

## **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades „Master of Arts“

Im Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft

Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur

Hochschule Merseburg

# **Reproduktive Gerechtigkeit für Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen in Deutschland?**

Eine qualitative Studie zur Selbstbestimmung in der  
Schwangerschaftsverhütung

## **Reproductive justice for people with learning disabilities in care facilities in Germany?**

A qualitative study on self-determination in contraception

Erstgutachter\*in: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß

Zweitgutachter\*in: Prof. Dr. Maika Böhm

Vorgelegt von: Caroline Wolff

Vorgelegt am: 16.08.2024

**Schlagwörter:** sexuelle Selbstbestimmung, sexuelle Bildung, Menschenrechte, reproduktive Rechte, Menschen mit Behinderung, Menschen mit Lernschwierigkeiten, geistige Behinderung, Eingliederungshilfe, Soziale Arbeit, Familienplanung, Verhütung

### **Zusammenfassung**

Diese Masterarbeit untersucht reproduktive Gerechtigkeit für Menschen mit Lernschwierigkeiten, d.h. geistiger Behinderung, insbesondere die Realisierung reproduktiver und sexueller Selbstbestimmung für Frauen\*. Es wird die sexualpädagogische Praxis in Wohneinrichtungen im Umgang mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung betrachtet. Anhand von acht leitfadengestützten Interviews mit Fachkräften werden die Möglichkeiten, Beschränkungen und Widersprüche der Praxis in Bezug auf die Realisierung rechtlicher Ansprüche sowie wünschenswerter Zielzustände herausgearbeitet. Die Ergebnisse zeigen, dass Selbstbestimmung in der Sexualität größtenteils ermöglicht wird. Im Gegensatz dazu können Menschen mit Lernschwierigkeiten, insbesondere Frauen\*, nur beschränkt ihre Schwangerschaftsverhütung selbstbestimmt entscheiden. Insbesondere Eltern in der Rolle der gesetzlichen Betreuung, teilweise aber auch Gynäkolog\*innen, beeinträchtigen hier die Selbstbestimmung. Selbstbestimmung fördernde Haltungen und individuelle Handlungsansätze existieren zwar bei den Fachkräften. Es fehlt aber an Konzepten, Leitlinien und konkreten Leitfäden für die Ausgestaltung des Beratungsprozesses zur Schwangerschaftsverhütung, mithin eine institutionelle und strukturelle Implementierung. Es werden Empfehlungen abgeleitet, um den Grad der reproduktiven Gerechtigkeit in den untersuchten Kontexten zu erhöhen.

### **Abstract**

This master's thesis examines reproductive justice for people with learning disabilities, in particular the realization of reproductive and sexual self-determination for women\*. The investigative focus lies on how care facilities deal with the topic of contraception. Using eight guided interviews with professionals in the field, the possibilities, limitations and contradictions in practice regarding the realization of legal requirements and desirable objectives are examined. The results show that, while general self-determination in terms of sexuality is often enabled, women\* have limited self-determination in their decisions about contraception. Especially parents who act as legal guardians, but sometimes also gynecologists, impair self-determination when it comes to contraception. The interviewed professionals are supportive both in attitudes and practical actions but lack concepts and concrete guidelines for designing the consultation process. Reproductive self-determination is structurally not sufficiently implemented. Finally, recommendations are derived to increase the level of reproductive justice in the contexts examined.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Theoretische Grundlagen, zentrale Begriffe und Konzepte</b> .....	<b>2</b>
2.1	Begriffsbestimmung, Zielgruppe: Behinderung, Lernschwierigkeiten, Frauen* .....	3
2.2	Reproduktive Gerechtigkeit .....	5
2.3	Historische Kontextualisierung: Sterilisationen im Nationalsozialismus .....	7
2.4	Rechtliche Lage und Debatten nach 1945 .....	9
2.5	Reproduktive Gerechtigkeit: Sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten.....	12
<b>3</b>	<b>Forschungsstand zu Lebensbedingungen, sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten</b> .....	<b>16</b>
3.1	Lebensbedingungen.....	17
3.2	Gewalterfahrungen .....	19
3.3	Sexuelle Selbstbestimmung in der praktischen Umsetzung .....	20
3.4	Schwangerschaftsverhütung in der praktischen Umsetzung .....	22
3.5	Sterilisationen.....	25
3.6	Familiengründung und Elternschaft .....	27
3.7	Fazit: Relevanz der Forschung, Forschungsgegenstand und Forschungsfrage .....	27
<b>4</b>	<b>Methodisches Vorgehen</b> .....	<b>28</b>
4.1	Forschungsethik, Datenschutz und Gütekriterien.....	29
4.1.1	Ethische Prinzipien und Datenschutz .....	29
4.1.2	Gütekriterien.....	30
4.2	Erhebungsinstrument: qualitative Expert*inneninterviews .....	30
4.2.1	Entwicklung des Interviewleitfaden .....	32
4.3	Feldzugang und Stichprobe .....	33
4.4	Interviewsetting .....	34
4.5	Auswertungsmethodik: qualitative Inhaltsanalyse .....	35
4.5.1	Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse .....	35
4.5.2	Die Entwicklung des Kategoriensystems als Grundlage der Analyse .....	36
<b>5</b>	<b>Auswertung der Untersuchungsergebnisse</b> .....	<b>37</b>
5.1	Formelle Bedingungen .....	38
5.1.1	Deskription .....	38
5.1.2	Interpretation .....	41
5.2	Aushandlungen.....	43
5.2.1	Deskription .....	43
5.2.2	Interpretation .....	47
5.3	Sexualität.....	49

5.3.1	Deskription .....	49
5.3.2	Interpretation .....	59
5.4	Reproduktive Selbstbestimmung.....	63
5.4.1	Deskription .....	64
5.4.2	Interpretation .....	75
5.5	Informelle Bedingungen.....	81
5.5.1	Deskription .....	81
5.5.2	Interpretation .....	87
5.6	Bedarfe .....	89
5.6.1	Deskription .....	89
5.6.2	Interpretation .....	91
<b>6</b>	<b>Zusammenführende Diskussion der Ergebnisse .....</b>	<b>92</b>
6.1	Limitationen der Ergebnisse und des forschungsmethodischen Vorgehens.....	100
6.2	Schlusswort und Empfehlungen für die sexualwissenschaftliche Praxis .....	100
<b>7</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>102</b>
<b>8</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>112</b>
8.1	Interviewaufruf Kurztext.....	112
8.2	Interviewaufruf Langform .....	113
8.3	Interviewleitfaden.....	115
8.4	Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten .....	118
8.5	Soziodemografischer Kurzfragebogen .....	119
8.6	Kategoriensystem: Codierleitfaden und Kategoriendefinitionen .....	120
8.7	Kategorie 2, Tabelle 4: Formelle Mitbestimmungsmöglichkeiten .....	130
8.8	Selbstständigkeitserklärung.....	131

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Kriterien reproduktiver Gerechtigkeit und ihre Anwendung .....	7
Tabelle 2: Informationen zu Interviewten und Einrichtungen.....	34
Tabelle 3: Formen von SSV-Mitteln .....	64
Tabelle 4: Formelle Mitbestimmungsmöglichkeiten.....	130

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Codesystem aus MAXQDA.....	37
---	----

## 1 Einleitung

Reproduktive Gerechtigkeit existiert nicht für alle Menschen in Deutschland: Nicht alle können Kinder unter selbstgewählten, gewaltlosen Bedingungen bekommen, haben Zugang zu Empfängnisverhütung und Möglichkeiten (keine) Kinder zu bekommen. Die Vereinten Nationen, der Europarat und das Europäische Parlament weisen darauf hin, dass in Deutschland weiterhin ethnische, rassistische und ableistische Diskriminierungen bei reproduktiver Autonomie und Gesundheit bestehen (Zinsmeister 2023, S. 2). Die eigene Lebenslage, zugeschriebene Fähigkeiten und zugeschriebene Herkunft beeinflussen maßgeblich, wie Entscheidungen bezüglich des eigenen Körpers und Familienplanung getroffen werden können (ebd., S. 57). Die einschneidende eugenische Geschichte des Nationalsozialismus hat noch viele Jahrzehnte nach 1945 Auswirkungen auf rechtliche Bestimmungen und Handlungspraxen in Wohneinrichtungen – somit konkret auf die Lebensbedingungen von Menschen mit Behinderung und ihr Recht auf sexuelle sowie reproduktive Selbstbestimmung.

Menschen mit Lernschwierigkeiten sind darin eine besonders vulnerable Gruppe: Ihnen werden bestimmte kognitive Fähigkeiten zugeschrieben und ihre Lebensbedingungen sind weitestgehend fremdbestimmt. Dies beeinflusst maßgeblich die Selbstbestimmung ihrer Entscheidungen zu Sexualität, Partnerschaften und Familienplanung. In Forschungsarbeiten u.a. von Ortlund et. al (2020), Ortlund (2016), Schröttle (2013), Zinsmeister (2012, 2023) und in den Repräsentativbefragungen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (Teilhabebefragung, THB) (2013, 2016, 2021) wird deutlich, dass die (sexuelle) Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten insbesondere bei Bewohner\*innen<sup>1</sup> von Wohneinrichtungen nur eingeschränkt vorhanden ist. Es wird u. a. festgestellt, dass es an Wissen und Handlungsorientierung zu sexueller Selbstbestimmung fehlt, an Intim- und Privatsphäre sowie an Personal (Baab 2018, S. 7-8; Ortlund et al. 2016, S. 1086-1088; Scharmanski et al. 2021, S. 164). Menschen mit Behinderung wird der Zugang zu Diensten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit erschwert (Zinsmeister 2023, S. 2, 57). Schwangerschaftsverhütung (SSV) und Familienplanung von Menschen mit Lernschwierigkeiten wird in einigen quantitative Studien erwähnt (z.B. Ortlund 2016; Ortlund et. al 2020; Schröttle 2013) oder fokussiert (Habermann-Horstmeier 2020). Ralf Specht bemängelt, dass es zwar rechtliche Anpassungen gab, diese aber nicht zwangsläufig umgesetzt würden (Specht 2021, S. 178). Diese Ergebnisse zeigen Faktoren, die Hindernisse für die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung darstellen und dadurch einen Mangel an dieser vermuten lassen.

---

<sup>1</sup> Es wird eine genderinklusive Schreibweise gewählt. Genderinklusive Sprach- und Sprechweisen wollen viele Geschlechter inkludieren (Hornscheidt und Sammla 2021, S. 28). Das \* soll darauf hinweisen.

Der Fokus dieser Masterthesis liegt auf dem Zusammenhang zwischen institutionellen Vorgaben und Haltungen und Handlungen der Fachkräfte in Wohneinrichtungen und darin möglicherweise enthaltenen Widersprüchen. Es sollen Erkenntnisse zur Umsetzung von Konzeptionen bzw. Leitlinien auf institutioneller Ebene in die alltägliche Handlungspraxis gesammelt werden. Hierzu werden die Erfahrungen der Fachkräfte erfasst, sie sind Expert\*innen ihrer Institutionen und individuellen Handlungen. So wird die Forschungsfrage ergründet, inwiefern Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen selbstbestimmt über eine Schwangerschaftsverhütung entscheiden und Verhütungsmittel frei auswählen können. Es sollen praktische Handhabungen, Umsetzungsrealitäten, Handlungswissen, Konzepte, Ambivalenzen, Schwierigkeiten und Bedarfe von Fachkräften erschlossen werden. Durch die Ergebnisse soll ein Beitrag zum Diskurs über Reproduktive Gerechtigkeit von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Deutschland geleistet werden.

Die Masterarbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Eingangs wird eine theoretische Grundlage geschaffen. Es werden wesentliche Begriffe definiert und das Konzept reproduktive Gerechtigkeit vorgestellt, hierzu wird eine historische Einordnung des Themas Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten in Deutschland vorgenommen, gegenwärtige Debatten, Leitlinien und Rechten aufgeführt (Kapitel 2). Anschließend wird der aktuelle Forschungsstand zur Selbstbestimmung in Sexualität und Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten dargestellt (Kapitel 3). Darauf folgt eine Einführung in das forschungsmethodische Vorgehen (Kapitel 4). Zur Auswertung der Untersuchungsergebnisse erfolgen für alle Hauptkategorien jeweils eine Beschreibung und eine Interpretation der Ergebnisse (Kapitel 5). Zum Abschluss werden die Ergebnisse diskutiert und reflektiert, die Grenzen des forschungsmethodischen Vorgehens werden aufgezeigt. Aus den Ergebnissen werden Empfehlungen für die sexualwissenschaftliche Praxis abgeleitet (Kapitel 6).

## **2 Theoretische Grundlagen, zentrale Begriffe und Konzepte**

In diesem Kapitel werden wesentliche theoretische Grundlagen für den empirischen Teil ausgeführt. Im inhaltlichen Fokus stehen Menschen mit Lernschwierigkeiten und ihre reproduktive Selbstbestimmung. Es wird eine definitorische Bestimmung zu Behinderung, Lernschwierigkeiten und Frauen\*<sup>2</sup> vorgenommen (2.1). Das Konzept Reproduktive Gerechtigkeit ermöglicht, sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten ganzheitlich zu analysieren (Kapitel 2.2). Es wird sich auf Wohneinrichtungen in Deutschland

---

<sup>2</sup> Es wird sich mit der Schreibweise Frauen\* beholfen. Das \* macht sichtbar, dass Frauen\* und Männer\* keine einheitlichen, homogenen Gruppen sind. Weitere Ausführungen dazu folgen im Kapitel 2.1.

bezogen, dazu wird die Behindertenhilfe bezüglich Eugenik im Nationalsozialismus historisch kontextualisiert (2.3). Anschließend werden prägende rechtliche und historische Ereignisse seit 1945 vorgestellt (2.4). Die historische Einordnung bildet zusammen mit reproduktiver Gerechtigkeit die notwendige Grundlage für die Analyse des Status Quo sexueller Selbstbestimmung und Schwangerschaftsverhütung. Sexuelle Selbstbestimmung wird definiert, rechtlich hergeleitet und als Leitlinie für die Praxis vorgestellt (2.5).

## **2.1 Begriffsbestimmung, Zielgruppe: Behinderung, Lernschwierigkeiten, Frauen\***

In der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (UN-BRK) wird Behinderung auf materieller sowie sozial-gesellschaftlicher Ebene erfasst. Beide Ebenen prägen das Leben von Menschen mit Behinderung in relevantem Ausmaß. Artikel 1 der BRK definiert:

„Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.“ (UN-BRK Art. 1).

Eine Beeinträchtigung muss eine Person nicht zwangsläufig bei alltäglichen Aktivitäten einschränken, kann dies aber tun (BMAS 2021, S. 25). Unter Beeinträchtigung „[...] fallen körperliche Eigenschaften [...], sensorische Eigenschaften [...], kognitive Eigenschaften wie Intelligenzminderung, Eigenschaften [...] des Sprechens sowie tiefgreifende psychische Eigenschaften wie Autismus“ (WHO 2007 nach Chodan et al. 2021, S. 138). Eine Behinderung liegt dann vor, wenn die Aktivitäten im Alltagsleben bzw. die Teilhabe durch Wechselwirkungen zwischen der eigenen Beeinträchtigung und umweltlichen Barrieren behindert werden (BMAS 2021, S. 26). Teilhabe bezeichnet die soziale Zugehörigkeit und Risiken, davon ausgeschlossen zu werden (ebd., S. 28). Maßgeblich für eine Behinderung sind demnach Beeinträchtigungen der individuellen Fähigkeiten und/oder Eigenschaften bei gleichzeitigen gesellschaftlichen Barrieren, die eine Teilhabe einschränken. Wären alle gesellschaftlichen Barrieren abgeschafft, wäre die Beeinträchtigung einer Person nicht in diesem Sinne behindernd. Diese systemisch-konstruktivistische Perspektive betont Behinderung als Relation zwischen Umwelt und Menschen (Ortland 2008, S. 11). Somit *werden* Menschen durch soziale, strukturelle und gesellschaftliche Bedingungen behindert (Döring 2021, S. 133). Dieses Verständnis der Wechselwirkung von Beeinträchtigung und Gesellschaft wird der vorliegenden Arbeit zugrunde gelegt.

Menschen mit Lernschwierigkeiten bilden eine Untergruppe der Menschen mit Behinderung. Je nach Bezugssystem werden verschiedene Begrifflichkeiten zur Beschreibung genutzt: im Sozialgesetzbuch IX *geistige Behinderung* in Abgrenzung zur seelischen und körperlichen Behinderung, im ICD-10 der WHO *Intelligenzminderung*, Betroffene bzw. Selbstvertretungen bezeichnen sich als *Menschen mit Lernschwierigkeiten* (Dörner et al. 2017, S.



