztere in der Definition von Behinderung der ICF keine Anwendung finden (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005, S. 4 f.).

Demnach liegt laut der ICF eine Behinderung vor, wenn die physiologischen und psychologischen Funktionen des Körpers, sowie die körperlichen Strukturen, wie Organe und Gliedmaßen, geschädigt sind. Unter Schädigung versteht sich eine Abweichung von den allgemein anerkannten medizinischen Standards des Körpers. Des Weiteren gilt eine Person als behindert, wenn ihre Aktivitäten und die Teilhabe am Leben beeinträchtigt ist (vgl. ebd., S. 17-20).

In der Klassifikation sind auch die Umweltfaktoren von Bedeutung. Diese können sich beeinträchtigend oder begünstigend auf einen Menschen auswirken. Negative Umweltfaktoren sind beispielsweise soziale, materielle und strukturelle Barrieren und Hindernisse, welche sich behindernd auf die Leistungsfähigkeit eines Menschen in der Gesellschaft auswirken können.

Alle genannten Komponenten stehen miteinander in einer Wechselwirkung welche

in der Diagnose die Behinderung herausstellen (vgl. ebd., S. 21 ff.).

Die ICF gebraucht anstelle des gegenwärtig gängigsten Begriff der geistigen Behinderung, die Umschreibung „Person mit einem Problem im Lernen“ (vgl. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen 2005, S. 171). Dieser Begriff lehnt sich an die Verwendung der Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ an, welcher von der Selbstvertretung behinderter Menschen bevorzugt wird. In Deutschland wird die Initiative durch den Verein „People First e.V.“ vertreten, welcher den Ausdruck „geistige Behinderung“ ablehnt und sich für dessen Abschaffung einsetzt. Lernschwierigkeit bezieht sich demnach auf das „anders Lernen“, ein langsames Lernen, das einer vermehrten Unterstützung bedarf. Für die Menschen der People First – Bewegung ist der Begriff „geistig behindert“ mit dem Vorurteil von „Dummsein“ und „Nicht-Lernen Können“ behaftet (vgl. Pracher 2014, S. 56).

Aufgrund des besseren Verständnisses und der auch hier vorhandenen Kritik, habe ich mich zwar gegen den Begriff „geistige Behinderung“ entschieden, verwende jedoch auch nicht die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ für die vorliegende Arbeit. Weitgehend wird die alternative Begrifflichkeit „kognitive Behinderung“ genutzt.

Im aktuellen Forschungsstand werden die kognitiven Fähigkeiten immer mehr von den geistigen Fähigkeiten abgegrenzt. Kognition bezieht sich vorrangig auf das Wahrnehmen, Denken und Erkennen, worunter zum Beispiel die Lernfähigkeit und das Abstraktionsvermögen fallen. Mit der Verwendung des Begriffs kognitiv, geschieht eine Abgrenzung zu den geistigen Fähigkeiten wie dem Empfinden von Emotionen, Fühlen und Erleben, welche bei den meisten Menschen mit einer diagnostizierten Behinderung gar nicht beeinträchtigt sind (vgl. Pracher 2014, S. 55 f.).

1.2 Sexualität

Sexualität in ihrer Gesamtheit zu erfassen gilt bislang aufgrund der Vielfältigkeit und der unterschiedlichen Dimensionen, welche sie beinhaltet, als

unabgeschlossen (vgl. Ortland 2008, S. 16).

In der Sexualwissenschaft wird von einer Multifunktionalität der Sexualität gesprochen, deren einzelne Aspekte in einer engen Wechselbeziehung stehen und weitaus mehr Funktionen erfüllen als die bloße Fortpflanzung (vgl. Beier / Loewit 2011, S.12 ff.).

Es lassen sich dabei vier Komponenten von Sexualität bestimmen: der Fruchtbarkeitsaspekt, der Identitätsaspekt, der Lustaspekt und der Beziehungsaspekt in Verbindung mit dem Kommunikationsaspekt. Der Fruchtbarkeitsaspekt bezieht sich ausschließlich auf die sogenannte Genitalsexualität im Sinne der Fortpflanzung. Der Identitätsaspekt beinhaltet die geschlechtliche Zugehörigkeit, sowie die sexuelle Orientierung eines Individuums. Der Lustaspekt beschreibt die „Möglichkeit des Lustgewinns durch sexuelles Erleben“ (Beier / Loewit 2011, S.12). Im Zusammenspiel können der Kommunikations- und Beziehungsaspekt betrachtet werden, welche wohl die gesellschaftlich größte Rolle einnehmen, da sie auch bei Menschen, die keine körperlichen sexuellen Bedürfnisse haben oder dem Bedürfnis nicht nachgehen, auf der zwischenmenschlichen Ebene eine Relevanz besitzen (vgl. Beier / Loewit 2011, S.12 ff.).

Hier wird die Bedeutung der Sexualität für die „Befriedigung grundlegender biopsychosozialer Bedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe, Sicherheit und Geborgenheit durch sexuelle Kommunikation in Beziehungen“ (Beier / Loewitt 2011, S. 14) sichtbar.

Diese vier Dimensionen der Sexualität werden, abhängig von der Lebensphase, in Phantasie und Realität unterschiedlich bedeutsam erlebt.

Durch diese Definition wird deutlich, dass sich Sexualität nicht nur als Genitalsexualität versteht, sondern vor allem auch auf zwischenmenschlicher Ebene von entscheidender Bedeutung ist. Die Sexualität befähigt den Menschen in seiner persönlichen Selbstentfaltung und ist eine Form der Kommunikation. Mithilfe der Sexualität werden Gefühle gezeigt und es bilden und verstärken sich Beziehungen (vgl. Walter 2005, S.34 f.). Es wird ersichtlich, dass die Sexualität ein grundlegendes Bedürfnis des Menschen ist und dass sie alle Bereiche des Lebens prägt. Ebenso ist Sexualität ein wesentliches Element bei der Ausbildung der Identität und der Entwicklung der Persönlichkeit eines Menschen.

Somit lässt sich auch, wie die vorangegangene Definition von kognitiver Behinderung, Sexualität als eine biologische, psychologische und soziale Komponente des Lebens eines Menschen verstehen (vgl. Beier / Loewit 2011, S.12 ff.).

1.2.1 Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung

Menschen mit kognitiver Behinderung haben, so sind sich viele Fachleute einig, keine „gesonderte“ Sexualität. Die Bedürfnisse nach emotionaler und körperlicher Nähe, Liebe, Lust, Freundschaften oder einer festen Partnerschaft, unterscheiden sich nicht von derer ohne Behinderung (vgl. Ortland 2008, S. 75).

Auch Menschen ohne kognitive Behinderung erleben individuelle Erschwernisse ihrer Sexualität. Neben diesen individuellen Erschwernissen ergeben sich teilweise für Menschen mit einer Behinderung zudem beeinträchtigungsbedingte Einschränkungen. Unter anderem können die oftmals bestehenden Kommunikationsdefizite, verstärkt durch ein mangelndes Körperbewusstsein, die Ausübung der Sexualität erschweren. Gefühle und Bedürfnisse können nicht ausreichend oder gar nicht kommuniziert werden (vgl. Ortland 2016. S. 17). Zudem fehlt häufig das Wissen über Möglichkeiten der Selbstbefriedigung oder dem sexuellen Kontakt mit anderen Personen. Dies kann beispielsweise zu Hindernissen in der Lösung von Konflikten oder Unsicherheiten in der Partnerschaft und beim Geschlechtsverkehr führen (vgl. Mattke 2004, S.45 f.).

Bei Menschen mit einer Behinderung besteht aufgrund der körperlichen und kognitiven Einschränkungen häufig eine erhöhte soziale und körperliche Abhängigkeit. Dies erschwert vor allem in der Jugend die Möglichkeit selbstständig und unabhängig von betreuenden Personen andere gleichaltrige Kontakte und Begegnungen zu haben und in einen Austausch zu gehen (vgl. Hennies / Sasse 2004, S.70 f.). Der dadurch entstehende Mangel an Erfahrungen, unabhängig von Erwachsenen, behindert den psychosozialen Prozess der Pubertätsentwicklung, welcher von großer Bedeutung für die Entwicklung der eigenen Sexualität ist und das Kennenlernen eine_r potenziellen Partner_in

schwieriger gestaltet (vgl. Mattke 2004, S. 52 f.).

Zusätzlich können weitere individuelle Gegebenheiten und spezifische körperliche Einschränkungen die sexuelle Aktivität beeinträchtigen, worauf an dieser Stelle jedoch nicht weiter eingegangen wird.

1.2.2 Recht auf Sexualität

Sexualität gehört zu den Grundbedürfnissen des Menschen (vgl. Castendiek, Hoffmann 2009, S.194). Eine eindeutige Gesetzesformulierung, welche das Recht auf Sexualität und Selbstbestimmung eines Menschen darlegt, existiert derzeit noch nicht. Jedoch lässt sich dieses Recht aus mehreren deutschen Gesetzestexten und der Behindertenrechtskonvention zusammenführend herleiten.

Beispiele finden sich im Deutschen Grundgesetz: Aus Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar. [...]“ in Verbindung mit Art. 2 „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit [...]“, lässt sich ein Recht auf Sexualität generieren.