99; Verein Ohrenschmaus 2023). Als *Lernschwierigkeiten* werden im deutschen Sprachgebrauch auch Lernbehinderungen und andere Formen von Lernproblemen bezeichnet, was zu Missverständnissen führen kann (Dörner et al. 2017, S. 99). Laut der Mensch-zuerst-Bewegung<sup>3</sup> sei dies gewollt, um zu betonen, dass Lernschwierigkeit „eine quantitative Dimension und keine qualitative Entität“ sei (ebd.). Der Verein Ohrenschmaus vertritt dagegen die Position, dass eine Abgrenzung zur schulpädagogischen Verwendung der Begriffe Lernbehinderung/Lernschwierigkeiten vorgenommen werden solle, da damit zumeist keine Behinderung gemeint sei (Verein Ohrenschmaus 2023). *Intelligenzminderung* kann schwer definiert werden, da keine wissenschaftliche Einigkeit darüber herrscht, was unter Intelligenz zu verstehen ist (Dörner et al. 2017, S. 99). Zumeist wird in Definitionsversuchen eine Vielzahl von Begrifflichkeiten aufgeführt, die mit kognitiver Leistungsfähigkeit assoziiert werden (ebd.). Zwei Faktoren seien jedoch als Bestandteile einer Definition der Begriffe *Lernschwierigkeiten*, *Intelligenzminderung* und *geistige Behinderung* hervorzuheben:

1. Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit, z.B. in der Verarbeitungsgeschwindigkeit und Merkfähigkeit,
2. Beeinträchtigung der Fähigkeit des adaptiven Verhaltens, z.B. Vielfalt der Anpassungsfähigkeit des kognitiven Leistungspotenzials an Umwelтанforderungen oder Problemlösungsverhalten (Wing & Attwood 1987 nach Dörner et al. 2017, S. 100).

Eine Beeinträchtigung der kognitiven Leistungsfähigkeit kann durch verschiedene körperliche Erkrankungen entstehen, sodass *Lernschwierigkeiten* kein alleiniges Produkt von Vererbung und auch Intelligenz kein biologisch stabiles, genetisch vererbbares Phänomen sein können (Dörner et al. 2017, S. 100). Ursachen können in drei Entwicklungsphasen des Kindes entstehen: pränatal, perinatal, postnatal auftretende Schädigungen des Zentralnervensystems (ZNS) (ebd., S. 104–105). Der im Deutschen gebräuchliche Begriff *geistige Behinderung* bezieht sich auf ein Verständnis von Behinderung, das von vielen Menschen mit Lernschwierigkeiten als diskriminierend verstanden wird (Pixa-Kettner und Rohmann 2012, S. 0; Verein Ohrenschmaus 2023; Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. 2023). Es beziehe sich auf ein traditionelles Verständnis von Behinderung, das modernen Entwicklungsauffassungen nicht genüge (ebd.). Begründet wird dies damit, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten auch mit Beeinträchtigung viele Fähigkeiten und differenzierte geistige Interessen besitzen, sie sind keineswegs in sämtlichen geistigen Bereichen behindert (Verein Ohrenschmaus 2023).

---

<sup>3</sup> In der Mensch-zuerst-Bewegung haben sich Menschen mit Lernschwierigkeiten in Selbst- und Interessensvertretungen vereint. Es ist ein Zusammenschluss für Teilhabe und Gleichberechtigung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. 2001 hat sich Mensch zuerst im Anschluss an die internationale Bewegung gegründet, die ihren Ursprung in den USA 1974 hat (Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. 2023).

Der Begriff *geistige Behinderung* wird in dieser Forschungsarbeit ersetzt durch die Selbstbezeichnung Menschen mit Lernschwierigkeiten. Diese wird als Sammelbegriff verstanden, so können Begrifflichkeiten verschiedener Auffassungen und Bezugsquellen umfasst werden. Es wird die sogenannte Person-First-Language genutzt: Mensch mit Behinderung (Döring 2021, S. 135). Der Mensch steht an erster Stelle und nicht die Behinderung, dies wird von einigen Selbstvertretungen als respektvoller empfunden (ebd.).

Der Umgang mit Schwangerschaft, Reproduktion und Schwangerschaftsverhütung (SSV) wird als besonders relevant für die sexuelle Selbstbestimmung von Frauen\* angesehen, da bei Frauen\* zur SSV durch körperliche Eingriffe häufig die körperliche Autonomie eingeschränkt wird. Aus diesem Grund werden in der theoretischen Grundlage und im Forschungsstand Frauen\* fokussiert. Im Interviewleitfaden und der Auswertung wird das Thema SSV aber ausdrücklich geschlechtlich auf alle bezogen, da hierdurch sichtbar werden kann, wie Fachkräfte das Thema SSV geschlechtlich verordnen.

Frauen\* sind keine einheitliche Gruppe: insbesondere soll betont werden, dass nicht alle Frauen\* einen Uterus haben und nicht alle Menschen mit Uterus Frauen\* sind, was insbesondere beim Thema SSV relevant ist. Dies wird in den vorhandenen Studien und den erhobenen Daten aber kaum sichtbar. In dieser Arbeit soll die Schreibweise Frauen\* sichtbar machen, dass Frau\*Sein nicht mit einem Uterus gleichzusetzen ist. Dennoch stehen im Fokus dieser Arbeit vor allem cis Frauen und Menschen mit Uterus, sie werden unter dem Begriff Frauen\* homogenisiert. Obwohl es an der Homogenisierung berechtigte Kritik gibt, wird die Schreibweise Frauen\* behelfsmäßig eingesetzt.

## 2.2 Reproduktive Gerechtigkeit

Reproduktive Gerechtigkeit ist „[...] ein analytisches Konzept, ein politischer Rahmen für Allianzen – und eine dringliche Forderung.“ (Kitchen Politics 2021, S. 7). Loretta Ross, Mitbegründer\*in des Konzepts, beschreibt es als „intersektionales Konzept zur Adressierung systemischer Ungleichheit“ (Ross 2021, S. 23–26). Der Ursprung liegt in der Schwarzen<sup>4</sup> feministischen Bewegung in den USA<sup>5</sup>. Akteur\*innen des *National Black Women's Health Project* haben sich seit den 1980er Jahren mit den spezifischen Problemlagen Schwarzer Frauen\* in der Gesundheitsversorgung auseinandergesetzt und damit den Grundstein für die Entwicklung reproduktiver Gerechtigkeit gelegt (ebd., S. 20-21). 1997 hat sich das Bündnis *SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective (SisterSong)* gegründet, das sich

---

<sup>4</sup> Schwarz wird großgeschrieben, so soll die sozio-politische Selbstpositionierung in einer mehrheitlich *weiß* dominierten Gesellschaftsordnung markiert werden (Ogette 2018, S. 76-77). Schwarz und *weiß* verweisen nicht auf Hautfarben, sondern auf soziale und politische Konstruktionen in einem globalen Machtgefüge (ebd.).

<sup>5</sup> Eine Zeitleiste mit Angaben zu Akteur\*innen und Organisationen findet sich bei Ross (2006, S. 3–5).

als erste Organisation für reproduktive Gerechtigkeit einsetzt (ebd.). Reproduktive Gerechtigkeit kann als kritische Antwort auf die singuläre Fokussierung auf das Recht auf Schwangerschaftsabbruch durch die Pro Choice Bewegung gesehen werden (Kitchen Politics 2021, S. 9; Ross 2006, S. 2). Die Aktivist\*innen wollten hervorheben, dass systemische Ungleichheit Entscheidungen zur Familienplanung bestimmen und institutionalisierte Machtverhältnisse reproduktive Beschränkungen schaffen (Ross 2021, S. 18-23).

„Reproductive Justice helps make the connections between women and their families, and the conditions necessary for women to make reproductive decisions about their lives: opportunities to work at living wages, opportunities for affordable quality education, responsible and accessible public services such as good health care, quality schools, and accessible and affordable child care, freedom from personal and state violence, and environmentally safe communities.“ (Ross 2006, S. 2).

Diese komplexen Bedingungen sollten genauso im Fokus einer feministischen Bewegung stehen wie Schwangerschaftsabbruch. Reproduktive Gerechtigkeit baut auf vier verbundnen Menschenrechten auf (Ross/Solinger 2017 nach Ross 2021, S. 19):

1. Kinder bekommen können unter selbstgewählten Bedingungen<sup>6</sup>
2. Keine Kinder zu bekommen mithilfe von Empfängnisverhütung
3. Eine sichere Umgebung Kinder aufzuziehen ohne individuelle und staatliche Gewalt
4. Recht auf sexuelle Autonomie, geschlechtliche Selbstbestimmung und sexuelle Lust

Reproduktive Gerechtigkeit ist angelegt als konzeptioneller Rahmen, der multiple Erfahrungen von Unterdrückung analysieren kann (ebd., S. 27). So dient reproduktive Gerechtigkeit dazu, die reproduktiven Verhältnisse von Menschen mit Lernschwierigkeiten zu analysieren. Dazu wird der Bezug zum historischen und gesellschaftspolitischen Kontext in Deutschland hergestellt (Kyere 2021, S. 62). Einige Mitglieder aus *Sister Song* formulierten Kriterien zur Anwendung (Ross 2021, S. 28). Die Arbeit orientiert sich daran:

Kriterien nach Ross 2021, S. 28	Übertragung auf die Masterarbeit
1) orientiert sich an Intersektionalität	Im Fokus stehen Frauen* mit Lernschwierigkeiten. Durch deren ökonomische Positionierung in Deutschland ergibt sich eine Schnittstelle zwischen Geschlecht, Klasse und Behinderung, was eine intersektionale Betrachtung unerlässlich macht.
2) verbindet das Lokale mit dem Globalen	Durch den Bezug auf die UN-BRK wird die Verbindung von Lokalem zu Globalem hergestellt. Einer weiteren Verknüpfung zu globalen Verhältnissen kann in dieser Arbeit nicht nachgegangen werden.
3) basiert auf den Prinzipien der Menschenrechte	Es wird sich in der Arbeit auf die UN-BRK und somit Menschenrechte bezogen.
4) verbindet das Individuum mit der Community	Die Verbindung mit Community geschieht in der Forschung nicht. Dennoch können Erkenntnisse aus der Forschung im Anschluss an die Arbeit für weitere Schritte in diesem Sinne genutzt werden.
5) thematisiert die Verantwortung von Regierungen und Unternehmen	Die Verantwortung für reproduktive Verhältnisse wird bei der Regierung und Unternehmen gesehen,

<sup>6</sup> Eine wichtige Differenzierung, sich für Kinder entscheiden zu können, ist, dass hiermit „[...] das kollektive Recht, sich gegen strukturelle Gewalt und Fremdbestimmung zur Wehr zu setzen [...]“ gemeint ist (Kitchen Politics 2021, S. 14). Es geht nicht um ein individuelles Recht die Körper anderer Menschen zu instrumentalisieren oder gesundheitlich zu beeinträchtigen, um den eigenen Kinderwunsch verwirklichen zu können (ebd.).

	was in der Analyse von Gesetzgebungen in Deutschland sowie der Rolle Sozialer Arbeit als Profession und Träger sichtbar wird.
6) bekämpft alle Formen von Bevölkerungskontrolle bzw. Eugenik	Es wird sich kritisch mit Eugenik auseinandergesetzt insbesondere durch eine historische Einordnung von Zwangssterilisationen und SSV von Menschen mit Behinderung im Nationalsozialismus.
7) stärkt individuelle und gemeinschaftliche Formen der Selbstorganisierung	Auf Positionen von Selbstorganisationen, Aktivist*innen und Forscher*innen mit Behinderung wird Bezug genommen.
8) marginalisierte Communitys im Zentrum der Analyse	Im Zentrum der Analyse stehen Frauen* mit Lernschwierigkeiten.
9) politische Macht, Partizipation der Betroffenen sowie Gesetzes- und Politikveränderungen sind notwendig für reproduktive Gerechtigkeit	Es wird deutlich, dass Veränderungen von Gesetzen und Politik unerlässlich sind und Partizipation eine Schlüsselrolle zukommt.
10) Entwicklung eigener intersektionaler Zugänge, zur Verbindung von Theorie, Strategie und Praxis	In der Verbindung aus theoretischer Fundierung, der Fachkräfte-Befragung, mit Fokus Handlungswissen und wiederum Ableitungen für die Praxis im Sinne der Zielgruppe Frauen* mit Lernschwierigkeiten wird ein intersektionaler Zugang entwickelt.
11) für alle gültig	Diese Annahme wird geteilt.

Tabelle 1: Kriterien reproduktiver Gerechtigkeit und ihre Anwendung

Als intersektionales Konzept bildet reproduktive Gerechtigkeit in dieser Arbeit eine Grundlage, die Situation von Menschen mit Lernschwierigkeiten zur SSV und systemische Ungleichheiten zu analysieren. Um diese nachzuvollziehen, wird eine historische Einordnung vorgenommen. Anschließend wird die gegenwärtige Situation beschrieben anhand der aktuellen Gesetzeslage und Debatten. Schließlich wird ergründet, was abseits einer Festschreibung von sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung in Konzepten von Wohneinrichtungen zu tun wäre und wie nachhaltige Veränderungsprozesse aussehen könnten. Aus den Erkenntnissen dieser Thesis können Forderungen für einen politischen Wandel auf struktureller sowie institutioneller Ebene abgeleitet werden.

### 2.3 Historische Kontextualisierung: Sterilisationen im Nationalsozialismus

„Für ein Verständnis aktueller Fragen reproduktiver Gerechtigkeit in Deutschland ist es auch wichtig, die Kontinuitäten und Aktualisierungen bevölkerungspolitischer und eugenischer Praxen zu bedenken.“ (Kyere 2021, S. 63–64). Der Höhepunkt dieser eugenischen Praxen findet sich im Nationalsozialismus. Hier folgte die Familienpolitik der Logik von *Rassenhygiene* und *Erbgesundheit*, um einen möglichst homogenen nationalen Volkskörper zu schaffen (ebd.). Zinsmeister sieht in der fortwährenden Abwertung behinderten Lebens als lebensunwert, in paternalistischer Bevormundung und den angewandten Mitteln zur Verhinderung von Schwangerschaften von Frauen\* mit Lernschwierigkeiten, dass es an Auseinandersetzung mit dem nationalsozialistischen Unrecht und eugenischer Bevölkerungspolitik fehlt (Zinsmeister 2023, S. 65).

Schon vor dem Nationalsozialismus war in den USA, Europa und Deutschland aus dem Darwinismus<sup>7</sup> und Sozialdarwinismus<sup>8</sup> die Eugenik entwickelt worden. Als Wissenschaft versuchte die Eugenik<sup>9</sup> zu belegen, dass und durch welche angeborenen Einflüsse eine *Rasse* verbessert würde (Köbsell 1987, S. 14). Negative Eugenik beschreibt den Ansatz, dass die Reproduktion der als wenig wertvoll Angesehenen, erblich Belasteten, verhindert werden sollte (ebd.). Das Konzept *erbliche Belastung* blieb dabei undefiniert, wodurch es zu einem Sammelbegriff für soziale Auffälligkeiten oder Abweichungen wurde (ebd.). Der Wert des Individuums wurde an seiner Leistungsfähigkeit gemessen, was Gesundheit zu einem Wirtschaftsgut werden ließ (ebd., S. 15–16). Dadurch wurde angenommen, dass arme und kranke Menschen sowie Menschen mit Behinderung schwach seien (Klee 2010, S. 19–21). Es wurde schon nach dem ersten Weltkrieg<sup>10</sup> in Deutschland die Möglichkeit einer negativen Eugenik mit Asylisierung, Zwangssterilisationen und Freigabe der Tötung *lebensunwerten Lebens* diskutiert (Köbsell 1987, S. 17–18). Mit der Machterlangung der Nationalsozialisten wurde am 14.7.1933 das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) verabschiedet: in §1 wurde festgeschrieben, dass sogenannte *Erbkranke* sterilisiert werden durften (ebd., S. 22–24). Der §1 (2) definierte u.a. Menschen mit Behinderung, mit Lernschwierigkeiten und mit verschiedenen körperlichen oder psychischen Krankheiten als *erbkrank* (ebd.). Unter dem Merkmal *Schwachsinn* wurden viele Frauen\* zwangssterilisiert: insbesondere Frauen\* mit Lernschwierigkeiten, aber auch vom Normbild abweichende Frauen\*<sup>11</sup> (ebd., S. 58–59). Diese Bevölkerungspolitik war somit ein Instrument sozialer Kontrolle über Frauen\*, in dem es ihre Fortpflanzung verhinderte (ebd., S. 57). Von Inkrafttreten des GzVeN am 1.1.1934 bis zum Ende des Nationalsozialismus wurden mindestens 400.000 Menschen zwangssterilisiert (Klee 2010, S. 86; Köbsell 1987, S. 25–28). Die Politik der Nazis für einen völkischen Staat verfolgte als Strategien neben Zwangssterilisationen, auch Asylisierung und Vernichtung (ebd.). Menschen mit Behinderung waren von allen drei Strategien betroffen. Behinderung wurde als Arbeitsunfähigkeit verstanden, sodass die Arbeitskraft nicht ausgebeutet werden konnte: „Das Sterilisationsprogramm war die Vorstufe zur planmäßigen Vernichtung sog. ‚lebensunwerten Lebens‘.“ (Köbsell 1987, S. 25–28). An der Umsetzung der Strategien *Asylieren*, *Sterilisieren*, *Vernichten* waren Organisationen und

---

<sup>7</sup> Der Darwinismus ist eine Evolutionstheorie von Charles Darwin (1859) nach der die Triebkräfte der Evolution die Variabilität und deren Selektion sei. Somit könnten sich die an die Umweltbedingungen am besten angepasste Varianten besser behaupten und mehr vermehren. Der Kampf ums Dasein sei ein Kampf um beschränkte Ressourcen, dies führe zu leistungsfähigeren Individuen (Köbsell 1987, S. 13).

<sup>8</sup> Sozialdarwinismus überträgt die Theorie des Darwinismus auf menschliche Gesellschaften.

<sup>9</sup> Francis Galton erschuf 1904 die Erbgesundheitslehre. Eugenik bedeutet *von guter Abstammung*. Als Wissenschaft betrachtete sie, durch welche die angeborenen Einflüsse einer *Rasse* verbessert würden (ebd., S. 14).

<sup>10</sup> Eugeniker sahen hier eine Kontraselektion durch den Krieg: die Besten seien überproportional gestorben und Minderwertige zu wenig (ebd.).

<sup>11</sup> Zum Beispiel aufgrund von Verweigerung der Hausarbeit oder Sexualverhalten.

Träger der Fürsorge bzw. Behindertenhilfe maßgeblich beteiligt. Die Institution Innere Mission der Evangelischen Kirche und zwei spätere Gründungsmitglieder der Lebenshilfe<sup>12</sup> waren nicht nur an eugenischen Maßnahmen des GzVeN beteiligt, sondern auch peripher an Euthanasie-Vernichtungsmaßnahmen<sup>13</sup> (ebd., S. 73–109).

## 2.4 Rechtliche Lage und Debatten nach 1945

Auch nach 1945 wurden Sterilisationen<sup>14</sup> hauptsächlich an Frauen\* weiter durchgeführt (Köbsell 1987, S. 29). Die Innere Mission (heute Teil der Diakonie) und die Lebenshilfe sind bedeutsame, große Träger der Behindertenhilfe. Noch in den 1970ern sprachen sich beide Träger beim Reformentwurf des §226 StGB für die Legalisierung der Sterilisation bei Menschen mit Lernschwierigkeiten unter 18 Jahren aus, bei Geschäftsunfähigkeit durch mit Einwilligung der gesetzlichen Vertretung (Köbsell 1987, S. 73–109). Die eugenische Geschichte und die Beteiligung bzw. Ermöglichung durch soziale Berufe und ihre Institutionen, wurde ungenügend aufgearbeitet (Klee 2010, S. 29–33).

Nach dem zweiten Weltkrieg hebt der Alliierten Kontrollrat alle als typisch nationalsozialistisch geltende Gesetze auf: Das GzVeN jedoch wurde nur ausgesetzt und nicht mehr angewendet (Klee 2010, S. 86; Zinsmeister 2023, 65). Dies führte dazu, dass die von Zwangssterilisationen Betroffenen 1956 keine entschädigungsberechtigten Verfolgten waren (ebd.). Das GzVeN wurde erst 1973 mit 5. Strafänderungsgesetz endgültig abgeschafft (Köbsell 1987, S. 28–30). Der Bundestag distanzierte sich erst 2007 vom GzVeN und den Auswirkungen und erkannte es als nationalsozialistisches Unrecht an (Bundestag 2007).

1966 entschied der Bundesgerichtshof, dass Sterilisationen mit Einwilligung der betroffenen Personen nicht strafbar sind, die Einwilligung müsse explizit von der Person erfolgen (nicht durch Vormünder, Pflegende oder Gericht) (Köbsell 1987, S. 29). Die Regelung schien erst ab dem 18. Lebensjahr zu gelten, die Sterilisationen wurden nun davor durchgeführt (ebd.). Menschen, die als einwilligungsunfähig galten, wurden in Westdeutschland ohne gesetzliche Grundlage mit Verweis auf ihr vermeintliches Interesse weiter Sterilisationen unterzogen (Bundestag 1993, S. 2; Bundesärztekammer 1987, S. 2846–2851). Eine Fernsehsendung machte 1984 die andauernde Praxis der Sterilisationen bei Menschen mit Behinderung öf-

---

<sup>12</sup> Die Lebenshilfe wurde erst 1958 als Elternorganisation gegründet durch die Initiative von Fachmensch. Dennoch sind personelle Verstrickungen zum NS aufzufinden: 2 Gründungsmitglieder der Lebenshilfe (Werner Villinger und Herrmann Stutte) waren aktiv an Zwangssterilisationen, T4-Aktionen und rassenhygienischer Theoriebildung beteiligt (Köbsell 1987, S. 73–109).

<sup>13</sup> Insgesamt wurden ca. 200.000 kranke Menschen und Menschen mit Behinderung im Deutschen Reich zwischen 1939 und 1945 ermordet (Bundesarchiv 2018).

<sup>14</sup> Die niedersächsische Ärztekammer führte bis 1962 nach den Bestimmungen des GzVeN mehr als 2.500 Sterilisationen durch, meist im Zuge von Abtreibungen (Köbsell 1987, S. 28–30).

fentlich (Köbsell 1987, S. 47–49). Dennoch konnten noch 1991 keine quantitativen Aussagen über die Situation in der BRD getätigt werden (Heidenreich 1991, S. 10). Vor 1992 gab es keine gesetzliche Regelung: die Sterilisation war ein Eingriff wie jeder andere<sup>15</sup>, dies führte zu großer Verunsicherung bei allen Beteiligten (ebd., S. 10–11). Bei fraglicher oder fehlender Einwilligungsfähigkeit wurde die Entscheidung durch gesetzliche Vertreter getroffen, ein grundsätzliches Einverständnis der Person musste vorhanden sein (ebd.).

1992 wurden Sterilisationen mit der Einführung des Betreuungsgesetzes in §1905 BGB a.F. explizit geregelt (Zinsmeister 2023, S. 66). Sterilisationen von einwilligungsfähigen Erwachsenen bei informierter Einwilligung waren straffrei (ebd.). Minderjährigen einer Sterilisation zu unterziehen, wurde verboten (ebd.). Es wurden Voraussetzungen festgelegt, unter denen eine stellvertretende Einwilligung durch rechtliche Betreuer\*innen zulässig wäre bei dauerhaft einwilligungsunfähig geltenden Erwachsenen (ebd.). Zinsmeister argumentiert, dass durch die Bewertung der Einwilligungsfähigkeit einer Person ableistisches und eugenisches Denken begünstigt wird (ebd., S. 67). Eingebettet war das Gesetz §1905 BGB a.F. in das Betreuungsgesetz, das Erwachsenen rechtliche Betreuer\*innen gewährt, falls sie aufgrund von Krankheit oder Behinderung ihre Angelegenheiten (teilweise) nicht rechtlich besorgen können (ebd., S. 60–61). Rechtliche Betreuung umfasst nicht die gesamte Lebensführung, sondern ist beschränkt auf Angelegenheiten, die rechtlich zu besorgen sind, dabei muss den Wünschen von Betreuten entsprochen werden (Zinsmeister 2012, S. 228–229). Folgende Bereiche gehören grundsätzlich nicht zur rechtlichen Betreuung: soziale Kontakte, Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung (ebd.). Eltern als rechtliche Betreuer\*innen verlangen häufig ein Mitspracherecht diesbezüglich, Fachkräfte halten sie oft dazu ermächtigt (ebd.). Umgangsbeschränkungen aus erzieherischen Gründen (bspw. zu Partnerschaften) sind aber gegenüber volljährigen Betreuten unzulässig (ebd.).

Die Bereiche SSV, Schwangerschaftsabbruch, Familienplanung und künstliche Befruchtung fallen in den betreuungsrechtlichen Aufgabenkreis der Gesundheitsversorgung (ebd.). Wird eine rechtliche Betreuung mit der Gesundheitsversorgung betraut, muss diese die Entscheidungsfindung von Betreuten unterstützen (Zinsmeister 2023, S. 61). Bei riskanten medizinischen Behandlungen wie Sterilisationen, zu denen rechtliche Betreuer\*innen stellvertretend einwilligen, existiert ein betreuungsgerichtlicher Genehmigungsvorbehalt (Zinsmeister 2012, S. 229). Ärzt\*innen müssen im Einzelfall entscheiden, ob Menschen mit Lernschwierigkeiten nach verständlicher Aufklärung selbst einwilligen können (Zinsmeister 2023, S. 60–61). Die

---

<sup>15</sup> Sterilisation war strafrechtlich eine Körperverletzung, jedoch durch §226a StGB gerechtfertigt: die Voraussetzung strafloser Sterilisation war Einwilligung und fehlende Sittenwidrigkeit (Heidenreich 1991, S. 10–11).

rechtliche Handlungsfähigkeit darf nicht abgesprochen werden, nur weil eine Person rechtliche Betreuung oder Beeinträchtigungen hat oder „unvernünftig“ entscheidet (ebd.). Eine Sterilisation ohne Einwilligung von Patient\*innen ist strafbare Körperverletzung (ebd.).

§1905 BGB a.F. wurde 1992 eingeführt, um die Praxis der Sterilisationen von einwilligungsunfähigen Menschen zu beschränken (ebd., S. 62–63). In den Folgejahren sind die in den Rechtspflegestatistiken erfassten Sterilisationen deutlich zurückgegangen (ebd.). Zwischen 1992 und 2011 wurden dennoch jährlich 40-250 Sterilisationen einwilligungsunfähiger Erwachsener in Deutschland gerichtlich genehmigt (ebd.). Die Beschlüsse betrafen vor allem ledige, *geistig behinderte* jüngere Frauen\*, die bei Familie oder in Einrichtungen lebten (Bundestag 1996, S. 4, 6; Zinsmeister 2023, S. 62–63).<sup>16</sup> 2015 kritisierte ein Fachausschuss der Vereinten Nationen zur Überprüfung der Umsetzung der UN-BRK in Deutschland die verankerte Regelung in §1905 BGB a.F. (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015, Ziff. 37). Insbesondere wurde kritisiert, dass rechtliche Sterilisationsbetreuer\*innen mit Genehmigung des Gerichts in die Sterilisation einer Person einwilligen können, wenn diese dauerhaft einwilligungsunfähig ist und eine Sterilisation erforderlich sei, um eine belastende Schwangerschaft zu verhindern (Zinsmeister 2023, S. 59). Der Fachausschuss stuft dies als Zwangsbehandlung ein und sieht die Verfahren zur Feststellung der Einwilligungsfähigkeit als mangelhaft (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2014, Ziff. 27-28, 42). Der Fachausschuss empfiehlt, §1905 BGB a.F. ersatzlos zu streichen: Sterilisationen ohne persönliche informierte Einwilligung der Betroffenen sollten verboten werden (ebd., Ziff. 38a). Nach Art. 12 UN-BRK wird stattdessen ein System der unterstützten Entscheidungsfindung<sup>17</sup> empfohlen (ebd., Ziff. 28).

Als Reaktion auf die Kritik des Fachausschusses<sup>18</sup> wurde das Betreuungsrecht zum 1.1.2023 reformiert (Zinsmeister 2023, 56). Trotz der Empfehlung wurde §1905 BGB a.F. nicht gestrichen, sondern neu in §1830 BGB gefasst. Die Voraussetzungen für eine Sterilisation wurden verengt: die Sterilisation muss dem natürlichen Willen der Person *entsprechen*, zuvor wurde verlangt, dass Sterilisation nicht *entgegen* dem natürlichen Willen der betreuten Person stehen (ebd.). Hierdurch sollte deutlich werden, dass rechtliche Betreuer\*innen Betreute

---

<sup>16</sup> Jedoch weichen die Zahlen von durchgeführten Sterilisationen an Menschen mit Behinderung von denen in der Rechtspflegestatistik erfassten Beschlüssen ab (Zinsmeister 2023, S. 63). Zinsmeister vermutet mit Verweis auf die Daten von Schröttle (2012), dass mehr Menschen als einwilligungsfähig eingestuft und dann sterilisiert wurden, sodass das betreuungsgerichtliche Verfahren umgangen werden konnte, wodurch zahlenmäßig weniger Beschlüsse vorhanden seien (Zinsmeister 2012, S. 231).

<sup>17</sup> Dies sind Maßnahmen zur Unterstützung der Ausübung rechtlicher Handlungsfähigkeit (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015, Ziff. 29), wie z.B. Peer-Unterstützung, Informationen in leichter Sprache, Kommunikationsassistenten und Vertrauenspersonen (Zinsmeister 2023, 59).

<sup>18</sup> 2016 wurde dann auch das Bundesteilhabegesetz (BTHG) eingeführt: Sozialleistungen werden nicht mehr auf Institutionen, sondern auf Personen übertragen (Specht 2021, S. 177). Durch dieses Prinzip sollen Menschen mit Behinderung als gleichberechtigte Bürger\*innen gestärkt und Selbstbestimmung, Chancengleichheit und Teilhabe verbessert werden (ebd.).



in ihrer Entscheidungsfindung unterstützen sollen: „Die rechtlichen Betreuer\*innen können nur als *ultima ratio* anstelle der Betreuten entscheiden und haben sich dabei im Regelfall an den Wünschen der Betreuten zu orientieren.“ (ebd., 62). Zinsmeister sieht in der Reform eine wichtige Neuausrichtung der Gesetzgebung führt jedoch vier zentrale Veränderungen an, um über die Reform hinaus die Lage zu verbessern und die reproduktiven Rechte von Frauen\* mit Behinderung zu schützen (ebd., 56-67):

(1) Um reproduktive Gerechtigkeit für Frauen\* mit Behinderung zu gewährleisten, brauche es weitere Sicherungsmaßnahmen der Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit nach Art. 12 Abs. 4 UN-BRK, die vor dem Machtmissbrauch durch Ärzt\*innen, Betreuer\*innen und Fachkräfte schützen (ebd., 67). Insbesondere die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit sei ein Einfallstor für bevölkerungspolitische Steuerungsinteressen und ableistische Diskriminierung (ebd., 56). Sicherungsmaßnahmen könnten z.B. standardisierte Prüfverfahren oder Stichprobenkontrollen sein (ebd., 67). (2) Entscheidungen zur Verhütung gingen über den Bereich der Gesundheit hinaus, sie umfassen auch Rechte zur Reproduktion (Zinsmeister 2012, S. 229–230). Die Gesundheitsvorsorge sollte nicht die Familienplanung umfassen, sondern als getrennte Aufgabenbereiche betreut werden (Zinsmeister 2023, 67). Dies sollte nicht durch Angehörige geschehen (ebd.). (3) Der Zugang zu Wissen müsse gewährleistet sein: Informationen, Methoden und Angebote in leichter Sprache müssen verpflichtend eingesetzt werden, auch allgemeine, analog-digitale sexuelle Bildung müsse stattfinden (ebd.). Statt Angehörige und Fachkräfte als „Gatekeeper“ sexueller Bildung müssten unabhängige Fachberatungsstellen zielgruppengerechte Angebote sowie barrierefreie und ergebnisoffene Beratung anbieten (ebd.). (4) In der Gynäkologie, Urologie und Geburtshilfe sowie in allgemeinen Angeboten für Familien müssten einstellungs- und umweltbedingte Barrieren abgebaut werden (ebd.). Das öffentliche Bewusstsein für die Fertigkeiten und Fähigkeiten behinderter Menschen als Eltern sollte darüber hinaus gefördert werden (ebd.).