Dass diese Rechte ebenso Menschen mit Behinderungen zustehen, ist selbstverständlich und in Art. 3 GG „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ festgehalten.

Ergänzend dazu steht in der UN-Behindertenrechtskonvention Art. 23 geschrieben, dass Menschen mit Behinderungen die gleichen Rechte in Bezug auf Familie, Eheschließung und Fortpflanzung haben, wie Menschen ohne Behinderung. Art. 23 der UN-Behindertenrechtskonvention hält fest: „Jeder Mensch mit Behinderung hat das Recht, zu heiraten und eine Familien zu gründen. Auch wie viele Kinder ein Mensch haben möchte, muss jeder einzelne für sich selbst entscheiden (Paragraf 23, 1b).“

Es heißt auch, dass sie bei der Ausübung ihres Rechtes unterstützt werden sollen, in Form von Informationen, Aufklärung und mit der Bereitstellung notwendiger Mittel.

Die Bedeutsamkeit einer freien Ausübung von Sexualität neben einem angemessenen Umgang mit der Menschenwürde erschließt sich daraus, dass die Unterdrückung sexueller Bedürfnisse nicht nur eine erhebliche Beeinträchtigung

der Lebensqualität bedeutet, sondern auch „Ursache vieler psychosomatischer Störungen und Erkrankungen sein kann“ (Mösler 2002, S. 49). Daraus wird deutlich, dass Sexualität ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen darstellt.

Eine rechtliche Grundlage für die freie Entfaltung der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung ist also gegeben, insofern sie dabei andere nicht beeinträchtigen oder schädigen. Dennoch sind weitestgehend soziale und strukturelle Bevormundungen und Einschränkungen der Sexualität von Menschen mit Behinderung festzustellen, die im Weiteren näher erläutert werden.

2. Vorurteile, Erschwernisse und Bevormundung der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung

Nachdem begriffliche Definitionen erfolgt sind und ein Überblick über die Probleme hinsichtlich der Ausübung von Sexualität bei Menschen mit kognitiver Behinderung gegeben wurde, werden nun Vorurteile, Erschwernisse und Bevormundungen der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung aufgezeigt.

2.1 Vorurteile von kognitiver Behinderung und Sexualität

In unserer Gesellschaft existieren viele Vorurteile gegenüber der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung.

Die wohl weitreichendste Fehlannahme von kognitiver Behinderung ist die, dass sie ein sog. „Erwachsensein“ ausschließt. Menschen mit einer solchen Behinderung wird aufgrund ihrer intellektuellen Einschränkungen ein ewiges „Kindsein“ zugeschrieben. Diese sogenannte Infantilisierung beinhaltet sowohl ein Vorurteil, als auch eine Bevormundung der betroffenen Personen. Dies ergibt sich daraus, dass Menschen mit einer Behinderung oftmals ihr ganzes Leben auf fremde Hilfe angewiesen sind. Ihnen wird daher von der Gesellschaft eine andauernde Unfähigkeit zugeschrieben, reife und mündige Entscheidungen treffen zu können, was wiederum mit einem „Erwachsensein“ assoziiert wird (vgl. Walter

2005, S. 32 f., 417 f.).

„Geistige Behinderung schließt demnach Erwachsensein aus. Dazu gehört dann die assoziative Verknüpfung eines sogenannten ‘Behinderungssyndroms’ von Unselbstständigkeit, Unreife, Ehelosigkeit, keine oder allenfalls kindliche Sexualität.“ (Walter 2005, S. 417).

In Bezug auf die grundlegende Thematik bedeutet das dann ebenfalls eine kindliche Sexualität, die naiv und geschlechtslos ist und keine sexuellen Bedürfnisse beinhaltet. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit kognitiver Behinderung keine Sexualität besitzen, wonach kein Umgang mit jener als notwendig erscheint (vgl. Walter 2005, S. 32).

Andererseits jedoch werden Menschen mit kognitiver Behinderung in der Gesellschaft als besonders triebhaft und lustgesteuert angesehen. Ihre Sexualität wird nicht differenziert, sondern als bloße Triebbefriedigung mit einhergehender Distanzlosigkeit betrachtet. Die Beziehungs- und Kommunikationsebene, wie unter Kapitel 1.2 beschrieben, welche ebenso von Bedeutung ist, wird dabei außer Betracht gelassen. Die Fähigkeit eine Partnerschaft einzugehen und romantische Gefühle zu empfinden wird ihnen daher abgesprochen (vgl. Walter 2005, S. 32 f.; Mattke 2004, S. 47)

Menschen mit kognitiver Behinderung sind weder besonders triebgesteuert, noch haben sie keine Sexualität. Sie haben die gleichen Bedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit, Lust und Leidenschaft, wie Menschen ohne Behinderung (vgl. Schmetz / Stöppler 2007; zit. n. Ortland 2008, S. 75).

2.2 Erschwernisse und Bevormundung der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung

2.2.1 Verhütung und Sterilisation

Bevor es zum Geschlechtsverkehr kommt, sollten sich alle Menschen darüber informieren, was sie tun können, um eine Schwangerschaft oder Geschlechtskrankheiten zu vermeiden.

Zu einer selbstbestimmten Sexualität tragen unter anderem die selbstständigen

Entscheidungen über Verhütung und Sterilisation bei (vgl. Specht 2013, S. 297). Bei Menschen mit Behinderung sind es jedoch oftmals die Eltern und Betreuer_innen und nicht sie selbst, die sich mit dem Thema auseinandersetzen. Daraus entsteht schnell eine fremdbestimmte Anwendung bestimmter verhütender Maßnahmen (vgl. Jeschke u. a. 2006, S. 248 ff.).

Die teilweise immer noch praktizierte Zwangsverhütung oder gar Sterilisation von Menschen mit kognitiver Behinderung ist eine nicht unwesentliche Form der Bevormundung der sexuellen Selbstbestimmung.

Bis zum Herbst 1986 war die Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung eine Selbstverständlichkeit, bei der es nur die Einwilligung eines Elternteils oder des Vormundes bedurfte. Erst nachdem im Jahr 1986 mehrere Anklagen von Staatsanwälten wegen des Verdachts der Körperverletzung und Zwangssterilisation gegen verschiedene Ärzte erhoben wurden, wurde 1992 das Betreuungsgesetz mit dem Paragraphen 1905 eingeführt (vgl. Walter 2005 S. 364 f.). Dieses Gesetz regelt die Vormundschaft und die Pflege für geschäftsunfähige oder nur teilgeschäftsfähige Personen (vgl. Heinz-Grimm 2005, S. 375).

Fast alle Formen der Sterilisation und Schwangerschaftsverhütung sind mit einem ärztlichen Eingriff verbunden und bedürfen somit rechtlich einer Einwilligung des/der Patient_in. Ein Problem bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung ergibt sich hierbei, da sie oft nicht in der Lage sind den ärztlichen Eingriff und die damit verbundenen möglichen Nebenwirkungen zu verstehen und sie somit keine klare Einwilligung geben können (vgl. Jacobi 2005, S. 102-106; Heinz-Grimm 2005, S.375-379).

Ist ein Mensch mit kognitiver Behinderung nicht selbst geschäftsfähig, übernimmt die Einwilligung zur Sterilisation in der Regel ein_e bestellte_r Betreuer_in. Diese Person muss dabei aber auch den Willen des zu sterilisierenden Menschen beachten und kann nur bei dessen Zustimmung den Eingriff durchführen lassen.

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

Die Einwilligung muss seitens der zu sterilisierenden Person ohne Zwang erfolgen. Die Sterilisation bleibt jedoch das letzte Mittel zur Schwangerschaftsvermeidung, zuvor müssen andere zumutbare Verhütungsmittel und Methoden in Betracht gezogen und darüber aufgeklärt werden (vgl. ebd.).

Auch bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung kann der Wunsch nach Partnerschaft und Kindern bestehen. Doch Elternschaft mit kognitiver Behinderung wird gesellschaftlich sehr kontrovers diskutiert (vgl. Pixa-Kettner / Bargfrede 2008, S. 73 ff.).

Elternsein mit kognitiver Behinderung gilt als kein zu vereinbarender Zustand. In der Gesellschaft wird es als problematisch angesehen, dass Menschen mit einer kognitiven Behinderung ein Kind bekommen und so in eine Lebenssituation geraten könnten, die sie selbst überfordert und die Umwelt erhöhte Ressourcen kosten könnte. Daher wird es als wünschenswert angesehen, wenn eine mögliche Schwangerschaft der Frau oder mögliche Vaterschaft von vornherein sicher ausgeschlossen wird (vgl. Hennies / Sasse 2004, S.74 ff.). Dies ist jedoch bei den gängigen Verhütungsmitteln nicht zu einhundert Prozent gewährleistet, da diese Mittel oft eine regelmäßige und komplizierte Einnahme erfordern oder sich die Wirkung mit anderen Medikamenten, wie z.B. Antiepileptika, nicht verträgt. Eine Sterilisation bietet da die wohl sicherste Form der Schwangerschaftsvermeidung, weshalb sie bevorzugt in Betracht gezogen wird. Jene ist heute, aufgrund des eingeführten Betreuungsgesetz, nicht mehr ohne Weiteres umzusetzen.