## **2.5 Reproduktive Gerechtigkeit: Sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten**

Sexuelle Selbstbestimmung und reproduktive Rechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten können rechtlich hergeleitet und begründet werden. 2008 trat die Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) als „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ in Kraft. In Deutschland wurde die UN-BRK 2009 ratifiziert und legt das Recht auf Selbstbestimmung als Menschenrecht fest (Specht 2021, S. 177). Als oberstes Prinzip wird in Artikel 3 die „volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft“ fixiert (UN-BRK, Art. 3c). In der UN-BRK wird ein besonderer Fokus auf den

Schutz von Privat- und Familienleben gelegt, da Menschen mit Behinderung darin häufig auf Unterstützung angewiesen sind, um ihre Autonomie zu verwirklichen (Zinsmeister 2012, S. 228). Sie leben unter einem hohen Risiko der Entmündigung und „strukturellen Beschränkung ihrer Privatheit, Autonomie und Teilhabe.“ (ebd.). In Artikel 19 UN-BRK wird das Recht auf die Wahl der Lebensform gestärkt: Menschen mit Behinderung sollen ihren Aufenthaltsort frei wählen dürfen und entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen (UN-BRK, Art. 19a). Damit bestehe auch keine Verpflichtung zum Leben in der besonderen Wohnform. Artikel 22 bestärkt den Schutz der Privatsphäre: es darf nicht willkürlich oder rechtswidrig in das Privatleben, Wohnen oder in die Familie von Menschen mit Behinderung eingegriffen werden (UN-BRK, Art. 22). Artikel 23 schützt die reproduktiven Rechte, Gesundheit und Familienplanung: es werden Maßnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung in den Bereichen Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften gefordert (UN-BRK, Art. 23 Abs. 1, 1b). Es soll gewährleistet werden, dass:

„[...] das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersgemäßer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt werden.“ (ebd.).

Ein Recht auf Sexualität bzw. sexuelle Selbstbestimmung ist in der UN-BRK nicht wörtlich benannt, da es rechtlich nicht einklagbar ist (Ortland et al. 2020, S. 23; Specht 2021, S. 177). Die Rechte zur gesellschaftlichen Teilhabe, Wohn- und Lebensform, Partnerschaft, Ehe, Familie und Elternschaft können aber auf Sexualität übertragen werden – teilweise setzen sie Sexualität voraus. Darüber hinaus verpflichtet Artikel 12 UN-BRK zur Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderung in der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit (UN-BRK, Art. 12). Der Zugang zur Ausübung muss unterstützt werden und es braucht Sicherungsmaßnahmen (Zinsmeister 2023, S. 60).

Sexuelle Selbstbestimmung umfasst somit den Zugang zu Informationen, informierten Entscheidungen und Möglichkeiten zur Gestaltung von Sexualität, Familienplanung und SSV. Voraussetzung für sexuelle Selbstbestimmung ist eine umfassende Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen (Ortland et al. 2016, S. 1086). Djanic betont, dass sexuelle Erfahrungsräume wiederum bedingt werden durch das Wissen und die Haltung von Eltern und Fachkräften zur Sexualität von Menschen mit Lernschwierigkeiten (Djanic 2021, S. 169). Somit wird der Grad an sexueller Selbstbestimmung durch Wissen bestimmt: Wissen der Menschen mit Lernschwierigkeiten und Wissen der Eltern und Fachkräfte.

Es braucht Wissen für Menschen mit Lernschwierigkeiten in Form von Informationen und sexueller Bildung, damit sie Zugang dazu haben, was mögliche Lebens- und Lebensweisen sind. Als Ziel der sexuellen Bildung mit Menschen mit Lernschwierigkeiten steht die Stärkung der sexuellen Selbstbestimmung (Ortland et al. 2016, S. 1086). Durch die Vermittlung

von Wissen über Bedürfnisse zu Liebe, Sexualität und Körperlichkeit werden Menschen mit Behinderung zum Erkennen von Grenzüberschreitungen befähigt (ebd.). So ist sexuelle Bildung auch Abwehr von sexualisierter Gewalt: Die Aspekte körperliche Identität, Empowerment und Selbstbestimmung bilden die Grundlage von Prävention (ebd.). Um eine selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen Kinder treffen zu können, werden (barrierefreie) Informationen über verschiedene Verhütungsmethoden benötigt (Zinsmeister 2023, 60). Sie brauchen u.a. auch Informationen über den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt, zu staatlichen Leistungen und zu Kinderbetreuungsmöglichkeiten (ebd.).

Sexuelle Bildung kann darüber hinaus Fachkräften Fachwissen und Handlungssicherheit geben, um über Sexualität und SSV sprechen zu können. Es existiert noch immer eine Art Doppeltabu: sowohl Sexualität als auch Behinderung sind mit Scham, Schuld, Unsicherheiten, Ängsten und Sprachlosigkeit umgeben (Döring 2021, S. 134). Die Sexualität wird durch Narrative von Infantilisierung und Triebhaftigkeit behindert. Menschen mit Lernschwierigkeiten werden in ihrem Lebensalltag und ihrer Sexualität infantilisiert (Mertens 2016, S. 321). Die Infantilisierung entsteht durch die Wahrnehmung als *großes Kind*, der Annahme des Verbleibens in einer kindlichen Entwicklungsstufe (Baab 2018, S. 7; Specht 2021, S. 178). In Verbindung steht wahrgenommene Geschlechtslosigkeit und die Vorstellung, dass sie als Erwachsene generell und in sexuellen Bedürfnissen kindlich bleiben (Baab 2018, S. 7; Djanic 2021, S. 169; Specht 2021, S. 178). Gleichzeitig wird sich die Sexualität von Menschen mit Lernschwierigkeiten als animalische, unkontrollierbare Triebhaftigkeit vorgestellt: durch ein Fehlen an Moral oder Lernvermögen wird ein höherer, direkterer Drang an Sexualität angenommen (ebd.). Diese Narrative rund um Sexualität von Menschen mit Behinderung erschweren eine offene pädagogische Haltung.

Neben der rechtlichen Grundlage und sexualpädagogischen Inhalten braucht es eine Konzeption sexueller Selbstbestimmung in Form von Bewertungskriterien. Specht bemängelt, dass verbindliche Standards zeitgemäßer Sexualitätsbegleitung fehlten (Specht 2021, S. 178). Leitlinien können helfen, zu überprüfen, ob und wie dieses Recht in Einrichtungen umgesetzt wird. Das Forschungsprojekt „Reflexion, Wissen, Können“ (ReWiKs) von Ortland, Jennessen & Römisch (2020, S. 27-55)<sup>19</sup> formuliert zehn Leitlinien:

- (1) Sexualität selbstbestimmt leben: Menschen mit Behinderung sind Expert\*innen ihrer Sexualität und werden durch Mitarbeiter\*innen darin begleitet.

---

<sup>19</sup> „Reflexion, Wissen, Können – Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohner/innen zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung für erwachsene Menschen mit Behinderung in Wohneinrichtungen“ entwickelt Materialien zur Reflexion im institutionellen Umgang sowie Fortbildungsmodule und Handlungsempfehlungen für die Praxis (Ortland et al. 2016, S. 1089).

- (2) Reproduktive Rechte und Selbstbestimmung über Partnerschaft und Familie: Wissen zu Rechten soll vermittelt und die Beratung dazu ergebnisoffen gestaltet werden.
- (3) Selbstvertretung ihrer Interessen gegenüber Dritten: Mitarbeiter\*innen unterstützen.
- (4) Sexuelle Selbstbestimmung als Bestandteil der Einrichtungskultur: alle Mitarbeiter\*innen sind verantwortlich für die Realisierung.
- (5) Strukturelle und personelle Rahmenbedingungen sind in der Eingliederungshilfe zur Sicherstellung sexueller Selbstbestimmung sowie geschlechtersensible Assistenz/Pflege zu schaffen.
- (6) Bedarfsorientiertes Angebot individueller Assistenz und Begleitung zur Realisierung sexueller Selbstbestimmung
- (7) Aktiver Beitrag zur gesellschaftlichen Teilhabe (z.B. Beziehung, Bildung, Freizeit)
- (8) Netzwerke und Zugang zu Internet und neuen Medien müssen für themenspezifische Informationen und Beratung geschaffen werden.
- (9) Schutz sexualisierte Gewalt: Es braucht ein einrichtungsspezifisches Schutzkonzept.
- (10) Qualifizierung der Mitarbeitenden zu sexueller Selbstbestimmung

In den Leitlinien wird besonders die Verpflichtung zur konkreten Umsetzung sexueller Selbstbestimmung auf institutioneller und struktureller Ebene hervorgehoben. Auf institutioneller Ebene werden die Rahmenbedingungen, Einrichtungskultur und eine Verantwortung auf allen Hierarchieebenen betont, auf struktureller Ebene Öffentlichkeitsarbeit und politische Arbeit zur gesamtgesellschaftlichen Veränderung. Diese Leitlinien können als Zielsetzung (Soll-Zustand) und als Werkzeug zur Prüfung der Veränderungsbedarfe (Ist-Zustand) fungieren (Ortland et al. 2020, S. 26).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden Selbstbestimmung im Alltag und in der Sexualität mitbetrachtet. Diese werden als Grundvoraussetzung gesehen, um in komplexen Bereichen wie Familienplanung und medizinischen Entscheidungen der SSV informierte Entscheidungskompetenzen zu entwickeln. Von besonderer Relevanz für diese Arbeit ist Leitlinie zwei: Bewohnende sollen ihre Rechte auf Partnerschaft, Ehe, Familie und Elternschaft kennen, um informiert und selbstbestimmt Entscheidungen treffen zu können (ebd., S. 31). Die Beratung soll ergebnisoffen gestaltet sein, Aufklärung bei Fragen zu Fortpflanzung, SSV und Familienplanung soll durch die Einrichtung, also Mitarbeitende und Leitung, abgesichert sein (ebd.). Informationen zur Möglichkeit der begleitenden Elternschaft sollen gegeben werden (ebd.). Falls eine Elternschaft gewünscht ist, sollte die Umsetzung am bisherigen Wohnort unterstützt werden, wenn sie den Wünschen sowie Bedarfen von Eltern und Kind gerecht wird (ebd.). Die räumlichen und personellen Rahmenbedingungen müssen so sein, dass das Leben als Paar/Familie ermöglicht werden kann (ebd.).

### **3 Forschungsstand zu Lebensbedingungen, sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten**

Die UN-BRK verpflichtet nicht nur dazu, Teilhabebarrrieren abzubauen und Teilhabemöglichkeiten zu fördern. Deutschland ist außerdem dazu verpflichtet, Daten zur Lage von Menschen mit Behinderung zur Umsetzung der UN-BRK und möglichen Hindernissen zu sammeln (UN-BRK, Art. 31, Abs. 1). Der Fachausschuss zur Bewertung der Umsetzung der UN-BRK empfiehlt, dass mehr Daten systematisch nach Geschlecht, Alter und Behinderung aufgeschlüsselt werden sollen (Committee on the Rights of Persons with Disabilities 2015, S. 9). Die gesamte Datenlage wurde bis 2016 als unzureichend eingestuft (Teilhabeberichte der Bundesregierung 2013, 2016, 2021)<sup>20</sup>, sodass das Bundesministerium Arbeit und Soziales (BMAS) eine Befragung beauftragt hat (ebd.). Diese „Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ (Teilhabebefragung, THB)<sup>21</sup> hat als erste Erhebung ihrer Art in Deutschland anhand der Einschätzungen von Menschen mit Behinderung belastbare Aussagen zu Lebenslagen und Möglichkeiten zur Teilhabe getroffen (Institut für Angewandte Sozialwissenschaft 2022, S. 17). 2017 bis 2021 wurden Personen in Privathaushalten und in Einrichtungen (stationäre Wohneinrichtungen, betreutes Wohnen, Alten- und Pflegeeinrichtungen) ab 16 Jahre befragt, unabhängig von ihrer Beeinträchtigung (ebd.). Folgende weitere Studien und Projekte bilden den Stand der Forschung für die Bereiche sexuelle Selbstbestimmung und SSV: Schröttle et al. (2013), Ortland (2016), Ortland et al. (2020) und Habermann-Horstmeier (2020). Im Auftrag des BMFSFJ führten Schröttle et al. 2009 bis 2011 eine repräsentative Studie zur Lebenssituation, zu Belastungen, Diskriminierungen und Gewalterfahrungen von Frauen\* mit Behinderung durch (Schröttle et al. 2013, S. 4). 1.561 Frauen\* im Alter von 16 bis 65 Jahren wurden in ganz Deutschland befragt<sup>22</sup> (ebd., S. 9-10). Ortland führte 2016 eine quantitative Befragung anhand von anonymen Fra-

---

<sup>20</sup> In amtlichen Statistiken wurden Daten über Menschen mit behördlich anerkannter Beeinträchtigung erfasst und Beziehende von Sozialleistungen. So wurde eine eingegrenzte Gruppe berücksichtigt, nicht erfasst wurden beeinträchtigte Personen, die nicht behördlich aufgeführt, nicht leistungsberechtigt sind und keine Leistungen erhalten. Es fehlte ein systematisches Überblickswissen anhand des modernen Verständnisses von Behinderung und Daten zu verschiedenen Lebensbereichen (Steinwede 2022, S. 24–25).

<sup>21</sup> Es wurden 22.065 Personen in privaten Haushalten befragt, davon 6.059 ohne Beeinträchtigung und 16.003 mit mindestens einer Beeinträchtigung (Steinwede und Leinert 2022, S. 45–47). Es wurden 3.239 Personen in Einrichtungen befragt, wobei hohe Anteile an kognitiv/psychisch beeinträchtigten Personen erreicht wurden.

<sup>22</sup> Es wurden 800 Frauen\* mit Behinderung aus Haushalten, 420 Frauen\* aus Einrichtungen (davon 318 mit sog. geistigen Behinderungen), 341 seh-, hör- und schwerstkörper-/mehrfachbehinderten Frauen\* in Haushalten und 31 von Gewalt betroffene Frauen\* anhand qualitativer Interviews befragt (Schröttle 2013, S. 9-10).

gebögen durch (Ortland 2016, S. 24). So konnten die Erfahrungen von 640 Mitarbeiter\*innen aus sechs Einrichtungen<sup>23</sup> erhoben werden (ebd.). Ortland, Jennessen und Römisch arbeiteten anschließend vier Jahre in dem ReWiKs Forschungsprojekt (Ortland et al. 2020, S. 14). Mit dem ReWiKs-Projekt sollen Veränderungen und Weiterentwicklungen in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe gestalten werden mit dem Ziel einer besseren Umsetzung sexueller Selbstbestimmung (ebd.). Habermann-Horstmeier nutzt die 2019 erhobenen Daten einer Studie zu „Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung – Die Sicht der Betreuungskräfte“ (GMGB-Studie), in welcher 245 Betreuungskräfte aus allen 16 Bundesländern befragt<sup>24</sup> wurden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 5–6).

### 3.1 Lebensbedingungen

In der THB wird deutlich, dass Menschen mit Behinderung in den Bereichen Wohnen, Unterstützung, Freizeit und soziale Beziehungen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt sind.

**Wohnen:** In stationären sowie betreuten Wohnformen wird häufig in Wohngruppen zusammengelebt: nur ein Drittel der Bewohner\*innen (29%) wohnt allein, jede zehnte Person lebt in einer Gruppe mit bis zu 5 Personen, fast die Hälfte (46%) lebt in einer Gruppe mit mehr als 6 Personen (Harand et al. 2022, S. 67). Neben den Befragten können objektive Gegebenheiten des Alltags als Indikatoren für Selbstbestimmung herangezogen werden: Einzug, Neueinzug, Hausschlüssel und Besuche (ebd., S. 75-77). Z.B. haben 40% der Befragten der THB bei Einzug in die Einrichtung nicht selbst über die Wohnsituation entschieden (ebd., S. 77). In stationären Wohneinrichtungen gibt mehr als ein Drittel an, dass meistens andere Menschen bestimmen, wie sie leben (37%), im betreuten Wohnen ein Viertel (24%) (Schachler und Schäfers 2022b, S. 117). In verschiedenen Lebensbereichen möchten mehr als ein Drittel bis knapp ein Viertel der Befragten mehr über den eigenen Alltag bestimmen (ebd., S. 118–119). Insgesamt sei erkennbar, dass in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung häufiger andere Personen darüber bestimmen, wie Bewohnende leben. „Der Wohnalltag in Einrichtungen erscheint in Teilen stark reguliert, so dass Selbstgestaltungs- und Entscheidungsräume der Bewohnerinnen und Bewohner strukturell begrenzt werden [...]“ (ebd., S. 133), was der UN-BRK widerspricht (UN-BRK, Art. 19, 30). Es lassen sich Handlungsbedarfe mit dem Ziel der Förderung von Selbstbestimmung herleiten.

---

<sup>23</sup> Es sollte die Arbeitssituation mit Belastungen und Veränderungsmöglichkeiten erfasst werden, mit dem Ziel der Prävention sexualisierter Gewalt durch sexualpädagogische Maßnahmen (Ortland et al. 2016, S. 1086).

<sup>24</sup> Die Studienpopulation der GMGB-Studie umfasste 245 Betreuungskräfte aus kirchlichen (57,1 %), privaten (38,8 %) und staatliche Behinderteneinrichtungen (3,3 %) (Habermann-Horstmeier 2020, S. 6). Die Leitungskräfte und Mitarbeiter\*innen waren überwiegend in Wohnheimen (54,3 %), in Wohnstätten (9,8 %), in betreutem Wohnen (15,5 %) und anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe (18,4 % u.a. ambulant betreutes Einzelwohnen, Werkstätten für behinderte Menschen) tätig (ebd.).

**Unterstützung:** Barrieren können auch entstehen, wenn Menschen mit Behinderung nicht die Unterstützung zur Verfügung gestellt bekommen, die sie zur selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens und Alltags benötigen. In Einrichtungen werden fast alle Bewohner\*innen durch Betreuungspersonal unterstützt (95%) (Schachler und Schäfers 2022c, S. 100–101). Die Art und Weise sowie der Zeitpunkt der Unterstützung wird als größtenteils passend empfunden, allerdings können viele Befragte im stationären und betreuten Wohnen nicht selbst entscheiden, wer sie unterstützt (63%) (ebd.). Bei hohen Unterstützungsbedarfen kann dies ohnehin bestehende soziale Abhängigkeiten verstärken (ebd., S. 102). Knapp ein Drittel der Befragten im stationären Wohnen (29%) und ein Viertel im betreuten Wohnen (20%) geben an, manchmal mehr Unterstützung als benötigt zu bekommen (ebd., S. 100). Eine gesetzliche Betreuung haben in stationären Wohneinrichtungen auffällig viele Befragte (91%), im betreuten Wohnen drei Viertel (76%) (ebd.). Es ist nicht immer eine Unterstützung vorhanden, insbesondere häufiger bei außerhäuslich stattfindenden Aktivitäten, aber auch bei Tätigkeiten der Selbstversorgung (ebd., S. 102).

**Freizeit:** In der THB geben Bewohner\*innen selten oder nie an, an Aktivitäten außerhalb ihrer Einrichtung teilzunehmen (Ausflüge, Sport, Essen gehen, Konzert, Kino) (Harand et al. 2022, S. 79). Es bemängeln über ein Drittel bis knapp die Hälfte fehlende passende Angebote, zu hohe Kosten, fehlende Unterstützung bei der Durchführung und Hindernisse bei Wegen (ebd.). In Einrichtungen bestehen strukturelle Hemmnisse bei digitalen Teilhabemöglichkeiten (Schachler und Schäfers 2022a, S. 113–114). Der fehlende Zugang zu Aktivitäten und Internet beschränkt die Teilhabe und kann beeinflussen, ob z.B. potenzielle Partner\*innen kennen gelernt werden.

**Soziale Beziehungen:** Enge soziale Beziehungen abseits der Familie ermöglichen Austausch und soziale Unterstützung, sie sind ein wichtiger Bestandteil sozialer Einbindung. Fehlen soziale Kontakte, kann dies ein Indikator für mangelnde gesellschaftliche Zugehörigkeit bzw. Exklusion sein (Schachler und Schäfers 2022b, S. 126). In der THB lassen sich bei Partnerschaften deutliche Unterschiede zwischen Befragten in Privathaushalten zu Befragten in Einrichtungen erkennen: über die Hälfte der Befragte in Privathaushalten sind verheiratet oder in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, während dies nur für jede 10. Person in Einrichtungen der Fall ist (Harand et al. 2022, S. 68–69). Einerseits kann dies durch die Erfassung zusammen mit Menschen in Altenpflegeeinrichtung begründet werden, hier sind viele Bewohner\*innen verwitwet (59%) (ebd.). Andererseits scheint es einen Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Leben in Wohneinrichtungen für Menschen mit Behinderung zu geben. Insgesamt führen in stationären und betreuten Wohneinrichtungen

Bewohner\*innen zu einem wesentlich geringeren Anteil feste Paarbeziehungen: Von Personen ohne Ehe- oder Lebenspartner\*innen führt nur etwa ein Fünftel (19%) eine feste Partnerschaft (ebd.). Im stationären und betreuten Wohnen ist der Großteil ledig (80-86%), während dies nur auf ein Drittel der Personen in Privathaushalten zutrifft (31%) (ebd.).

Auch bei Schröttle et al. werden Unterschiede bei Partnerschaften zwischen Befragten in Privathaushalten und Einrichtungen sichtbar (Schröttle et al. 2013, S. 51–54). Die befragten Frauen\* mit Behinderung in Haushalten haben etwa gleich häufig Partnerschaften/Ehen wie der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt (72%) und über die Hälfte sind verheiratet (55%) (ebd.). Frauen\* in Einrichtungen leben deutlich seltener in Partnerschaften (34–42%) und sind nur zu geringem Teil verheiratet (5%) (ebd.). Mehr als ein Drittel der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen hatte noch nie eine feste Partnerschaft (35%), während dies bei den Frauen der Haushaltsbefragung eher die Ausnahme ist (4%) (ebd.). Es wird eine stärkere soziale Isolation von Frauen\* mit Behinderung in Einrichtungen deutlich.

Für die THB wird resümiert: „Unter Teilhabegesichtspunkten scheinen diese deutlichen Unterschiede der Anteile partnerschaftlicher Beziehungen sehr bedeutsam. Einsamkeit stellt für Menschen mit Behinderung ein sehr relevantes Thema dar.“ (Harand et al. 2022, S. 69). Darüber hinaus haben weniger partnerschaftliche Beziehungen auch deutliche Auswirkungen auf die Möglichkeiten sexueller Ausübung und Familienplanung.

In der THB haben in Privathaushalten 61% aller Befragten unabhängig ihrer Beeinträchtigung Kinder, dem Gegenüber haben in stationären Einrichtungen nur 9% Kinder, im betreuten Wohnen 22% (Harand et al. 2022, S. 70). Auch bei Schröttle et al. zeigt sich, dass die in Haushalten lebenden Frauen\* der Studie anteilmäßig etwa gleich häufig Kinder haben wie der weibliche Bevölkerungsdurchschnitt (27%) (Schröttle et al. 2013, S. 51–54). Frauen\* in Einrichtungen haben deutlich seltener eigene Kinder, wobei der Anteil bei den in vereinfachter Sprache Befragten besonders hoch ist (94%) (ebd.).

### **3.2 Gewalterfahrungen**

Frauen\* mit Behinderung sind deutlich häufiger als Frauen\* des Bevölkerungsdurchschnitts von physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt betroffen (Schröttle et al. 2012, S. 19). Sie sind zwei- bis dreimal häufiger von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend betroffen: das ist jede dritte bis vierte Frau\* mit Behinderung (Schröttle et al. 2013, S. 218). Jede vierte Frau\* mit Lernschwierigkeiten (25%) gibt sexualisierte Gewalt in Kindheit und Jugend an, wobei von einem großen Dunkelfeld auszugehen ist, da viele sich nicht erinnern konnten und/oder keine Angaben gemacht haben (Schröttle et al. 2012, S. 21). Darüber hinaus berichten über die Hälfte der befragten Frauen\* von psychischer Gewalt durch Eltern in



Kindheit und Jugend (ggü. 36% des weiblichen Bevölkerungsdurchschnitts) (ebd., S. 20). 74–90% der Frauen\* mit Behinderung geben körperliche Gewalt durch Eltern in Kindheit und Jugend an (ggü. 81% des weiblichen Bevölkerungsdurchschnitts) (ebd.).

Auch im Erwachsenenalter setzt sich die Gewalt fort: in der Studie von Schröttle et al. haben je nach Untersuchungsgruppe 21–43 % der Frauen\* mit Behinderungen angegeben, sexualisierte Gewalt im Erwachsenenleben erfahren zu haben (ebd., S. 24). Auch als Erwachsene sind sie damit etwa zwei- bis dreimal häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen als Frauen\* im Bevölkerungsdurchschnitt (13%) (ebd.). Fast doppelt so viele Frauen\* mit Behinderung geben körperliche Gewalt im Erwachsenenleben an (58–75%) wie Frauen\* im Bevölkerungsdurchschnitt (35%) (ebd.).

Diesen Formen der Gewalt sind sie vor allem in ihrem sozialen Nahraum ausgesetzt: Täter\*innen sind überwiegend in Partnerschaft, Familie und dem häuslichen Kontext zu verorten. Frauen\* mit Behinderung sind deutlich häufiger von psychischer, körperlicher und sexualisierter Gewalt durch Partner\*innen betroffen als Frauen\* im Bevölkerungsdurchschnitt (ebd., S. 27). Für die in Einrichtungen lebenden Frauen\* wird körperliche und sexualisierte Gewalt auffällig oft durch Mitbewohner\*innen und/oder Arbeitskolleg\*innen ausgeübt, psychische Gewalt durch Mitbewohner\*innen und Personal der Einrichtung (ebd.).

### **3.3 Sexuelle Selbstbestimmung in der praktischen Umsetzung**

Sexuelle Selbstbestimmung setzt eine generelle und umfassende Autonomie im Alltag voraus (Zinsmeister 2013, S. 51). Wie aber anhand der THB und Schröttle et al. sichtbar wurde, ermöglichen die Lebensumstände von Menschen mit Lernschwierigkeiten Autonomie nur eingeschränkt. Insbesondere in Wohneinrichtungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten ist der Alltag und die Lebensgestaltung oftmals fremdbestimmt (Schachler und Schäfers 2022b, S. 117-119, 120-121, 133). Frauen\* mit Behinderung sind in Kindheit, Jugend und Erwachsenenleben deutlich häufiger als Frauen\* des Bevölkerungsdurchschnitts von physischer, psychischer und sexualisierter Gewalt betroffen (Schröttle et al. 2012, S. 19). Specht bemängelt darüber hinaus konkret, dass in vielen ambulanten und institutionellen Betreuungseinrichtungen Menschen mit Behinderung das Recht auf Sexualität teilweise vorenthalten wird (Specht 2021, S. 178). Insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten wird durch die Wahrnehmung als *geistig behindert* oftmals keine selbstbestimmte Sexualität zugestanden und zugetraut (Schröttle et al. 2013, S. 243–244). Bei Schröttle et al. haben fast alle Frauen\* der Haushaltsbefragung sexuelle Erfahrungen gemacht, im Gegensatz dazu waren nur über ein Drittel (37%) der in vereinfachter Sprache befragten Frauen\* jemals sexuell

aktiv (Schrötte et al. 2013, S. 244–245). Dies kann als sekundäre soziale Behinderung benannt werden: eine behinderte oder sogar verhinderte Sexualität durch Umweltfaktoren insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten (Walter 2005, S. 31).

Es werden große Unterschiede in sexualpädagogischen Haltungen, Angeboten und Konzepten gesehen: qualitativ, quantitativ und bezogen auf den Zeitraum, seitdem es als Thema pädagogisch anerkannt und bearbeitet wird (Specht 2021, S. 178-180). Specht bemängelt das Fehlen von verbindlichen Standards zeitgemäßer Sexualpädagogik:

„Ein rechtlich abgesicherter Anspruch ist kein Bonuspaket, das im pädagogischen Alltag ausnahmsweise eingeflochten wird, wenn es einzelnen Personen in den Dienstplan oder zur Kultur der Einrichtung passt. Hingegen wird dieses Recht von allen verletzt, die ihr pädagogisches Handeln, ihre Konzepte und ihre Einrichtungskultur nicht klar und entschlossen auf die Erfüllung des Anspruchs ausrichten.“ (ebd.).

Auch Ortland et al. stellen eine Diskrepanz zwischen der konzeptionellen und alltäglichen Ebene fest (Ortland et al. 2020, S. 35). Konzepte könnten sexuelle Selbstbestimmung institutionell festschreiben, fehlt aber deren Verankerung in die alltägliche Praxis, sind Menschen in Einrichtungen von den Moralvorstellungen der Mitarbeiter\*innen oder des Trägers abhängig (ebd.). Auf institutioneller Ebene scheinen Mitarbeiter\*innen, Arbeitsbedingungen, Qualifizierungen und Moralvorstellungen von Bedeutung für die Umsetzung sexueller Selbstbestimmung zu sein (ebd.). Zinsmeister sieht Ressourcenmangel und Paternalismus der Fachkräfte den Bewohnenden gegenüber als Ursachen für die eingeschränkte Umsetzung sexueller Selbstbestimmung (Zinsmeister 2013, S. 51). Ortland geht in der Mitarbeiter\*innenbefragung den Praxisbedingungen und Veränderungsnotwendigkeiten (Ortland 2016, S. 23). Es zeigen sich komplexe Herausforderungen bei der Umsetzung sexueller Selbstbestimmung für die Mitarbeiter\*innen (ebd.). Mitarbeiter\*innen würden mit einer Vielfalt sexueller Verhaltensweisen im Arbeitsalltag konfrontiert, welche eine hohe Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Kommunikationsfähigkeiten, Klarheit eigener Grenzen und Handlungskompetenzen erfordern (Ortland et al. 2016, S. 1087–1088). Um die Intim- und Privatsphäre aller Beteiligten zu wahren, brauche es einerseits eine Begleitung individueller Lern- und Weiterentwicklungsprozessen bei den Bewohnenden, andererseits Reflexion hinsichtlich einer sexualfreundlichen und intimitätswahrenden Haltung der Mitarbeiter\*innen (ebd.). Die strukturellen Bedingungen schränken sexuelle Selbstbestimmung teilweise ein: insbesondere durch Besuchsregeln, Übernachtungsverbote, Übernachtungen geknüpft an Dauer der Beziehungen und empfundene Angemessenheit der Partner\*in (ebd.; Ortland et al. 2020, S. 36). Darüber hinaus wünschen sich viele Bewohner\*innen eine Liebesbeziehung, was teilweise strukturell behindert werde (Ortland et al. 2016, S. 1087–1088). Es brauche Veränderungen in den strukturellen Bedingungen der Einrichtungen sowie bei den Mitarbeitenden,

um die isolierenden Lebensbedingungen aufzubrechen (ebd.) Insbesondere ist eine inhaltliche Passung der Organisationskultur mit dem Konzept sexueller Selbstbestimmung und entsprechende Analyse- und Entwicklungsprozesse der Einrichtungen notwendig (ebd.).

Für diese Entwicklungsprozesse brauche es laut Baab einen Dialog zwischen Bewohnenden, Mitarbeitenden und der Einrichtungsleitung (Baab 2018, S. 9). Ein Konzept müsse vom Team mitgestaltet und mitgetragen werden (ebd.). Für die Bewohnenden brauche es neben Kompetenzerweiterungen auch Mitbestimmungsmöglichkeiten mit realen Einflusschancen innerhalb der Einrichtung (ebd.). Specht stützt die Forderung nach Partizipation: Menschen mit Behinderung seien Expert\*innen ihrer selbst und müssten von Fachkräften als solche gesehen werden (Specht 2021, S. 180). Partizipation sollte auf allen Hierarchie-Ebenen ermöglicht werden. Empowerment, Bildung und Partizipation bilden dabei die Eckpfeiler institutionellen Handelns (ebd.). Es bedürfe an Lern- und Erfahrungsräumen für Menschen mit Behinderung, in denen Verhaltens- und Handlungsmaßnahmen geklärt sind (Baab 2018, S. 8–9). Gleichfalls brauche es dazu mehr sexuelle Bildung in den Einrichtungen (ebd.).