Dabei sind mögliche gesundheitliche Nebenwirkungen und Spätkomplikationen der Sterilisation, das frühere Eintreten der Wechseljahre oder psychische Belastungen wie Depressionen nur ein kleiner Teil, der kritisch zu betrachten ist (vgl. Onken 2008, S. 56 f.).

Trotz des rechtlichen Schutzes, welchen das Betreuungsgesetz zu geben versucht, hat sich gezeigt, dass viele medizinische Eingriffe nach wie vor nicht eindeutig aus dem Willen der betroffenen Personen heraus durchgeführt werden.

In der Praxis ist vermehrt zu beobachten, dass vor allem Frauen von Betreuer_innen, Pfleger_innen und Jugendamtspersonal dazu gedrängt werden, eine Sterilisation oder Verhütung durchführen zu lassen (vgl. Zinsmeister 2012, S. 230 f.). Entweder wird Ihnen die Tragweite des Eingriffs nicht eindeutig verständlich gemacht oder Mütter erhalten Androhungen, man entziehe Ihnen das Kind nach der Geburt. In Befragungen berichteten Frauen mit kognitiven Behinderungen über unfreiwillige Abtreibungen und Kindesabnahmen. Erzwungene Trennungen vom eigenen Kind aufgrund der Behinderung der Mutter, gehören demnach immer noch zum bundesdeutschen Alltag (vgl. ebd.).

Auch wenn kein expliziter Kinderwunsch besteht oder keine Anzeichen von

genital-sexuellen Kontakten zu erkennen sind, wird vorsorglich verhütet, statt mit den Betroffenen auf Augenhöhe zu sprechen und sie angemessen aufzuklären (vgl. Walter 2005, S.364-369).

Es hat sich gezeigt, dass bei Menschen mit einer schweren kognitiven Behinderung, das sexuelle Interesse eher mittels Selbstbefriedigung ausgelebt wird, als in Sexualität mit eine_r Partner_in. Was eine vorsorgliche Sterilisation bei diesen Menschen nicht nur unnötig, sondern besonders auch ethisch nicht vertretbar macht (vgl. Walter 2005, S. 367).

Neben der Sterilisation wird zudem auf andere Mittel zurückgegriffen, welche flächendeckend und vorbeugend in einigen Wohnformen verabreicht werden.

Ein als sicher geltendes, kostengünstiges Mittel, welches keine regelmäßige Einnahme seitens der Frau erfordert, ist hierbei die Dreimonatsspritze (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2018). Allgemein wird sie bei ca. 1 % der Bevölkerung angewendet und gilt, aufgrund der Nebenwirkungen, als ein Verhütungsmittel der letzten Wahl (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003, S. 11). In Wohnheimen wird jedoch bei 43 % der Heimbewohnerinnen die Spritze verabreicht (vgl. Zinsmeister 2012, S. 231). Dieser Umstand wird mit Praktikabilität begründet: eine früh einsetzende und ausführliche Beratung und Aufklärung ist aufwendiger als eine einheitliche, vorsorgliche Verhütung.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Bevormundung sexueller Selbstbestimmung hinsichtlich der Verhütung allgegenwärtig ist und Änderungsbedarf besteht. Joachim Walter äußert sich dazu wie folgt, dass eine Sterilisation oder auferlegte Anwendung von verhütenden Mitteln nur dann ethisch vertretbar ist, wenn bei dem betroffenen Menschen eine jahrelange Sexualerziehung stattgefunden hat. Diese sollte diverse Formen der Verhütung aufgezeigt haben und somit eine freiwillige und selbstbestimmte Entscheidung bewirken (vgl. Walter 2005, S. 367 ff.).

2.2.2 Fehlende Sexualerziehung

Sexualität beginnt bereits in der Kindheit. Emotionen, Körpergefühle und Lust werden von Geburt an gesammelt und beeinflussen die späteren Fähigkeiten im

Umgang mit der erwachsenen Sexualität. Anknüpfend dazu gehört im besten Falle eine gelungene Sexualerziehung, die früh einsetzt und kontinuierlich fortgesetzt wird. Diese dient nicht nur der Vermittlung von Wissen zur Vermeidung von Krankheiten, ungewollten Schwangerschaften und sexueller Gewalt, sondern befähigt auch zu einem positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und damit zu selbstbestimmten sexuellen Kontakten, sowie zu einem guten Verhältnis zum eigenen Körper (vgl. pro familia 2016, S. 4 f.).

Sie ist somit als essentieller Bestandteil für eine gesunde Entwicklung des Menschen zu verstehen. Neben der Aufgabe der Eltern und Bezugspersonen die Sexualerziehung vorzunehmen, gehört Sexuaufklärung zum schulischen Bildungsauftrag und ist ein obligatorischer und wesentlicher Bestandteil des Unterrichts.

Bei Menschen mit kognitiver Behinderung bleibt die Sexualbildung jedoch oft aus oder findet selten und nicht kontinuierlich statt (vgl. Ortland 2015, S. 10). Die Ursachen dafür lassen sich mitunter in den persönlichen Erfahrungen der Eltern oder Mitarbeitenden in Institutionen der Eingliederungshilfe finden. Sexualität gilt gesellschaftlich teilweise immer noch als ein Tabuthema. Das liegt daran, dass viele Menschen selbst keine Sexualerziehung erhalten haben. Dies führt zu Wissensmangel und verursacht Verunsicherung, was sich dann häufig auf die zu erziehende Person überträgt (vgl. Achilles 2005, S.15).

Ein anderer Grund für das Ausbleiben von sexueller Bildung ist die Annahme des ewigen Kindsein von Menschen mit kognitiver Behinderung (siehe Kap. 2.1) und der damit einhergehenden Absprache von Sexualität. Daraus resultierend wird eine sexuelle Aufklärung als nicht notwendig angesehen (vgl. Mattke 2004, S. 48).

Um dem Fehlen von Informationen und Vorurteilen entgegen zu wirken, existieren mittlerweile zahlreiche Materialien und Arbeitshilfen, welche aber noch wenig genutzt werden (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2005, S. 11 f.).

Die fehlende Sexualerziehung kann weitreichende Folgen und Probleme verursachen. Ein Hauptaspekt der Sexualerziehung ist, dass sie als Prävention gegen sexuelle Übergriffe dienen kann. Die Gefahr des sexuellen Missbrauchs ist bei Menschen mit kognitiver Behinderung besonders hoch, was aus mehreren Studien hervorgeht (vgl. Mattke 2004, S.56 f.). Als Grund dafür wird unter anderem eine mangelnde Sexualerziehung gesehen, da dadurch häufig das Wissen über

Sexualität, die damit verbundenen Handlungen und eine selbstbestimmte Entscheidungsfähigkeit fehlen. Auch ein ausgeprägtes Schamgefühl sowie eine gesunde Wahrnehmung des eigenen Körpers kann dadurch behindert werden. Dies kann vermehrt zu einer Distanzlosigkeit gegenüber anderen Menschen führen, was wiederum das Bild des „triebgesteuerten und schamlosen Behinderten“ verstärkt (vgl. Ortland 2016, S. 18).

2.2.3 Strukturelle Erschwernisse in den Lebens- und Wohnräumen

Laut dem zweiten Teilhabebericht des Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016, S. 48) lebten Ende 2014 193.770 Menschen mit Behinderungen in Wohnformen des Leistungsbereichs der Eingliederungshilfe.

Neben den anderen aufgeführten Bevormundungen und Erschwernissen hinsichtlich der Sexualität, zeigen sich vor allem in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderungen strukturelle Einschränkungen.

Die Voraussetzungen, dass Menschen mit Behinderung Erotik und Sexualität überhaupt ausleben können, fehlen an vielen Stellen. Das ist vor allem auf die äußeren Faktoren oder baulichen Rahmenbedingungen sowie das Handeln der Mitarbeiter_innen zurückzuführen (vgl. Ortland 2016, S. 17 ff.).

Defizite zeigen sich vermehrt in der Architektur der Räume, in Heimen und Wohngemeinschaften. Angefangen bei der Aufteilung der Zimmer, in der Einzelzimmer und -bäder noch nicht die Regel bilden. Nach einer Studie des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012, S. 38 f.) gaben ein Fünftel der befragten Frauen mit kognitiver Behinderung an, kein eigenes Zimmer zur Verfügung zu haben und nicht mitentscheiden zu dürfen, mit wem sie zusammen wohnen möchten. Zwei Fünftel der Frauen berichteten dazu, ihre Wasch- und Toilettenräume nicht abschließen zu können (vgl. ebd.). Die Sanitärbereiche, vor allem in Einrichtungen für Kinder und Jugendliche, sind meist so konstruiert, dass die Betreuer_innen mehrere Kinder gleichzeitig waschen und bei Toilettengängen im Blick haben können, um somit effizienter zu arbeiten (vgl. Mattke 2004, S. 51). Auch das Mobiliar der Zimmer kann sich einschränkend auswirken. Ein Pflegebett beispielsweise gibt es nur in der Standardgröße 90×200cm. Der Hilfsmittelkatalog der Krankenkassen sieht keine Betten in 140cm oder breiter vor, wonach es sich schwierig gestaltet, dass zwei Menschen

miteinander Platz haben, um Körperlichkeiten auszutauschen. Dazu reglementieren gewisse Bestimmungen die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner_innen. Einige Beispiele für diese Reglementierungen sind, zu welcher Uhrzeit und wer sich in welchem Raum gemeinsam aufhalten darf oder festgeschriebene Gemeinschaftszeiten, die keinen Raum für Rückzug bieten. In vielen Wohneinrichtungen herrscht zudem eine meist homogene Verteilung der Geschlechter, da sich die bisher geschlechtergetrennten Einrichtungen erst seit einigen Jahren für die Aufnahme von Mitbewohner_innen diversen Geschlechts öffnen (vgl. Mattke 2004, S. 49 f.; Ortland 2016, S. 20). Daraus ergeben sich vor allem Schwierigkeiten des Kennenlernens und der natürliche Umgang mit anderen Geschlechtern.

Die genannten defizitären räumlichen und strukturellen Gegebenheiten erschweren und begrenzen persönliche und intime Begegnungen. Deshalb kommt es vermehrt zu sexuellen Handlungen in den Gemeinschaftsräumen der Wohngruppen oder zu Treffen an Orten außerhalb des Wohnraums, wie beispielsweise auf den Toiletten oder in den Kellerräumen der Werkstätten für Menschen mit Behinderung (vgl. Wacker 1999, S. 242 f.; Hähner 1999, S. 23 zit. n. Mattke 2004, S. 50). Auch die andauernde soziale Kontrolle durch Pflegepersonal und Betreuende, sowie die benötigten Pflegehandlungen erschweren es den Bewohner_innen ein Gefühl für Intimsphäre und Schamgefühl auszubilden. Daraus resultierend kommt es vermehrt zu sexuellen Handlungen in öffentlichen Räumen, was für die anderen Bewohner_innen und die Mitarbeiter_innen in den Wohneinrichtungen unangenehm und störend empfunden werden kann (vgl. Wacker 1999, S. 243; Ortland 2015, S. 14 f).

Die genannten räumlichen und strukturellen Bedingungen in den Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe und das daraus folgende Verhalten der Bewohner_innen kann „als ein sich gegenseitig verstärkender Prozess verstanden werden“ (Ortland 2016, S. 116), welcher einer Änderung bedarf.

3. Handlungsempfehlungen, Methoden und Angebote für die Stärkung von sexueller Selbstbestimmung

Vielen der zuvor dargestellten Verhaltensweisen, Probleme und Folgen, welche durch die genannten Erschwernisse und Bevormundungen von Menschen mit kognitiver Behinderung bedingt sind, können mit gezielten sexualpädagogischen Angeboten entgegen gewirkt werden. Aufgrund dessen wurden in den letzten Jahren zunehmend Konzepte und Angebote entwickelt, die die sexuelle Selbstbestimmung fördern und zu mehr Teilhabe verhelfen sollen. In diesem Kapitel werden einige ausgewählte Methoden, Ansätze und Angebote vorgestellt.

3.1 Sexualpädagogische Angebote

Sexualpädagogik versteht sich nicht nur als die klassische Aufklärung über Anatomie und Verhütung, sondern umfasst eine lebenslange und ganzheitliche Begleitung zu Fragen und Umgang mit Sexualität. Neben Sexualerziehung ist dies ebenfalls das Schaffen von Partnervermittlungsangeboten oder die Ermöglichung der Sexualassistenz.

3.1.1 Sexualerziehung und Sexuelle Bildung

Um Sexualität selbstbestimmt leben und erleben zu können, ist eine sexuelle Aufklärung unverzichtbar. Alle Menschen sollten einen verantwortungsvollen, selbstbestimmten und respektvollen Umgang mit Sexualität erlernen können (vgl. Specht 2013, S. 295).

Sexualerziehung beinhaltet neben der Vermittlung von Kenntnissen über Anatomie des Körpers, Verhütungsmittel und Genitalsexualität auch die Auseinandersetzung mit Geschlechterrollen, sexueller Orientierung oder Beziehungs- und Kommunikationsfragen. Es soll nicht nur aufgeklärt werden, die Menschen sollen ebenfalls in ihrer Selbstbestimmung gefördert, aber auch für andere Bedürfnisse und Grenzen sensibilisiert werden. Somit stellt eine angemessene Sexualerziehung die wesentliche Grundlage bei der Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität und Körperwahrnehmung dar (vgl. pro familia 2016, S. 4 ff.). Eine Sexualerziehung ist bei Menschen ohne Behinderung fast selbstverständlich,

bei Menschen mit kognitiver Behinderung bleibt diese jedoch oft aus. Neben den in Kap. 2.2 genannten Gründen für das Ausbleiben der Sexualerziehung fehlt häufig das Wissen darüber, wie gelungene Angebote gestaltet werden können.

Im Grunde genommen unterscheiden sich diese in den Rahmenbedingungen nicht von denen für Menschen ohne Behinderung. Sie sind lediglich auf die Bedürfnisse und Einschränkungen der Personen anzupassen (vgl. Specht / Walter 2013, S. 333 f.).

Sexuelle Bildungsangebote sind in Form von Einzel- oder Gruppengesprächen ausführbar. Auch gemeinsame Aktivitäten wie Besuche von Ausstellungen oder Filmabende können als Grundlage dienen (vgl. Specht 2013, S. 295). Schon vor dem Einsetzen der Pubertät sollte grundlegendes Wissen zu Körper und Geschlechtsreife vermittelt werden. Die Ausbildung der Geschlechtsorgane und Körperbehaarung oder die erste Monatsblutung und Erektion stellen für alle jungen Menschen, ob mit oder ohne Behinderung, eine neue, aufregende, aber auch überfordernde Situation dar. Aufklärung sollte demnach bereits im Kindesalter beginnen und kontinuierlich, je nach Themen der aktuellen Lebensphase fortgeführt werden (vgl. ebd.). Dabei sollten keine Bestandteile ausgelassen werden: Wissen über Verhütung, Genitalsexualität, Kinderwunsch / Elternschaft und sexualisierte Gewalt gehören auch bei Menschen mit kognitiver Behinderung dazu. Zudem können Übungen und Methoden zur Selbst- und Fremdwahrnehmung sinnvoll sein. Sie befähigen zu einer genauen und realistischen Formulierung von Bedürfnissen, sowie dem Ausbau eines Nähe- und Distanzgefühls (vgl. Specht 2013, S. 296; Ortland 2008, S. 107).

Behinderungsbedingte Einschränkungen wie ein begrenztes Verstehen komplexer Inhalte oder nicht beherrschen des Lesens sind zu beachten. Bilder oder Broschüren in leichter und einfacher Sprache bauen Gesprächsbarrieren ab. Durch die bevorzugte Verwendung spielerischer und kreativer Methoden, wird die Vermittlung von sexualpädagogischen Inhalten interessant und ansprechend gestaltet. Zudem werden Vorgänge durch Bilder und haptische Gegenstände besser verstehbar (vgl. Specht / Walter 2013, S. 333 f.).

Handreichungen und Materialien für die Praxis finden sich beispielsweise bei „pro familia“ (vgl. Pro Familia 2016), „Stiftung Liebenau“ (vgl. Stiftung Liebenau 2018) oder dem „Institut für Sexualpädagogik“ (vgl. ISP 2018). Diese sollten auch generell in den Institutionen ausliegen, sodass sich die Menschen selbst

informieren können.

Sexualpädagogische Workshops, Gruppen oder Beratungsangebote können in Wohneinrichtungen, Werkstätten oder spezialisierten Beratungsstellen durchgeführt werden. Neben Eltern, Lehrer_innen oder Betreuungspersonen können ausgebildete Sexualtherapeut_innen oder Pädagog_innen hinzugezogen werden. Dies kann auch für Mitarbeitende oder Bezugspersonen eine Ressource sein, da eine neutrale Person ggf. auch bei Konflikten zwischen Klientel und Betreuenden vermitteln kann. Wichtig ist dabei, dass alle Angebote freiwillig bleiben und die Möglichkeit gegeben wird, eine Veranstaltung zu verlassen (vgl. Specht 2013, S. 295). Eigene Anschauungen oder Themen der aufklärenden Person dürfen die sexualpädagogische Arbeit nicht dominieren und sollten sich nach den aktuellen Bedürfnissen der Menschen mit Behinderung richten. Notwendig für die ausführenden Personen ist eine kritische Selbstreflexion und Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie, worauf in Kapitel 3.2 noch näher eingegangen wird.

Sexualerziehung ist eine umfangreiche Angelegenheit, nimmt viel Zeit in Anspruch und bedarf fachlicher, methodischer und selbst reflektierender Kompetenzen (vgl. Specht 2013b, S. 174).

Um diese Fähigkeiten zu erwerben, empfiehlt es sich, sexualpädagogische Qualifizierungen und Weiterbildungen in Anspruch zu nehmen. Inzwischen gibt es dazu einige Angebote, unter anderem bei „Pro Familia“, dem „Institut für Sexualpädagogik“ oder Einrichtungen der Behindertenhilfe (vgl. Specht / Walter 2013, S. 334).