### **3.4 Schwangerschaftsverhütung in der praktischen Umsetzung**

Der Umgang mit SSV wird als besonders relevant für die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Frauen\* betrachtet (Kapitel 2.1). Die ausgeführten Neuregelungen des Betreuungsgesetzes (Kapitel 2.4) haben laut Ortland et al. zwar die Möglichkeiten zur Sterilisation eingeschränkt, nicht aber zu einer grundlegenden Selbstbestimmung von Frauen\* mit Lernschwierigkeiten bei ihrer SSV geführt (Ortland et al. 2020, S. 30). In der Sonderauswertung Reproduktion der Befragungen von Schröttle et al.<sup>25</sup> wird sichtbar: ein Großteil der nicht sterilisierten Frauen\* mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen, verhütet insbesondere hormonell (Zinsmeister 2012, S. 231). Von den knapp 100 Befragten, die zu dem Zeitpunkt verhüten, nutzen über die Hälfte die Pille und der Rest die Dreimonatsspritze (43%). Auch in der GMGB-Befragung von 2019, deren Daten Habermann-Horstmeier auswertet, gibt ein Großteil der Betreuer\*innen (83,7%) an, dass zumindest einige der betreuten Frauen\* SSV wie Pille, Hormonstäbchen, Spirale usw. verwenden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 7). Bei Frauen\* mit Lernschwierigkeiten wurde am häufigsten die Pille (68,2%) und die Dreimonatsspritze (58,4%) genannt (ebd., S. 14). Im Vergleich dazu spielt die Dreimonatsspritze bei Frauen\* im Bevölkerungsdurchschnitt keine Rolle: nur 1% nutzen sie als SSV (BZgA 2018, S. 9). In den Daten der Befragung 2023 wird die Dreimonatsspritze nicht einmal mehr aufgeführt (BZgA 2023, S. 1). Eine große Relevanz bei der SVV aller Geschlechter des

---

<sup>25</sup> Zinsmeister verweist auf die von ihr mitverfasste Sonderauswertung Reproduktion von Schröttle et al. (2012), die leider unveröffentlicht ist.

Bevölkerungsdurchschnitts haben aber Pille (47%) und Kondom (46%) (BZgA 2018, S. 9). Bei Habermann-Horstmeier geben allerdings nur etwa ein Viertel der Betreuer\*innen (26,5%) an, dass Bewohner\* gelegentlich Kondome als SSV-Methode nutzten, ein Viertel (24,1%) wusste es nicht (Habermann-Horstmeier 2020, S. 12).

Unterschiede werden im Zusammenhang mit dem Beeinträchtigungsgrad erkennbar: Mit Beeinträchtigungsgrad nimmt zwar der Prozentsatz der verhütenden Frauen\* ab, jedoch nimmt der Anteil an Sterilisationen zu (ebd., S. 7-8). Der von Betreuenden angegebene Grad der Informiertheit der Frauen\* über die Verhütung nimmt mit dem Grad der angegebenen Beeinträchtigung ab (ebd., S. 9). Über ein Fünftel der Betreuer\*innen (21,6%) geben an, dass einige bzw. alle nicht informiert seien, aufgrund ihrer kognitiven Beeinträchtigung könnten sie dies nicht verstehen (ebd.). 4,5 % geben an, dass Bewohnerinnen\* nicht informiert seien, obwohl sie dies verstehen könnten (ebd.). Habermann-Horstmeier vermutet zudem eine Antwortverzerrung im Sinne der sozialen Erwünschtheit<sup>26</sup> (ebd., S. 17).

Laut Schröttle et al. machen nur etwas über ein Drittel der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten überhaupt sexuelle Erfahrungen (Schröttle et al. 2013, S. 244–245). Die Quote der Einnahme von SSV-Mitteln und der Schwangerschaftsabbrüche sind vor diesem Hintergrund überraschend hoch: die Hälfte der nicht sterilisierten Befragten geben an, aktuell oder früher SSV erhalten zu haben und 6% hatten einen Abbruch (ebd.). Im ReWiKs-Projekt wird auch mit Verweis auf Jeschke et al. (2006) und Schröttle et al. (2012) angemerkt, dass Frauen\* mit Lernschwierigkeiten teilweise ohne ihr Wissen Kontrazeptiva (häufig die Dreimonatspritze) einnahmen, auch wenn sie nicht sexuell aktiv seien (Ortland et al. 2020, S. 30). Diese Ergebnisse werden durch Habermann-Horstmeier bestätigt: ein Großteil der Betreuer\*innen (70,6%) gibt an, dass einige verhüten, obwohl sie derzeit nicht sexuell aktiv seien (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9). Betreuer\*innen von Menschen mit leichter Beeinträchtigung (83,3%) geben dies häufiger an (ebd.). Als Begründung für den Einsatz von SSV-Mitteln bei Frauen\* mit mittlerer bzw. schwerer Beeinträchtigung wird angegeben, dass die Menstruation sie überfordern würde (ebd., S. 15–16). SSV-Mitteln würden aus Hygienegründen und zur Verhinderung einer Schwangerschaft nach einem sexuellen Übergriff eingesetzt werden, da unter Umständen nicht von Übergriffen und Geschlechtsverkehr berichtet werden könne (ebd.). Prophylaktische Verhütung individualisiert jedoch strukturelle sexualisierte Gewalt auf Kosten der Betroffenen und macht diese unsichtbar. Prävention von Gewalt sollte diesbezüglich im Fokus der Fachkräfte stehen und nicht nur die Verhinderung von Schwangerschaft. Die Praxis der prophylaktischen, hormonellen Verhütung bei Bewohnerinnen\*, ohne

---

<sup>26</sup> Hier bestünden Zweifel, da selbst 70% der Betreuenden von Menschen mit mittlerer/schwerer Beeinträchtigung Informiertheit angeben. Die Autorin merkt an, dass aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung jedoch die meisten die Tragweite entsprechender Informationen nicht verstehen könnten.

ein konkretes Schwangerschaftsrisiko wirklich zu berücksichtigen, ist laut Zinsmeister außerdem rechtswidrig (Zinsmeister 2012, S. 232). Das Wohl von Betreuten sollte bei der Auswahl von Verhütungsmitteln leitend sein (ebd.). Dabei sollte das Mittel möglichst viel Schutz bei möglichst wenig gesundheitlichen Belastungen bieten (ebd.). Aufgrund der Nebenwirkungen und gesundheitlichen Risiken seien Verhütungsmittel nur gerechtfertigt, wenn (hetero-)sexuelle Aktivität ausgeübt wird (ebd.).

Die bei Frauen\* mit Lernschwierigkeiten am häufigsten genutzte Pille und Dreimonatsspritze können viele, zum Teil schwere Nebenwirkungen auslösen (BZgA 2019, S. 28-39). Die BZgA rät aufgrund des erhöhten Osteoporoserisikos bei jungen Frauen\*, deren Knochen noch im Aufbau sind, davon ab, die Dreimonatsspritze länger als 2 Jahre zu nutzen (ebd.). Bei Unverträglichkeit fehlt die Möglichkeit des vorzeitigen Absetzens (ebd.). Es entstehen oft anhaltende Störungen des Menstruationszyklus, häufig bleibt die Regelblutung später ganz aus (Amenorrhoe) (ebd.). Zinsmeister vermutet, dass die Amenorrhoe Ziel des Einsatzes der Dreimonatsspritze sei, die Compliance-Unabhängigkeit und Kosten seien weitere wesentliche Faktoren für die weit verbreitete Anwendung in Einrichtungen (Zinsmeister 2012, S. 231–232). 22,1% der Betreuer\*innen wussten von Problemen und Nebenwirkungen bei der Anwendung der Dreimonatsspritze, 13,9 % wussten nicht Bescheid und 50,6% verneinten Probleme und Nebenwirkungen (Habermann-Horstmeier 2020, S. 10). Vielen Fachkräften sowie Angehörigen seien die Nebenwirkungen nicht bekannt (ebd., S. 15-16).

Es stellt sich die Frage nach der Autonomie im Entscheidungsprozess zur SSV, für welche Ärzt\*innen, Betreuer\*innen und Eltern eine signifikante Rolle spielen. In der unveröffentlichten Sonderauswertung Reproduktion von Schröttle et al. gibt die Mehrheit der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten, die selbst der hormonellen Verhütung zugestimmt haben, an (53%), sie hätten erst nach der Aufforderung von Ärzt\*innen und/oder Betreuer\*innen zugestimmt (Zinsmeister 2012, S. 232). Über ein Drittel (35%) geben an, dazu gedrängt oder gezwungen worden zu sein (ebd.). Ein geringer Teil (11%) gibt an, Eltern oder andere Personen haben ihnen dazu geraten (ebd.). Die befragten Mitarbeiter\*innen geben an, dass die Entscheidung zur SSV (ob und wie) von Eltern (oftmals mit rechtlicher Betreuung) und Gynäkolog\*innen getroffen würden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 17-18). Die SSV-Mittel würden dann auch ohne Kenntnis der Frau\* gegeben, begründet wird dies damit, dass sie intellektuell die Informationen nicht verstehen könnten (ebd.).

Der Beziehung und Dynamik zu Eltern kommt eine entscheidende Bedeutung zu: größere Abhängigkeiten und Zukunftsängste erschweren Ablöseprozesse in Familien mit Kindern mit Behinderung (Seifert 2014 nach Ortland et al. 2020, S. 32). Bei Mädchen\* und Frauen\* kommt die Angst vor ungewollter Schwangerschaft und sexualisierter Gewalt hinzu, was zu

einer Überbehütung und Infantilisierung führen könne (Achilles 2006 nach Ortlund et al. 2020, S. 32). Es gibt darüber hinaus Eltern, die gleichzeitig rechtliche Betreuende sind, so dass sie bis ins Erwachsenenalter der Kinder großen Einfluss auf Alltag und Lebensführung ausüben können, obwohl die rechtliche Betreuung eigentlich nur eine Vertretung in rechtlichen Belangen bedeute (Ortlund et al. 2020, S. 32).

Auch die Betreuungskräfte können Einfluss auf die Entscheidung zur SSV nehmen. Mertens führt aus, dass zwar Sterilisationen als SSV mittlerweile verboten seien, sich jedoch in vielen Einrichtungen eine der Vergangenheit entsprechende Haltung fortsetze (Mertens 2016, S. 324). In den Haltungen von Mitarbeiter\*innen sähe man Vorbehalte, sodass häufig von gelebter Sexualität, Schwangerschaft und Familiengründung abratet werde (ebd.). Wie offen Mitarbeiter\*innen seien, hänge stark Sozialisation, Alter, Auseinandersetzung mit dem Thema in der Ausbildung und Einstellung des Arbeitgebers ab (ebd., S. 325). Fachkräfte seien häufig die einzige Begleitung bei Ärzt\*innenterminen, zu ihrem potenziellen Einfluss dabei fehlen aber Untersuchungen (Habermann-Horstmeier 2020, S. 18). Fast die Hälfte der befragten Betreuer\*innen gibt an, dass sie Einfluss auf die Entscheidung hätten (ebd.). Die Autorin gibt zu bedenken, dass die Intentionen der Betreuungskräfte nicht immer mit den Bedürfnissen der Betreuten übereinstimmen müssten (ebd.).

Die Autonomie in der Entscheidung zur SSV ist zu hinterfragen, wenn fast ein Viertel der Betreuer\*innen (22,2%) von Bewohnerinnen\* mit leichter Beeinträchtigung angeben, dass einige die Pilleneinnahme verweigern würden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 11). Darüber hinaus beschreiben Schröttle et al., dass bei der Befragung von Frauen\* mit Lernschwierigkeiten zwar die meisten verstünden, was sexuelle Aufklärung bedeutet, die Hälfte aber verneinte, jemals aufgeklärt worden zu sein (Zinsmeister 2023, S. 65). Für fast drei Viertel der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten (76%) ist eine gesetzliche Betreuung eingesetzt (Schröttle et al. 2013, S. 245). Dem Anspruch nach Zugang zu Wissen und Beratung, den rechtliche Betreuer\*innen erfüllen müssen (siehe Kapitel 2.4), scheint die Praxis somit nicht gerecht zu werden, wenn sichtbar wird, dass in Wohneinrichtungen nur die Hälfte der Bewohnerinnen\* mit Lernschwierigkeiten zu Sexualität aufgeklärt ist. Vor rechtswidrigen Eingriffen in Reproduktionsfreiheit und Familienplanung werden Frauen\* mit Lernschwierigkeiten durch die rechtliche Betreuung nicht ausreichend geschützt, schon 2012 besteht diesbezüglich großer Handlungsbedarf (Zinsmeister 2012, S. 227).

### **3.5 Sterilisationen**

In der Sonderauswertung Reproduktion der Befragung von Schröttle et al., bei der 1.561 Frauen\* mit unterschiedlichen Behinderungen zwischen 16 und 65 Jahren im Bundesgebiet

befragt wurden, zeigt sich, dass 18% aller im Privathaushalt lebenden Frauen\* sterilisiert wurden (Zinsmeister 2012, S. 230–231). Auch 18% der Frauen\* in Einrichtungen, die überwiegend Lernschwierigkeiten haben, geben an, am Uterus operiert worden zu sein, fast alle wurden operiert, um keine Kinder zu bekommen (ebd.). Dem gegenüber wählen laut einer BZgA-Umfrage nur 2% der aktuell verhütenden Frauen\* der Gesamtbevölkerung Sterilisation als Verhütungsmethode (BZgA 2018, S. 9). Bedenkt man die geringere sexuelle Aktivität, die Frauen\* mit Lernschwierigkeiten angeben, ist es besorgniserregend, dass so viel mehr im Vergleich zum Bundesdurchschnitt angeben, sterilisiert worden zu sein. Von den in vereinfachter Sprache befragten Frauen\*, die noch nie sexuell aktiv waren, gaben 14% an, sterilisiert zu sein (Zinsmeister 2012, S. 231). Dementsprechend erfolgen Sterilisationen auch prophylaktisch ohne ein konkretes Schwangerschaftsrisiko.

Laut der Sonderauswertung gibt über die Hälfte der sterilisierten Frauen\* mit Lernschwierigkeiten (53%) an, die Sterilisation sei auf ihren Willen durchgeführt worden, 15% geben an, sie hätten die Sterilisation nicht selbst gewollt, 4% gaben an, sie wussten es nicht und fast ein Drittel (29%) machte dazu keine Angabe (Zinsmeister 2012, S. 231). Fast die Hälfte (42%) gibt an, die Entscheidung sei auf Anraten von Ärzt\*innen/Betreuer\*innen erfolgt, bei 16% hätten Eltern oder andere Personen (oft zusammen mit Ärzt\*innen) eine Sterilisation nahegelegt und 7% seien von einer anderen Person gedrängt oder gezwungen worden (ebd.). Es lasse sich eine hohe Antwortverweigerung (34-50%) erkennen, woraus die Autor\*innen schließen, dass das Thema schwierig oder tabuisiert sei (ebd.).

In der THB wird angegeben, dass 2015 deutschlandweit 26 Anträge auf betreuungsrechtliche Sterilisation nach §1905 BGB a.F. genehmigt und 13 Anträge abgelehnt wurden, 2016<sup>27</sup> wurden 23 genehmigt und 8 abgelehnt (BMAS 2021, S. 671). In den Jahren zuvor lag die Anzahl der genehmigten Anträge zwischen 30 und 40 (ebd.). Die geringe Anzahl der Gesamtfälle erschwert eine Interpretation der Veränderungen über den Zeitverlauf, darüber hinaus kann von der Genehmigung noch nicht auf eine Durchführung der Sterilisation geschlossen werden (ebd.). Bei Schröttle et al. gibt keine der Befragten an, dass die Entscheidung für eine Sterilisation durch ein gerichtliches Verfahren zustande kam (Zinsmeister 2012, S. 231). Mit einer ersetzenden Einwilligung von Sterilisationsbetreuer\*innen und dem gerichtlichen Beschluss werden somit nur noch selten Frauen\* mit Lernschwierigkeiten sterilisiert (Zinsmeister 2023, S. 63). Zinsmeister schlussfolgert, dass diese Sterilisationen anhand einer „scheinbar freiwilligen – persönlichen Einwilligung der Frauen\*“ durchgeführt worden sein müssen (ebd.). Wenn sie sich also selbst für den Eingriff entschieden haben, stellt sich die Frage nach der Autonomie der Entscheidung. Zinsmeister vermutet, dass viele der Befragten

---

<sup>27</sup> Die Daten der Betreuungsstatistik werden ohne Baden-Württemberg, Bremen und Saarland aufgeführt.

sich zum Zeitpunkt der Einwilligung der Tragweite ihrer Entscheidung nicht ausreichend bewusst waren (Zinsmeister 2012, S. 231). Sie stellt die Hypothese auf, dass unter ihnen auch Frauen\* waren, die nicht einwilligungsfähig waren, aber von rechtlichen Betreuer\*innen und Ärzt\*innen zur Umgehung des betreuungsgerichtlichen Verfahren als einwilligungsfähig eingestuft wurden (ebd.). Anhand der Angaben der Interviewpartnerinnen\* zur Einwilligung und Entscheidungsfindung zur Sterilisation vermutet sie, dass die Aufklärung zum Eingriff, alternativen Verhütungsmethoden und Rechte bzgl. Familie und staatliche Unterstützung unzureichend oder falsch gewesen seien (ebd.). Die Befragten könnten auf dieser Grundlage keine informierte, selbstbestimmte Entscheidung getroffen haben (ebd.).