3.1.2 Partnervermittlung

Wie an vorherigen Stellen dieser Arbeit bereits festgehalten, unterscheiden sich die Wünsche hinsichtlich Partnerschaft und Liebe von Menschen mit kognitiver Behinderung nicht von denen anderer. Der Wunsch nach einer Beziehung und Zärtlichkeiten nimmt in deren Leben den gleichen Rang ein, wie bei Menschen ohne Behinderung und wird mit Glück und Zufriedenheit assoziiert. Eine emotionale und körperliche Verbindung mit einer anderen Person hat bei den meisten Menschen positive Auswirkungen, das Selbstwertgefühl wird gestärkt und

es findet eine Auseinandersetzung mit dem eigenen und dem anderen Körper statt. Oft zeigt sich dies auch im äußeren Erscheinungsbild und kann vom sozialen Umfeld wahrgenommen werden, da sich die Grundstimmung und das Verhalten positiv verändern. Durch eine Partnerschaft erfahren insbesondere Menschen mit einer Behinderung verstärkt gesellschaftliche Akzeptanz und sie bietet ihnen das Gefühl, Teil der Gesellschaft zu sein, sowie die Chance, sich selbst als attraktiv und begehrenswert wahrzunehmen (vgl. Hennies / Sasse 2004, S. 66 f.).

Ein großes Problem für Menschen mit einer Behinderung bei der Partnersuche besteht darin, Kontakte zu anderen Menschen herzustellen und möglichen Partner_innen zu begegnen. Aufgrund der teils eingeschränkten Mobilität, der Hilfe, welche oft benötigt wird und dem strukturierten Tagesablauf, begrenzt sich ihr Lebensumfeld meist auf bestimmte Orte. Dort ist es schwieriger neue Menschen kennenzulernen (vgl. Bender 2012, S. 131).

Im Zeitalter des Internet und der neuen Medien bieten heutzutage unterschiedliche Internetforen die Möglichkeit, mit anderen Menschen zu kommunizieren. Diese Form der Kommunikation bietet den Vorteil, dass Menschen schneller ins Gespräch kommen können, sie nicht mobil sein müssen und oft weniger auf die Hilfe anderer Menschen angewiesen sind, um jemanden kennenzulernen (vgl. Fuhrmann 2013, S. 77f.).

Um diesen Prozess zu verstärken und Menschen mit Behinderung die Partnersuche zu erleichtern, sind in den letzten Jahren spezialisierte Partnervermittlungsagenturen entstanden, welche Menschen mit körperlicher und kognitiver Behinderung vermitteln und beim Kennenlernen unterstützen. Beispielhaft in Deutschland ist die Initiative „Die Schatzkiste“, welche 1998 in Hamburg gegründet wurde und mittlerweile mit mehr als 30 Standorten über einen großen Teil von Deutschland verbreitet ist. Regional sind die Kontaktstellen von Organisationen der Behindertenhilfe getragen und unter dem Dach des gemeinnützigen Vereins "Die Schatzkiste e.V." verbunden. Bisher sind die Agenturen hauptsächlich im Westen und der Mitte Deutschlands angesiedelt, weshalb der Verein an Einrichtungen interessiert ist, die Standorte in Süddeutschland etablieren möchten. Die Einrichtungen erhalten durch Ihre Mitgliedschaft im Bundesverein Zugang zu den Profilen der Klient_innen, um dann

die Vermittlungsarbeit leisten zu können (vgl. Schatzkiste e.V. 2015).

Menschen, die diese Dienste in Anspruch nehmen möchten, werden nach einem persönlichen Gespräch in der jeweiligen Agentur vor Ort in die Datenbank aufgenommen. In dem Gespräch, welches von Mitarbeitenden der Schatzkiste geführt wird, werden die Klient_innen nach persönlichen Interessen, Vorlieben und Vorstellungen befragt. Ausgestattet mit einem Foto wird daraus ein Profil erstellt. Anschließend beginnen die Agent_innen der Schatzkiste nach geeigneten Partner_innen zu suchen und schauen in der Datenbank, welche Menschen anhand ihrer Angaben zueinander passen könnten. Ergibt sich ein Treffer, werden die betroffenen Personen darüber informiert und erhalten Einsicht in das Profil des jeweils anderen.

Sollte gegenseitiges Interesse bestehen, kann ein erstes Treffen in der zuständigen Agentur mit Mitarbeitenden und, wenn gewünscht, einer Begleitperson vereinbart werden. Dies bietet einen geschützten Raum, um einen ersten Eindruck zu gewinnen. Danach kann selbstbestimmt entschieden werden, ob man sich wiedersehen möchte (vgl. Schatzkiste e.V. 2015).

Eine weitere Möglichkeit der Partnervermittlung sind Singlepartys für Menschen mit einer Behinderung. Hierbei werden Tanzabende oder andere Veranstaltungen ausgerichtet, woran Menschen alleine oder mit einer Begleitperson teilnehmen können. Die Begleit- und Betreuungspersonen unterstützen dabei Kontakte zu knüpfen, geben emotionalen Halt bei Zurückweisung und überbrücken Probleme in der Gesprächsführung. Sie unterbrechen ggf. unangenehme Situationen oder helfen beim Austausch der Kontaktdaten (vgl. Bender 2012, S. 164 ff.).

Das Ziel dieser Angebote ist, dass man sich in einer aufgelockerten Atmosphäre und in einem sicheren Rahmen kennenlernen kann. Organisiert und durchgeführt werden die Angebote von unterschiedlichen Einrichtungen der Eingliederungshilfe wie Werkstätten, Wohnheimen oder soziokulturellen Zentren (vgl. Bender 2012, S. 160 ff.).

Die genannten oder ähnliche Angebote der Partnervermittlung, ausgerichtet auf die Bedürfnisse für Menschen mit einer Behinderung, sind zwar noch nicht sehr zahlreich vertreten, bieten aber eine gute Möglichkeit eine_n Partner_in zu finden oder neue Kontakte zu knüpfen. Durch die professionelle Unterstützung können

Hemmungen und Barrieren im Hinblick auf Sexualität abgebaut werden, Probleme bei der Interaktion können überbrückt werden und die Menschen mit Behinderung werden zu mehr Selbstbestimmung befähigt (vgl. Bender 2012, S. 136). Jedoch stellt die auch hier auftretende Abhängigkeit gegenüber den Betreuer_innen oder den Eltern eine Einschränkung dar. Die Bereitschaft zur Begleitung in Verbindung mit einer offenen Einstellung zu dem Wunsch nach Kontakt muss gegeben sein. Eine Unterstützung bei der Partnersuche und der Gestaltung einer Beziehung kann als ein Bestandteil von Sexualpädagogik betrachtet werden (vgl. Specht 2013, S. 296).

3.1.3 Sexualassistenz und Sexualbegleitung

Die Sexualassistenz und die Sexualbegleitung stellen weitere Unterstützungsangebote für Menschen mit einer Behinderung dar, Sexualität auszuleben. Oftmals werden die beiden Bezeichnungen synonym verwendet, wobei sie sich voneinander unterscheiden.

Sexualassistenz ist eine Form von Hilfestellung beim Ausleben von Sexualität und wird in aktive und passive Assistenz unterschieden (vgl. Gebauer 2014, S. 31). Zur passiven Sexualassistenz gehören beispielsweise Aufklärungs- und Beratungsgespräche zum Thema Sexualität, die Beschaffung von Hilfsmitteln zur Stimulation, wie Vibratoren oder pornografische Medien, die Unterstützung bei der Partnersuche oder die Bereitstellung eines privaten Raumes für Intimitäten. Auch die Vermittlung von Sexarbeiter_innen oder einer Sexualbegleitung gehört dazu (vgl. Gebauer 2014, S. 31). Es sind Hilfestellungen, ohne dabei selbst mit den betroffenen Personen körperlich intim zu werden. Ihnen werden Möglichkeiten aufgezeigt und Barrieren abgebaut. Die genannten Handlungen der passiven Assistenz können ohne Bedenken von Mitarbeiter_innen in den Institutionen, Sexualpädagog_innen, Bezugspersonen, wie auch den Eltern ausgeführt werden, da es dabei nicht zu körperlichen Berührungen kommt.

Bei der aktiven Sexualassistenz hingegen kommt es zu sexuellen Interaktionen mit den Personen (vgl. Gebauer 2014, S. 31). Dies kann die Anwendung von zuvor genannten Hilfsmitteln, Berührungen wie Massagen oder Hilfestellung bei der Masturbation sein. Bei der Masturbationshilfe können z. B. Techniken vermittelt oder die Hand der onanierenden Person geführt werden, sollte dies nicht

selbstständig möglich sein (vgl. Walter 2008, S. 12). Auch kann eine Assistenz für zwei Menschen gegeben werden, um jene dabei zu unterstützen miteinander Geschlechtsverkehr zu haben oder Zärtlichkeiten auszutauschen (vgl. Gebauer 2014, S. 31). Es ist umstritten, ob aktive Sexualassistenz ausschließlich von professionellen, unbeteiligten Personen umgesetzt werden soll. Es wird daher diskutiert, ob auch die Betreuer_innen und das Pflegepersonal in Wohneinrichtungen die Handlungen vornehmen können. Dabei besteht die Gefahr, dass sich die pflegerischen und sexualassistentischen Handlungen miteinander vermischen. Diese sollten jedoch getrennt vorgenommen werden, um die Privat- und Intimsphäre zu wahren.