### **3.6 Familiengründung und Elternschaft**

Frauen\* mit Lernschwierigkeiten, die in Wohneinrichtungen leben, können häufig weder eine aktuelle Partnerschaft noch einen Kinderwunsch realisieren (Schrötle et al. 2013, S. 243–244). Ihnen wird oftmals keine selbstbestimmte Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft zugestanden bzw. zugetraut (ebd.). Die hohe Kinderlosigkeit der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten in Einrichtungen kann auf eine Kombination sexueller Abstinenz, häufiger Gabe von Kontrazeptiva, Sterilisationen und relativ häufige Schwangerschaftsabbrüche bei geringer Anzahl an Schwangerschaften zurückgeführt werden (ebd., S. 244–245).

„Offensichtlich scheinen Familiengründungen bei Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen weder vorgesehen noch gewünscht zu sein, geschweige denn gefördert zu werden. Offenbar sind die Unterstützungskonzepte und die räumlichen Bedingungen der Einrichtungen vielfach nicht darauf ausgelegt, Partnerschaft und Familie realisieren zu können.“ (ebd.).

Mertens zeigt auf, dass Schwangere oft aus ihrem gewohnten Umfeld wegziehen müssen, da Einrichtungen strukturell nicht auf Familiengründung ausgerichtet seien (Mertens 2016, S. 322). Ortland et al. führen strukturelle Barrieren an: es bestehe ein Mangel an Wohnraum für Paare bzw. Familie, die begleitete Elternschaft sei in Deutschland nicht flächendeckend ausgebaut (Ortland et al. 2020, S. 30–31). Diesbezüglich würde Artikel 23 UN-BRK für Frauen\* mit Lernschwierigkeiten nicht nachgekommen werden (UN-BRK, Art. 23).

### **3.7 Fazit: Relevanz der Forschung, Forschungsgegenstand und Forschungsfrage**

Der Forschungsgegenstand liegt im Feld der reproduktiven Gerechtigkeit und sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und knüpft an subjektive, individuelle oder kollektiv geteilte Sinnstrukturen an (Helfferich 2011, S. 29). Anhand der ausgeführten Datenlage wurde eine Leerstelle bei der Umsetzung von gesetzlichen Vorgaben, Konzeptionen und Leitlinien in die Realität des Alltags sichtbar. In dieser Arbeit wird die



alltägliche Umsetzung bezüglich reproduktiver Rechte am Beispiel SSV qualitativ betrachtet. Die vorhandenen Studien werden so mit aktuellen Fallbeispielen unterfüttert. Es wird betrachtet, wie die aufgezeigten Praktiken zustande kommen. Dazu werden die Erfahrungen von Fachkräften in Wohneinrichtungen zur SSV von Menschen mit Lernschwierigkeiten, insbesondere die Auswahl, Beratung und Begleitung dieses Prozesses, erfasst. Zudem wird ein besonderes Augenmerk auf die strukturelle und konzeptionelle Befassung der Institutionen mit diesem Thema gelegt. Die zentrale Fragestellung lautet:

**Inwiefern können Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen selbstbestimmt über eine Schwangerschaftsverhütung entscheiden und Verhütungsmittel frei auswählen?**

Durch die Ergebnisse soll ein Beitrag zum Diskurs über reproduktive Gerechtigkeit von Menschen mit Lernschwierigkeiten geleistet werden. Es sollen Standards, Bedarfe und Hindernisse bezüglich der Umsetzung selbstbestimmter Entscheidungen zur SSV von Menschen mit Lernschwierigkeiten erfasst werden. Hierbei sollen Möglichkeiten aber auch Leerstellen aufgezeigt werden, die Menschen mit Lernschwierigkeiten dabei begegnen. Es sollen Handhabungen, bewährte Konzepte, Ambivalenzen und Schwierigkeiten nachvollzogen werden.

#### **4 Methodisches Vorgehen**

Im Forschungsstand (Kapitel 3) wird eine Leerstelle sichtbar bei der Umsetzung von Gesetzen, Konzeptionen und Leitlinien auf institutioneller Ebene in die alltägliche Handlungspraxis. Das Forschungsinteresse liegt dementsprechend im Entdecken und Verstehen des Zusammenhangs zwischen institutionellen Vorgaben und alltäglichen Handlungen und Haltungen der Fachkräfte. Die Studie ist damit in einem Entdeckungszusammenhang verortet, so dass eine qualitative Anlegung begründet werden kann (Döring und Bortz 2016, S. 66, 184). Fokus ist das Verstehen im subjektiven Sinn des menschlichen Handelns, nicht das Erklären eines Ursache-Wirkung-Zusammenhangs (ebd., S. 14).

Das Forschungsvorgehen wird forschungsethisch eingeordnet (Kapitel 4.1). Als Erhebungsinstrument werden Expert\*inneninterview und Interviewleitfaden methodisch eingeführt (Kapitel 4.2). Es werden Feldzugang, Stichprobe (Kapitel 4.3) sowie das Interviewsetting vorgestellt (Kapitel 4.4). Die Interviews wurden mithilfe der Software f4 transkribiert. Die Auswertung erfolgt anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse, dafür wurde die computergestützte Software MAXQDA eingesetzt. Abschließend werden Kategorienbildung und Kategoriensystem vorgestellt (Kapitel 4.5).

## 4.1 Forschungsethik, Datenschutz und Gütekriterien

Forschungsethische Fragen sollten in der empirischen Forschungspraxis ein selbstverständlich integrierter Bestandteil sein (von Unger et al. 2014, S. 16). Sie sollen im gesamten Verlauf des Forschungsprozesses gestellt werden, im Fokus solle neben Datenschutz auch die Selbstreflexivität der Forschenden stehen (ebd.).

### 4.1.1 Ethische Prinzipien und Datenschutz

Der Kern der Forschungsethik seien die ethischen Prinzipien in der Ausgestaltung der Beziehung zwischen Forschenden und Beforschten (Hopf 2004 nach von Unger et al. 2014, S. 18). Richtlinien dazu finden wir im Ethik-Kodex der Berufsverbände für Soziologie, im Datenschutzgesetz und im Bundesdatenschutzgesetz (Helfferich 2011, S. 190; von Unger et al. 2014, S. 19). Der Ethik-Kodex (BDS/DGS 1993) beschreibt sechs Prinzipien, an denen sich orientiert wird: (1) wissenschaftliche Integrität und Objektivität, (2) Risikoabwägung, (3) Schadensvermeidung, (4) Freiwilligkeit der Teilnahme, (5) informiertes Einverständnis; (6) Vertraulichkeit und Anonymisierung (von Unger et al. 2014, S. 19). Wissenschaftliche Integrität und Objektivität (1) bedeuten, dass die Resultate im Gesamten ohne verfälschende Auslassungen aufgeführt werden (ebd.). Risikoabwägung und Schadensvermeidung (2 und 3) meinen, dass für beteiligte Personen Nachteile, Gefahren und spezielle Risiken des Forschungsvorhabens antizipiert und abgewehrt werden (Helfferich 2011, S. 190; von Unger et al. 2014, S. 19). Im Sinne der Freiwilligkeit und dem informierten Einverständnis (4 und 5) werden Persönlichkeitsrechte respektiert (von Unger et al. 2014, S. 19). Das informierte Einverständnis verpflichtet zur Transparenz darüber, was mit den Äußerungen geschieht (Helfferich 2011, S. 190). Des Weiteren sollte über die Rolle der Forscherin im Feld, das Erkenntnisinteresse und die Art und Weise der Erhebung informiert werden (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 54). Erst auf dieser Basis kann einem Interview zugestimmt und freiwillig teilgenommen werden. Vertraulichkeit und Anonymisierung (6) sollen sicherstellen, dass die Privatsphäre geschützt und erhobene Informationen nicht missbraucht oder ungewollt veröffentlicht werden (von Unger et al. 2014, S. 24). Bei Expert\*inneninterviews verfügen Befragte über eine besondere Expertise, sodass das Löschen bzw. Ersetzen von Personen- und Ortsnamen womöglich nicht ausreichen, um Anonymisierung zu gewährleisten (ebd., S. 25). Die Transkripte werden gründlich untersucht, sodass keine Rückschlüsse auf Einrichtungen und Personen gezogen werden können.

Die Einwilligungserklärung ist eine Methode zur Sicherstellung dieser ethischen Prinzipien (Anhang 8.4). Sie umfasst Datenschutz, Garantie der Vertraulichkeit, Informationen über

die Verarbeitung der Daten, Anonymisierung der Transkripte und Zustimmung zur Datenverarbeitung, Zeitpunkt der Löschung von Tonaufnahmen und persönlichen Daten, konkrete Benennung des Zwecks und der Beteiligten der Forschung, Möglichkeit des Widerrufs zur Einwilligung (Helfferrich 2011, S. 190–192). Die Interviewten bekommen die Einwilligungserklärung vorab, damit sie diese ohne Beisein der Forscherin in Ruhe durchlesen können. Die Erklärung wird zu Beginn des Interviews durchgegangen, um mögliche Unklarheiten zu klären. Sie ist mit ausreichenden Hinweisen zum konkreten Forschungsprojekt versehen. Das Einverständnis wird freiwillig gegeben; es liegt schriftlich vor. Die Maßstäbe eines informierten Einverständnisses werden damit erfüllt.

#### 4.1.2 Gütekriterien

Qualitativ erhobene Daten durch Interviews sind kontextabhängig und bei Wiederholung nicht identisch, was nach angepassten Gütekriterien verlangt (Helfferrich 2011, S. 153–154). Hierfür sind die Gütekriterien Kontextgebundenheit, reflektierte Subjektivität und Fremdheit/Offenheit geeignet. Die erzeugten Texte sind kontextgebunden (1): der Kontext der Interviewsituation ist sorgfältig gestaltet und in die Auswertung mit einbezogen (ebd., S. 573). Es gilt eine methodisch kontrollierte und reflektierte Subjektivität (2), was nicht nur unvermeidbarer Bestandteil, sondern für den Erkenntnisprozess selbst einen Wert hat (ebd.; von Unger et al. 2014, S. 23). (Selbst-)Reflexivität bezüglich der Subjektivität der Forscherin, ihre Positionierung im Forschungsfeld und ihren Einfluss auf den Forschungsprozess seien notwendig (ebd.). Offenheit und Fremdheit (3) betonen die Möglichkeit einer offenen Erhebung, sodass sich ein subjektiver Sinn entfalten kann (Helfferrich 2022, S. 573).

Eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann darüber hinaus z.B. durch Dokumentation des Forschungsprozesses und codifizierte Vorgehensweisen gesichert werden (Helfferrich 2011, S. 155). Für die Einhaltung der Gütekriterien qualitativer Forschung braucht es Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit, Anerkennung der Differenzen in Sinnsystemen, Reflexivität im situativen sowie rekonstruierenden Verstehensprozess (ebd., S. 24).

## 4.2 Erhebungsinstrument: qualitative Expert\*inneninterviews

Ein Expert\*inneninterview ist ein informationsorientiertes, stärker strukturiertes Interview (Helfferrich 2011, S. 44). Damit ist es die geeignete Interviewform für das Forschungsvorhaben. Es definiert sich über die Zielgruppe der Interviewten, in diesem Fall Fachkräfte in Wohneinrichtungen für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Für die Forschung von Interesse ist das Expert\*innenwissen als besondere Art von Wissen (Helfferrich 2022, S. 560–561).

Expert\*innenwissen kann verschiedene Perspektiven umfassen, die sich in einer Untersuchung verschränken können, jedoch analytisch zu unterscheiden sind: Betriebswissen, Deutungswissen und Kontextwissen (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 121). Für die Fragestellung sind alle drei Bereiche relevant. Es wird versucht, das Erfahrungswissen zu explizieren, welches nicht die bloße Selbstdarstellung und Konzepte der Organisation repräsentiert (ebd., S. 125). Expert\*innen verfügen über spezifisches Rollenwissen, was institutionelle Abläufe, Deutungswissen, Wissen über Hintergründe und Kontexte umfassen kann (Helfferich 2022, S. 571). Die befragten Fachkräfte sind Expert\*innen durch ihre Position in der Betriebshierarchie. Eine Fachkraft in einer Wohneinrichtung verfügt über Betriebswissen z.B. zu institutionellen Abläufen, Deutungswissen in Form von Konzepten, Handlungs- sowie Kontextwissen zur Zielgruppe Menschen mit Lernschwierigkeiten. Durch die Zuschreibung als Expert\*in entsteht eine Machtrelation: Die Befragten verfügen über ein überlegenes Wissen, die Interviewende möchte daran teilhaben (ebd., S. 572). Die Interviewende als Sozialarbeiterin positioniert sie sich damit komplementär zum Expertenstatus als Autorität – sie ist potenziell Kritikerin oder Komplizin. Sie hebt hervor, dass sie in einem anderen Feld tätig ist, um eine Mischung aus Kompetenz und Inkompetenz zu verkörpern. Dies kann sich auf die Generierung von Aussagen auswirken und wird ausgewertet.

Es wird sich am Ablauf für Expert\*inneninterviews nach Przyborski/Wohlrab-Sahr (2021) orientiert. Joining (1) beschreibt die Smalltalk-Phase beim Zusammentreffen: Es werden Hinweise zum Zeitrahmen, Anonymisierung und Vertraulichkeit gegeben und das Einverständnis zur Aufzeichnung eingeholt (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, 67-68, 74). Der Eingangsstimulus (2) soll eine abgeschlossene, selbstläufige Darstellung produzieren (ebd., 74). Es kann mit einer Bitte zur Erzählung und/oder Beschreibung eingeleitet werden, mit Fragen nach Geschehnissen oder Abläufen (ebd., 68-70, 74). Es schließen sich immanente Fragen (3) an, die eine Selbstläufigkeit der Erzählung und Raum für das Relevanzsystems der Interviewten ermöglichen (ebd., 70-71, 74). Sie zielen auf Themen, die bereits von Interviewten zum Gegenstand gemacht wurden (ebd.). Fragestrategien können z.B. Ermunterung zur Fortführung der Darstellung oder zur Detaillierung sein (ebd.). Danach folgen exmanente Fragen (4): sie zielen auf das Erkenntnisinteresse, Widersprüchlichkeiten, andere Meinungen oder Provokationen ab (ebd., 71-72, 74). Sie werden eher am Ende der Erhebung platziert und den Erzählungen der Befragten angepasst (ebd.). Dieser Ablauf wird um einen inhaltlichen Abschluss ergänzt: Befragte können eigene Relevanzen setzen oder den Interviewverlauf kommentieren (Helfferich 2011, S. 181). Danach folgt Dank (5) und positives Feedback an die Befragten (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2021, S. 73–74).

#### 4.2.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

Für Expert\*inneninterviews ist eine starke Strukturierung sinnvoll, im Leitfaden werden deshalb Erzählaufforderungen mit strukturierten Stimuli kombiniert (Helfferrich 2011, S. 164, Helfferrich 2022, S. 571). So werden Abläufe, Zusammenhänge, Wissens Elemente und Routinen abgefragt (ebd.). Offenheit, Übersichtlichkeit und Erzählfluss werden bei der Gestaltung des Leitfadens beachtet (Helfferrich 2022, S. 567). Der Leitfaden wurde anhand der Methode SPSS von Helfferrich (2011, 2022) im Werkstattbericht II entwickelt (Wolff, 2023).

(1) **Sammeln von Fragen:** Es werden möglichst viele Teilaspekte des Forschungsinteresses als Fragen gesammelt (Helfferrich 2022, S. 567). Eignung, Formulierung und inhaltliche Relevanz sind zurückgestellt (Helfferrich 2011, S. 182). In diesem Schritt wurden ca. 40 Fragen gesammelt mithilfe eigenen Interesses und gesichteter Literatur (Kapitel 2 und 3).

(2) **Prüfen der Fragen:** Die Fragen werden hinsichtlich des Forschungsinteresses, Offenheit und Eignung geprüft (ebd., S. 182–184; Helfferrich 2022, S. 567). Suggestivfragen wurden in offene Fragen umformuliert. Faktenfragen wurden in den soziodemografischen Kurzfragebogen integriert. Implizite Vorannahmen waren zur Handlungspraxis zu finden, die Fragen wurden umformuliert oder gestrichen. Die Liste wurde auf ca. 30 Fragen gekürzt.