Unter aktiver Assistenz fällt auch die Sexualbegleitung. Darunter versteht sich eine professionelle Dienstleistung, welche von sinnlichen Berührungen, über erotische Massagen, bis zum Geschlechtsverkehr geht und für Menschen mit Behinderung gedacht ist. Die Angebote werden von Personen umgesetzt, welche über spezielle Kompetenzen für diese Tätigkeit verfügen. Jene werden als Sexualbegleiter_innen bezeichnet. Es geht dabei nicht um die bloße genitale Befriedigung, sondern es wird Wert auf die zwischenmenschlichen Begegnungen und Emotionalität gelegt. Der Mensch wird als vollwertig betrachtet und ihm wird Respekt und Wertschätzung entgegen gebracht. Den Menschen soll ermöglicht werden, ein positives Körpergefühl herzustellen und Nähe zu erfahren (vgl. Krenner 2003, S.37 f.).

Im besten Falle besitzen die anbietenden Personen pflegerische und pädagogische Grundkenntnisse und sind in ihrer eigenen Sexualität reflektiert und abgeschlossen (vgl. Walter 2008, S. 12 f.). Dies ermöglicht den professionellen Umgang mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen. Eine Ausbildung zur Begleitung kann in Deutschland unter anderem beim „Kassandra e.V.“ (vgl. Kassandra e.V. 2018) oder dem "Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter" (vgl. ISBB Trebel 2018) absolviert werden.

Bei der Vermittlung und Umsetzung von Sexualbegleitung sind einige Dinge zu beachten. Vorrangig sollten alle Personen mit den abgesprochenen Handlungen einverstanden sein, dies sollte beispielsweise schriftlich festgehalten werden. Ist der eindeutige Wille einer Person nicht eindeutig erkennbar, darf eine Assistenz nicht durchgeführt werden und wäre strafbar (vgl. Gebauer 2014, S. 34 f.). Wichtig sind auch die rechtlichen Rahmenbedingungen. Diese Bedingungen sind bei der

aktiven Sexualassistenz nicht klar definiert, was zu Unsicherheiten beim Personal führen kann. Eine Thematisierung in den Teams der Einrichtungen ist unabdingbar und sollte im Leitbild festgehalten werden (vgl. Krenner 2003, S. 36 f.). Ist klar umfasst, inwieweit Handlungen möglich sind, sind die Mitarbeitenden eher bereit zu unterstützen und es wird dem Vorwurf des sexuellen Missbrauchs entgegen gewirkt (vgl. Gebauer 2014, S. 32).

Eine Hürde bei der Inanspruchnahme von Sexualbegleitung stellt für viele Personen die Bezahlung dar. Die Kosten liegen zwischen 100 bis 150 Euro pro Stunde, hinzukommend der Fahrtkosten. Eine Ressource kann das persönliche Budget sein, eine 2008 eingeführt Leistungsform, welche es Menschen mit einer Behinderung ermöglicht, selbstständig über ihre Finanzen zu verfügen. Eine Sexualbegleitung kann somit mit eigenen Mitteln finanziert werden (vgl. Deutscher Bundestag 2018, S. 4).

Die Beantragung von Geldern über die Eingliederungshilfe oder Krankenkasse gestaltet sich als schwierig, da es derzeit noch keinen gesetzlich geregelten Anspruch auf Sexualbegleitung gibt. Sexualität und die entsprechenden Dienstleistungen werden bisher nicht als Grundbedürfnis angesehen, wonach die Leistungsträger kein Budget dafür vorsehen (vgl. Deutscher Bundestag 2018, S. 8).

Da es sich bei der Sexualbegleitung um eine bezahlte sexuelle Dienstleistung handelt, zählt sie zur Prostitution. Durch das 2002 in Kraft getretene Prostituiertenschutzgesetz gilt sie somit als legal und ist rechtlich erfasst (vgl. Krenner 2003, S. 74 ff.). Die ausführenden Personen möchten sich jedoch davon abgrenzen und ordnen sich nicht der klassischen Prostitution zu. Begründet wird dies dadurch, dass sich professionelle Sexualbegleitung im Hinblick auf die erforderliche Schulung und Ausbildung abgrenzt, als auch, dass der Fokus nicht auf der bloßen schnellen Befriedigung liegt, sondern Sinnlichkeit und Körpergefühl erzeugt werden sollen (vgl. Gebauer 2014, S. 32).

Sexualassistenz und -begleitung sind notwendige und sinnvolle Unterstützungsangebote, wenn es für Menschen mit Behinderung nicht selbstständig möglich ist, Sexualität auszuleben oder zu erfahren (vgl. Krenner 2003, S. 46). Passive Assistenz hat dabei immer Vorrang vor der aktiven um so wenig Hilfe wie möglich und so viel wie nötig zu gewährleisten.

3.2 Handlungsempfehlungen für Institutionen und deren Mitarbeiter_innen

Die Möglichkeit eines selbstbestimmten Auslebens von Sexualität für Menschen mit kognitiver Behinderung ist zum großen Teil von den strukturellen Rahmenbedingungen und den Einstellungen der Personen um sie herum abhängig. Bewertet die Umwelt sexuelles Verhalten negativ, weil es nicht mit den eigenen Moral- und Wertvorstellungen übereinstimmt, schränkt dies meist auch sexuelle Selbstbestimmung der betroffenen Person ein (vgl. Mattke 2004, S.49).

Aber auch die in Kapitel 2.2.3 genannten baulichen Gegebenheiten sind diesbezüglich einschränkend.

Es existieren jedoch mehrere Möglichkeiten die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiver Behinderung in den Institutionen der Eingliederungshilfe zu fördern. Suykerbuyk und Bosch nennen in ihrer Handreichung „Begleitete Sexualität: Leitbild und Konzeption für Sexualität im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung“, beispielhaft ein Zusammenspiel aus Leitbild, Grundhaltung und Selbstreflexion, welches zu einem respektvollen und fördernden Umgang verhelfen kann (vgl. Suykerbuyk / Bosch 2018, S. 14).

Grundhaltung

Allem voran sollte gegenüber Menschen mit Behinderung eine positive Grundhaltung bestehen, welche von Gleichberechtigung und Wertschätzung geprägt ist. Im Arbeitskontext bietet eine festgelegte Grundorientierung den Mitarbeitenden zudem Sicherheit und Struktur (vgl. Ortlund 2016, S. 158).

Als Grundlage dafür können das Normalisierungsprinzip und Empowerment - Konzept dienen.

Das Normalisierungsprinzip wurde als ein zentraler Grundsatz im Umgang mit Menschen mit kognitiver Behinderung entwickelt und durch Walter Thimm in Deutschland verankert. Ein Grundgedanke der Theorie ist der der Gleichheit. Demnach sind alle Menschen, haben sie eine Behinderung oder nicht, gleich und haben somit auch die gleichen Rechte. Eine Normalisierung der Lebensbereiche und Bedingungen wie die Trennung von Arbeit, Freizeit und Wohnen,

Möglichkeiten des Erfahrungsgewinns, normaler Lebenszyklus, respektvoller Umgang, das Recht auf Selbstbestimmung und auch eine normale Sexualität, wird angestrebt. Die Möglichkeit der Teilhabe daran soll allen Menschen gleich gewährleistet sein (vgl. Thimm 1994, S. 19 f).

Für den Umgang bedeutet dies, Menschen mit kognitiver Behinderung nicht aufgrund ihrer Einschränkungen zu stigmatisieren oder auszuschließen, ihnen auf einer Augenhöhe zu begegnen und die gleichen Grundbedürfnisse und Annahmen zukommen zu lassen, wie auch Menschen ohne Behinderung. Zudem sollte die Darstellung gegenüber der Umwelt wertschätzend und achtungsvoll sein (vgl. ebd.).

Eine Erweiterung zum Normalisierungsprinzip ist das Empowerment – Konzept. Übersetzt bedeutet der Begriff Empowerment so viel wie „Selbst-Bemächtigung“ und ist ein ressourcenorientierter Handlungsansatz in der Pädagogik. Dabei sollen die Menschen in Problemlagen, durch gezielte Intervention, die eigenen Ressourcen erkennen, um ihre Selbstbestimmung und Autonomie zu beleben. Es ist eine Befähigung, um Angelegenheiten eigenständig, mit wenig Unterstützung von außen, bewältigen zu können und defizitäre Situationen zu überwinden. Das Konzept wendet sich gegen Bevormundung für mehr Selbstbestimmung. Die Klient_innen werden in den eigenen Belangen professionalisiert und benötigen keine fremdbestimmte Betreuung, lediglich fachliche Assistenz (vgl. Theunissen / Plaute 2002).

Ebenfalls werden in dem Konzept die Menschen als vollwertig und ebenbürtig angesehen. Für die praktische Anwendung bedeutet das, Angebote und Unterstützung zur Förderung der Selbstbestimmungsfähigkeit zu schaffen. Georg Theunissen (2003) nennt zudem einige Handlungsprinzipien für den alltäglichen Umgang. Darunter fällt unter anderem die altersgemäße Ansprache der Personen, eine vertrauensvolle und kooperative Arbeitsweise in der alle gleichberechtigt sind, sowie die Möglichkeit der Freiwilligkeit und Selbst- und Mitbestimmung. Die individuellen Bedürfnisse und Lebenswelten sollen berücksichtigt werden und Raum zum Lernen gegeben werden (vgl. Theunissen 2003, 65 ff.).

Die Vertretung und Umsetzung der zwei vorgestellten Konzepte lässt die Menschen mit kognitiver Behinderung Achtsamkeit und Wertschätzung erfahren

und begegnet ihnen mit Respekt und Toleranz. Die Selbstbestimmungsfähigkeit wird gestärkt und einem defizitorientierten Bild von kognitiver Behinderung nach außen, wird entgegengewirkt.

Leitbild

Als zweiter Punkt für einen gelingenden Umgang, insbesondere in den Institutionen der Eingliederungshilfe, steht das Leitbild.

Oft fehlt den Mitarbeitenden der Einrichtungen das Wissen darüber, wie sie mit sexuellen Situationen umgehen sollen, bzw. dürfen (vgl. Ortland 2016, S. 139).

Erleichtert werden kann ihnen dies, indem die Träger der Institutionen Leitbilder verfassen, welche die Grundhaltung, Handlungsrichtlinien und rechtlichen Rahmenbedingungen bestimmen und festhalten. Dadurch wird Sicherheit und Orientierung für die Mitarbeiter_innen als auch für die Klient_innen geboten (vgl. Suykerbuyk / Bosch 2018, S. 7). Ein Leitbild sollte an erster Stelle die jeweilige Grundhaltung (s.o.) des Trägers aufzeigen, dementsprechend die Mitarbeitenden handeln sollen. Zudem müssen Rahmenbedingungen und rechtliche Fragen geklärt werden. Bezüglich dem Themenfeld Sexualität können beispielsweise mögliche Handlungsspielräume bei der Sexualassistenz oder Zuständigkeit der Aufklärung festgelegt werden. Aber auch Verhaltensempfehlungen für Situationen, wie der Selbstbefriedigung der Klient_innen oder der intimen Pflege können gegeben werden. Dabei ist das Selbstbestimmungsrecht des Klientel stets zu berücksichtigen und an oberster Stelle mit aufzuführen.

Die Mitarbeitenden werden zwar durch eine Konzeption, sowie durch Richtlinien unterstützt, sie ist jedoch noch kein Garant dafür, dass die Empfehlungen auch in die Realität umgesetzt werden. Es ist wichtig, Raum für die Mitarbeitenden und Klient_innen zu lassen und auch deren Bedürfnisse und Wünsche mit in das Leitbild einzubeziehen. Nur so besteht auch die Chance der Akzeptanz und einer gelingenden Umsetzung der Konzeption (Suykerbuyk / Bosch 2018, S. 33-38).

Selbstreflexion

An dritter Stelle steht die kritische Selbstreflexion der Mitarbeitenden. Sie ist für die Umsetzung des Leitbilds und den respektvollen Umgang mit den Klient_innen

von großer Bedeutung (vgl. Suykerbuyk / Bosch 2018, S. 14).

Die Mitarbeiter_innen in den verschiedenen Wohneinrichtungen werden mit einer Vielzahl von sexuellen Themen konfrontiert. Dabei können sie sich nicht immer mit allen Verhaltensweisen identifizieren, da dem oft die eigene sexuelle Biografie entgegen steht und Werte und Normen nicht mit dem Gegenüber übereinstimmen. Dies stellt meist eine Herausforderung dar. Zum einen müssen sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit kognitiver Behinderung anerkannt werden und zum anderen sollte eine Unterstützung in der Befriedigung dieser Bedürfnisse geleistet werden (vgl. Krenner 2003, 121).

Um Konflikte, Hemmungen und Unsicherheiten abzubauen, ist es wichtig, dass die Mitarbeiter_innen ihre Einstellungen reflektieren und sich bewusst mit ihrer eigenen Sexualität auseinandersetzen (vgl. Ortland 2016, S. 164 f.). Durch das Bewusstsein über die eigenen sexuellen Bedürfnisse, sexuelle Orientierung und Identifikation, wird die Wichtigkeit des Themas präsent und führt meist zu mehr Aufgeschlossenheit im Umgang mit fremder Sexualität. Reflektiertes Handeln, um Prozesse der Selbstbestimmung kompetent begleiten zu können, entsteht durch die Überprüfung des eigenen Standpunkts und der Wertvorstellungen (vgl. Specht 2013b, S. 174). Zudem trägt der Prozess zu der Enttabuisierung des Themas Sexualität bei Menschen mit kognitiver Behinderung bei. Auch kann dadurch untersucht werden, ob die persönliche Grundhaltung mit dem Leitbild des Trägers übereinstimmt (vgl. Suykerbuyk / Bosch 2018, S. 14). Ebenso ist sie wichtiger Bestandteil, um eine behinderungsspezifische und umfassende Sexualbildung gewährleisten zu können (vgl. Ortland 2008, S. 88).

Grundlegend regt bereits eine offene Artikulation mit dem Klientel und den Teams sowie Diskussionen über Normen und Werte den Prozess der Selbstreflexion an. Angebote zur angeleiteten Selbstreflexion sind beispielsweise Supervision oder sexualpädagogische Fortbildungen und Workshops, welche hinzuziehend genutzt werden können.

Neben einem konzeptionellen Leitbild, einer positiven Grundhaltung und kritischer Selbstreflexion der Mitarbeitenden ist der Abbau von Barrieren vorzunehmen. Defizitäre Räumlichkeiten sind zu verändern, wie die Abschließbarkeit der Zimmer, die eingeschränkten Privat- und Besuchszeiten oder auch die Belegung von Mehrbettzimmern. Zudem sind Eltern und Betreuungspersonen in Bereichen der

Sexualpädagogik aus- und weiterzubilden. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit mit allen Beteiligten (vgl. Krenner 2003, 34).

4. Fazit

Das Themenfeld Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung ist sehr komplex und weist einen großen Umfang auf.

Menschen mit kognitiver Behinderung sind in der selbstbestimmten Ausübung ihrer Sexualität oftmals eingeschränkt. Obwohl sich im Grunde die sexuellen Bedürfnisse und Komponenten nicht von den Menschen ohne Behinderung unterscheiden, wird die Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung häufig kontrovers diskutiert und ist von Stigmatisierungen und Bevormundungen betroffen. In den gesellschaftlichen Ansichten von Behinderung und Sexualität sind immer noch viele Vorurteile verankert. Aufgrund dessen ergeben sich weiterhin gesellschaftliche, bauliche und strukturelle Erschwernisse hinsichtlich der Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung. Die sexuelle Selbstbestimmung wird demzufolge nicht unbedingt durch die kognitiven Einschränkungen behindert, sondern entsteht eher durch defizitäre Rahmenbedingungen und gesellschaftlichen Einstellungen.

Es besteht großer Handlungsbedarf um die Situation zu verändern, das Thema Sexualität gilt es zu enttabuisieren und die einschränkenden Barrieren abzubauen. In den letzten Jahren sind für Menschen mit kognitiver Behinderung die Möglichkeiten gewachsen ihre Sexualität selbstbestimmt leben zu können. Diese sind zum Beispiel Konzepte und Materialien der Sexuellen Bildung, welche als Grundlage für eine gelungene Sexualerziehung dienen können. Professionelle Partnervermittlungsagenturen können bei der Partnersuche behilflich sein und im Kontaktaufbau und der Kommunikation unterstützend agieren. Ein weiteres Angebot ist die persönliche Assistenz, welche Hilfestellung dabei leisten kann erschwerte Zugänge zur Befriedigung der Bedürfnisse zu überwinden. Einen anderen Weg bietet die Sexualbegleitung, welche die Befriedigung grundlegender sexueller Bedürfnisse ermöglicht.

Der Anfang muss bei den Bezugspersonen und Betreuenden der Betroffenen,

geschehen. Die zuvor genannten Angebote finden eher Anwendung, wenn eine positive Grundhaltung vorhanden ist, Sensibilisierung für die Bedürfnisse und Lebenssituationen der Klient_innen und Bereitschaft zur Unterstützung besteht. Bei der professionellen Begleitung von Menschen mit kognitiver Behinderung in sexuellen Angelegenheiten, bedarf es einem akzeptierenden, respektvollen Umgang, fachliche Kompetenz und ein gewisses Maß an Selbstreflexion.

Dem Klientel sollte angemessen und unvoreingenommen begegnet werden. Den Mitarbeitenden kann in ihrer Arbeit durch Leitbilder in den Einrichtungen Orientierung und Handhabungssicherheit gegeben werden.

Baulich sind mehr Einzelzimmer sowie abschließbare Waschräume zu schaffen, wodurch die Privat- und Intimsphäre besser gewahrt werden kann.

Strukturelle Maßnahmen sind die Erweiterung der Besuchsregeln und Zeitgebung außerhalb von Gruppenaktivitäten. Jedoch muss beachtet werden, dass die Sexualität bei allen Menschen ein individueller Prozess ist, der nicht verallgemeinert betrachtet und behandelt werden sollte.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit kognitiver Behinderung noch keine Selbstverständlichkeit darstellt und von einigen Bevormundungen und Erschwernissen betroffen ist. Allein die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung und Sexualität sind immer noch von Vorurteilen und Stigmatisierungen geprägt. Vielerorts geschieht bereits ein Umdenken und es existieren sinnvolle und wertschätzende Angebote. Nun gilt es jene vermehrt zu nutzen und etablieren, sowie die Gesellschaft gegenüber dem Thema zu sensibilisieren um die Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiver Behinderung zu fördern.

5. Quellen

Literatur:

Achilles, Ilse (2005): „Was macht Ihr Sohn denn da?“. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 12-16.

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

Bender, Svenja (2012): Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung – Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik.
Gießen: Psychosozial Verlag.

Castendiek, Dr. Jan / Hoffmann, Günther (2009): Das Recht der behinderten Menschen.
3. Auflage.
Baden- Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Fuhrmann, Dunja (2013): Im Grunde genommen werden doch Menschen mit Behinderung im Leben viel mehr behindert, als sie tatsächlich behindert sind! Ein Interview. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung – Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung.
Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 77-87.

Gebauer, Maike (2014); Sexualassistenz und Sexualbegleitung für Menschen mit geistiger Behinderung: Als Möglichkeit der sexuellen Selbstbestimmung (1. Aufl.).
Leipzig: Leipziger Wissenschaftsverlag.

Heinz-Grimm, Renate (2005) : Regelung der Sterilisation im Betreuungsgesetz. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl.
Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 375-388.

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

Jacobi, Volker: Juristische Aspekte der Sexualität Geistigbehinderter. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl.

Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 102-107.

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

Marburg: Tectum-Verlag.

Mattke, Ulrike (2004): Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.): Soziale Probleme Von Menschen mit Geistiger Behinderung: Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung Und Soziale Abwertung.

Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 46-64.

Mösler, Th. (2002): Sexualität. Anmerkungen aus wissenschaftlicher und therapeutischer Sicht. In: Bannasch, M. (Hrsg.): Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität von Menschen mit Behinderung.

Neu-Ulm: AG SPAK.

Onken, Ursula (2008): Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung – Die Situation vor und nach Einführung des Betreuungsrechtes 1992 In: Pixa-Kettner, Ursula und Bargfrede, Stefanie (Hrsg.): Tabu Oder Normalität?: Eltern Mit Geistiger Behinderung Und Ihre Kinder, 2. Aufl.

Heidelberg: Winter, S. 51-72.

Ortland, Barbara (2008): Behinderung und Sexualität.

Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH, 2008.

Ortland, Barbara (2016): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung

Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH.

Pixa-Kettner, Ursula / Bargfrede, Stefanie (2008): Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung In: Pixa-Kettner, Ursula und Bargfrede, Stefanie (Hrsg.): Tabu Oder Normalität?: Eltern Mit Geistiger Behinderung Und Ihre Kinder, 2. Aufl.

Heidelberg: Winter, S. 73-87.

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

Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag , S. 507.

Pracher, Günther-Manfred (2014): Mut zu einem Leben mit Behinderung: Auch in einem schwierigen Umfeld ist ein Leben mit Behinderung lebenswert, 1. Auflage

Hamburg: Disserta Verlag, S. 55-59.

Specht, Ralf (2013): Sexualität und Behinderung. In: Schmidt, Renate- Berenike; Sielert, Uwe (Hrsg.): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. 2., erw. und überarb. Aufl. Weinheim: München und Basel: Beltz Juventa, 2013, S. 288 – 299.

Specht, Ralf (2013b): „Professionelle Sexualitätsbegleitung von Menschen mit Behinderung“ . In: Clausen, Jens / Herrath, Frank (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung – Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: W. Kohlhammer Verlag, S. 165-186.

Specht, Ralf / Walter, Joachim (2013): Sexualpädagogik. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbort, Kerstin (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung - Schlüsselbegriffe aus der Heil und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik, 2., überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, S. 333-334.

Suykerbuyk, Ellen / Bosch, Erik (2018): Begleitete Sexualität: Leitbild und Konzeption für Sexualität im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung : Handreichungen für die Praxis (2. Auflage.). Arnheim: Bosch & Suykerbuyk Trainingszentrum.

Theunissen, Georg / Plaute, Wolfgang (2002). Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Theunissen, Georg (2003): Erwachsenenbildung und Behinderung: Impulse für die Arbeit mit Menschen, die als lern- und geistig behindert gelten. Bad Heilbrunn: Klinkhardt.

Thimm, Walter (1994): Das Normalisierungsprinzip: eine Einführung. 5. Aufl. Kleine Schriftenreihe. Bd. 5. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Walter, Joachim (2005): Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema „Sexualität und geistige Behinderung“. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 29-39.

Walter, Joachim (2005): Empfängnisverhütung und Sterilisation geistigbehinderter Menschen. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 364-375.

Walter, Joachim (2005): Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim / Ilse Achilles (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung. Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin

Baden- Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl.
Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH, S. 414-421.

Walter, Joachim / Ilse Achilles (2005) (Hrsg.): Sexualität Und Geistige Behinderung.
Schriftreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-
Württemberg e.V. Band 1, 6. unveränd. Aufl.
Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Walter, Joachim / Ilse Achilles (2008): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei
Menschen mit Behinderungen (2. Aufl.).
Heidelberg: Winter.

Zeitschriften und Broschüren:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012): Lebenssituation und
Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland,
Kurzfassung
Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhabebericht der
Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen, Teilhabe –
Beeinträchtigung – Behinderung
Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (2005)
(Hrsg.): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen.
4. Auflage.
Weinheim und Basel: Juventa Verlag.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2003): Verhütungsverhalten Erwachsener
– Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003
Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-
Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (2005):
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit, Genf
2005
[Der ICF wurde abgedruckt mit freundlicher Erlaubnis der Weltgesundheitsorganisation
(WHO). Alle Rechte liegen bei der WHO.].

Ortland, Barbara (2015): Sexuelle Vielfalt als Herausforderung. Aktuelle Ergebnisse der
Befragung von Mitarbeitenden in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe. In:
Teilhabe. Die Fachzeitschrift der Lebenshilfe, 54. Jahrgang, Heft 1/15, S. 10-17.

Pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. (2011): Sexualität und geistige Behinderung, 4. überarbeitete Auflage.
Frankfurt am Main: pro familia, S. 12.

pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (2016) (Hrsg.): Sexuelle Bildung, Konzeption
Stuttgart: pro familia.

Wacker, Elisabeth (1999): Liebe im Heim? Möglichkeiten und Grenzen von Partnerbeziehungen in einer organisierten Umwelt. In: Geistige Behinderung, 38. Jahrgang, Heft 3, S. 238-250.

Zinsmeister, Julia (2012): Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. In: Betreuungsrechtliche Praxis, Jg. 21, 2012, Nr. 6, S. 227-232.

Online:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018): „Die Dreimonatsspritze“
Unter: <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/weitere-hormonelle-methoden/dreimonatsspritze/> [10.07.2018], zuletzt geprüft: 26.09.2018, 19:02.

Deutscher Bundestag (2018): Sexualassistenz für Menschen mit Behinderungen – Aktenzeichen: WD 6 - 3000 – 052 / 18, Fachbereich:WD 6: Arbeit und Soziales
Unter: <https://www.bundestag.de/blob/559826/06db0317f5a4a17221c4e1d374c87773/wd-6-052-18-pdf-data.pdf>
[27. April 2018], zuletzt geprüft: 12.10.2018, 15:42.

Institut für Sexualpädagogik (2018): Unter: <https://www.isp-sexualpaedagogik.org/angebote-sexualpaedagogik/> [2018], zuletzt geprüft: 13.10.2018, 13:34.

ISBB Trebel:
<http://www.isbbtrebel.de/ausbildung-in-sexualbegleitung/> [k.A.], zuletzt geprüft: 01.10.2018, 15:07.

Kassandra e.V.: „Sexualbegleitung“
<https://kassandra-nbg.de/sexualbegleitung/> [k.A.], zuletzt geprüft: 01.10.2018, 15:07.

Schatzkiste e.V. (2015): Die Schatzkiste: Partnervermittlung für Menschen mit Behinderung Unter:<https://www.myhandicap.de/partnerschaft-behinderung/single/schatzkiste-partnervermittlung-handicap/> [01/2015], zuletzt geprüft 12.10.2018, 14:06.

Stiftung Liebenau (2017): Leitlinien zum Umgang mit Sexualität und Behinderung
Unter:www.stiftungliebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein_besonderes_Bed%3%BCrfnis/leitlinien-zum-umgang-mit-sexualitaet-und-behinderung-web.PDF [Juni 2017] zuletzt geprüft: 12.10.2018, 15:37.

Gesetzestexte:

Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2017): Die UN-Behindertenrechtskonvention - Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen
Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Soziales.

Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG), in der Fassung vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 13. Juli 2017 2014 (BGBl. I S. 2347).

6. Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift (Luise Kutz)