(3) **Sortieren der Fragen:** Die Fragen werden nach zeitlicher Abfolge, inhaltlicher Zusammengehörigkeit und Fragerichtung sortiert und gebündelt (Helfferrich 2022, S. 567). Die 30 Fragen wurden inhaltlich in Themenblöcke sortiert und in eine zeitliche Abfolge gebracht. Nach Rücksprache im Kolloquium wurde ein Block zur Einrichtung als Einstieg gesetzt. Es entstanden 5 Frageblöcke: Klima und Atmosphäre in der Einrichtung, Standards und Strukturelles, Sexualität und Selbstbestimmung, Schwangerschaftsverhütung, Kompetenzen.

(4) **Subsumieren:** An den Anfang jedes Fragebündels wird ein Impuls gestellt, dieser soll erzählgenerierend wirken (Helfferrich 2022, S. 567). Unter den Impuls werden Einzelaspekte subsumiert (ebd.). Es wurde allen Blöcken jeweils ein erzählgenerierender Impuls vorangestellt, der auf Offenheit und Breite überprüft wurde. Die anderen Fragen wurden als Nachfragen in Stichworten untergeordnet. Abschließend umfasst der Leitfaden 23 Fragen: 5 als Erzählimpulse, 13 als obligatorische Nachfragen, falls das jeweilige Thema nicht von Befragten selbst angesprochen wird, und 5 als optionale Nachfragen.

Der Leitfaden wurde auf den vorgestellten Ablauf von Expert\*inneninterviews (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2021) angepasst. Das Joining wurde um die forschungsethischen Kriterien aus Kapitel 4.1 erweitert. Statt einem Eingangsstimulus wurde den Blöcken jeweils ein eigener Impuls vorangestellt. Abschließend wurde ein Pretest zur Optimierung des Leitfadens durchgeführt (Weichbold 2022, S. 299). Die ausführliche Beschreibung des Pretests findet sich im Werkstattbericht II (Wolff 2023). Nach dem Pretest wurde der inhaltliche

Einstieg um Fragen zur Person und Einrichtung erweitert. Es wurde ein eröffnender Erzählimpuls ergänzt: *Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten?* Dieser Impuls ist offen formuliert, setzt an der Erfahrungswelt der Fachkräfte an und soll eine narrative Erzählung generieren. Es wurde eine Nachfrage zur SSV in anderen Einrichtungen ergänzt. Die Struktur hat sich als sinnvoll erwiesen. Der angepasste Leitfaden erscheint dem Erkenntnisgewinn der Forschungsfrage angemessen. Für weitere Interviews wurde der überarbeitete Leitfaden (Anhang 8.3) genutzt.

### 4.3 Feldzugang und Stichprobe

Die Interviewpartner\*innen wurden mit einem Interviewaufruf per E-Mail erreicht. Es wurden bundesweite Träger und Institutionen angeschrieben, aber auch gezielt einzelne Einrichtungen: Lebenshilfe e.V. (u.a. Verteiler über die Bundesvereinigung, verschiedene Wohngruppen, Beratung Begleitete Elternschaft), Paul-Riebeck-Stiftung, Deutsche Heilpädagogische Gesellschaft e.V. (Aufruf wurde im Newsletter veröffentlicht), Der Paritätische Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e.V., Christliches Sozialwerk gGmbH, Lotse Berlin, KileLe gGmbH, private Kontakte und Netzwerke. Der Interviewaufruf wurde somit von Schlüsselpersonen wie Referent\*innen, Leitungen und Mitarbeitenden gestreut und so Interviews vermittelt (Helfferich 2011, S. 175). Der Aufruf als Kurztex t wurde in die E-Mail direkt gestellt mit Angaben zur Interviewerin, Forschungsinteresse, Zielgruppe, Zeitraum und Umfang der Interviews (Anhang 8.1). Der Aufruf in Langform wurde als PDF an die E-Mail angehängt, hier wurden ausführlich Zielgruppe Interviewende, Hintergrund und Ziel der Forschung, Ablauf Interviews und Datenschutz beschrieben (Anhang 8.2). In der Formulierung beider Aufrufe waren Niedrigschwelligkeit, Nahbarkeit (Interviewerin ist selbst Sozialarbeiterin) und Respekt für die Perspektiven und Zeitressourcen von Fachkräften leitend. Alle Befragte haben sich per E-Mail gemeldet. Sie haben durch unterschiedliche Institutionen und Einrichtungen vom Aufruf erfahren. Es wurden acht Interviews durchgeführt: Die Befragten werden mit ihrer Ausbildung, Arbeitserfahrung und Einrichtung vorgestellt:

Kürzel	Alter	Gender	Ausbildung	Berufsjahre	Einrichtungsart	Einrichtungsgröße	Träger
P1	31	M	Pflegehilfskraft, arbeitet als persönliche Assistenz	2 Monate im Verein, insg. 9 Jahre	Stationäre Wohneinrichtung	Wohngruppen mit 3-5 Bewohnenden	Elternverein mit Wohngruppen
P2	32	W	Erzieherin, Sexualpädagogin	10 Jahre im Verein, insg. 10 Jahre	Ambulante Wohngruppe (Betreuung 13-20 Uhr)	WG mit 4 Bewohnenden zwischen 34-51 Jahren, 2 Frauen*, 2 Männer*	Verein mit Projekten u.a. therapeutisches, betreutes Einzelwohnen/Wohngruppen
P3	27	W	Sozialarbeiterin, Standortleitung (WG 1)	4 Jahre in der Einrichtung,	Ambulante Wohngruppe (Betreuung 14-20 Uhr)	WGs mit 7 Bewohnenden	Verein mit Projekten für Menschen mit Behinderung

				insg. 7 Jahre		WG1: 20-60J, 3 Frauen*, 4 Männer* WG 2: 20-39J, 2 Frauen*, 5 Männer*	u.a. BEW, WGs, Einzelfallhilfe, Begleitete Elternschaft
P4	33	trans*	Pflegehilfskraft	6 Monate im Verein insg. 7 Jahre	Stationäre Wohneinrichtung	WG mit 4 Bewohnern*	Elternverein mit Wohngruppen
P5	37	M	Heilerziehungspfleger	16 Jahre im Träger insg. 16 Jahre	Ambulante Wohngruppe (Betreuung 12-19 Uhr)	WG 5 Bewohnende zwischen 30-50 J, 1 Frau*, 4 Männer*	Träger mit verschiedenen Projekten, u.a. WGs, Wohnheime, BEW
P6	32	W	Rehabilitationspädagogin (B.A., M.A.) Teamentwicklung der Wohngruppe	7 Jahre im Träger insg. 9 Jahre	Wohngruppe der besonderen Wohnform (24/7 Betreuung mit Früh-, Spätdiensten und Nachtwachen)	9 Bewohnende in geschlossener Gruppe	Anthroposophischer Träger mit u.a. ambulanten Wohnen, Wohnhaus mit WGs
P7	68	W	Heilerziehungspflegerin, in Rente	37 Jahre beim gleichen Träger	Betreuung von insgesamt drei ambulanten Wohngruppen (Betreuung 12-20 Uhr)	Jeweils 6-9 Bewohner*innen	Träger mit Wohnangeboten, Projekten für Menschen mit Behinderung
P8	63	W	Pflegefachkraft, Heilerziehungspflegerin, Sozialpädagogin, Assistententeamleitung	47 Jahre in der gleichen Einrichtung	Ambulante Betreuung, Wohnhäuser wie Mietshäuser, persönlicher Assistenz, im Haus ist Büro für Assistententeam	1. Haus: 20 Klient*innen 2. Haus: 12 Klient*innen	Träger mit der Zielgruppe Menschen mit Behinderung mit verschiedenen Projekten und Angeboten

Tabelle 2: Informationen zu Interviewten und Einrichtungen

Die Auswahl an Interviewten zeigt eine Vielfalt an Geschlecht, Alter, Ausbildung, Arbeits- erfahrung, Einrichtungsart und -größe. Grenzen zeigen sich in Altersspannen: es fehlen insbesondere Fachkräfte zwischen ca. 18-27 und 40-60 Jahren. Darüber hinaus liegen alle Einrichtungen in Großstädten, es fehlen Einrichtungen aus dem ländlichen Raum.

#### 4.4 Interviewsetting

Es wurden acht Interviews Juni-August 2023 durchgeführt. Zwei Interviews wurden in den Einrichtungen der Interviewten geführt, im Anschluss an das Gespräch wurde jeweils ein Rundgang durch die Einrichtung angeschlossen. Die Gespräche fanden in der Küche statt. Bewohner\*innen wurden darüber informiert. Zwei Interviews wurden online bei Zoom durchgeführt, bei einem Interview waren beide zu Hause, bei einem war die Interviewte im Büro. Ein Interview fand in einem ruhigen Raum in einem Nachbarschaftstreff statt. Drei Interviews wurden in den Privaträumen der Interviewten gegeben. Bei keinem Gespräch kam es zu Unterbrechungen oder Störungen. Alle Interviews wurden per Audio mit Laptop aufgezeichnet. Die Gespräche dauerten durchschnittlich 54,5min (P1 37min, P2 45min, P3 49min, P4 56min, P5 55min, P6 55min, P7 1.03min, P8 1.16min).

## 4.5 Auswertungsmethodik: qualitative Inhaltsanalyse

Es wurde nach Dresing und Pehl (2018) erweitert inhaltlich-semantisch transkribiert mithilfe der Software fx4 (Dresing und Pehl 2018, S. 21-25). Anschließend wurden die Transkripte mit inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) in MAXQDA ausgewertet. Kuckartz und Rädiker verstehen als qualitative Inhaltsanalyse:

„[...] die systematische und methodisch kontrollierte wissenschaftliche Analyse von Texten, Bildern, Filmen und anderen Inhalten von Kommunikation [...]. Es werden nicht nur manifeste, sondern auch latente Inhalte analysiert. Im Zentrum der qualitativen Analyse stehen Kategorien, mit denen das gesamte für die Forschungsfrage(n) bedeutsame Material codiert wird. Die Kategorienbildung kann deduktiv, induktiv oder deduktiv-induktiv erfolgen.“ (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 39).

Die qualitative Inhaltsanalyse als Methode sei ein Mittel zur Erkenntnis: ein planmäßiges auf Regeln aufbauendes Verfahren, das auf verschiedene Kontexte anwendbar ist (ebd., S. 46). Die Auswertung soll ein Sinnverstehen von sozialem Handeln, Aussagen und Argumentationen ermöglichen, wobei sich an hermeneutischen Techniken orientiert wird (ebd., S. 50). Ziel kann die Generierung von Theorie, Bestätigung von Theorie oder Deskription sein (ebd., S. 107). Die qualitative Inhaltsanalyse ist für die Untersuchung der Forschungsfrage gut geeignet, da diese deskriptiv und explorativ ist (ebd., S. 42). Ein gängiges Vorgehen in der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse ist die Mischung aus deduktiver und induktiver Kategorienbildung (ebd., S. 102–103), wie auch in dieser Arbeit vorgegangen wurde. Zentral ist die Strukturierung des Materials durch Fälle (Forschungsteilnehmende) – Kategorien (Themen), die eine Matrix bildet (ebd., S. 108).

### 4.5.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Es wird die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse genutzt mit einem Ablauf in 7 Phasen (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 132). In der ersten Phase wird mit einer initiierenden Textarbeit, dem Schreiben von Memos und ersten Fallzusammenfassungen ein Gesamtverständnis für das Material erlangt (ebd., S. 119–122). In der zweiten Phase werden Hauptkategorien deduktiv entwickelt. Zur Kategorie-Entwicklung ist es möglich, das Vorwissen, was in die Konzeption der Datenerhebung eingegangen ist, direkt in Analysekatgorien zu übersetzen, wobei Leitfaden, Theorie oder Forschungsstand als Basis dienen (ebd., S. 51, 71–73). Bei einem Probedurchlauf durch 10-25 % des Materials werden die entwickelten Kategorien und Definitionen auf ihre Anwendbarkeit hin überprüft (ebd., S. 133–134). In der dritten Phase werden die Daten mit Hauptkategorien codiert (1. Codierprozess). Jeder Text wird sequenziell durchgegangen, dabei werden Textabschnitten die Kategorien zugewiesen (ebd., S. 134–136). Innerhalb einer Textstelle können mehrere Themen angesprochen sein, sodass einer Textstelle auch mehrere Kategorien zugeordnet werden können, wobei sich an den Codierregeln von Kuckartz und Rädiker orientiert wurde (ebd.). In der



vierten Phase werden Subkategorien induktiv gebildet, um die Hauptkategorien auszudifferenzieren (ebd., S. 138–139). Es wird eine Kategorie ausgewählt und alle mit dieser Kategorie codierten Textstellen zusammengestellt (ebd.). Die Hauptkategorien werden mit Subkategorien als Liste erstellt, die geordnet und systematisiert wird (ebd., S. 138–139). Abschließend werden Definitionen formuliert und mit Zitaten illustriert (S. 71). Sparsamkeit und Überschaubarkeit leiten: So einfach wie möglich, so differenziert wie nötig (ebd.). In der fünften Phase wird das Material mit den Subkategorien codiert (2. Codierprozess). In den Daten werden die Subkategorien den mit Hauptkategorien codierten Textstellen zugeordnet (ebd., S. 142–143). Die vierte und fünfte Phase wird bei Bedarf mehrfach durchlaufen (ebd.). In der sechsten Phase dienen die Codierungen als Grundlage einer kategorienbasierten Analyse entlang der Hauptkategorien (ebd., S. 147–150). Dazu wird in einem Bericht zu jeder Hauptkategorie beantwortet, was zu dem Thema (nicht) gesagt wurde (ebd.). Die Subkategorien werden dargestellt sowie Segmente auf Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Auffälligkeiten hin geprüft (ebd.). Darüber hinaus werden Zusammenhänge zwischen Subkategorien einer Hauptkategorie ausgewertet, teilweise auch Zusammenhänge zwischen Hauptkategorien (ebd.). In der letzten Phase werden abschließend die Ergebnisse in Hinblick auf die Forschungsfrage diskutiert (ebd., S. 154–156).

#### 4.5.2 Die Entwicklung des Kategoriensystems als Grundlage der Analyse

Die Kategorien in ihrer Gesamtheit bilden das Kategoriensystem, das als lineare Liste, Hierarchie oder Netzwerk organisiert sein kann (Kuckartz und Rädiker 2022, S. 61). Das Kategoriensystem wurde anhand der bei Kuckartz und Rädiker aufgeführten Kriterien gebildet (ebd., S. 63–65, 80–81). Es werden thematische Kategorien entwickelt. Eine thematische Kategorie erfasst ein bestimmtes Thema, Argument oder Denkfigur (ebd., S. 56). Zur Beantwortung der in dieser Arbeit gestellten Forschungsfrage wurden im ersten Schritt die Hauptkategorien deduktiv orientiert am Forschungsstand, Forschungsfrage und Leitfaden gebildet. Folgende Hauptkategorien wurden erstellt: formelle Bedingungen, Aushandlungen, Sexualität, reproduktive Selbstbestimmung, informelle Bedingungen und Bedarfe.

Die erste Kategorie „formelle Bedingungen“ erfasst den strukturellen Rahmen bspw. zur Einrichtung, Leitung und Konzepten. In der zweiten Kategorie „Aushandlungen“ wird erfasst, wie das soziale Miteinander in der Wohngruppe organisiert ist und der Alltag miteinander gestaltet wird, zu bspw. Regeln und Mitbestimmung. Hierbei steht der Zusammenhang zwischen Wohnen und Sexualität im Fokus. Die dritte Kategorie „Sexualität“ zeigt, wie Sexualität in der Wohneinrichtung gelebt wird. Es werden bspw. konkrete Praktiken sexuellen Lebens erfasst, Einflussfaktoren für Sexualität, Konsens und Differenzkategorien.

Die vierte Kategorie erfasst die Handhabungen zu „reproduktiver Selbstbestimmung“ in den Wohneinrichtungen: Aspekte zu SSV, Kinderwunsch, langfristigen Beziehungsentscheidungen und sexueller Gesundheit. Die fünfte Kategorie „informelle Bedingungen“ erfasst implizite Bedingungen in Einrichtungen wie Handlungswissen und alltägliche Praxen in Form von bspw. Handlungsstrategien, Methoden, Ressourcen, pädagogische Positionierungen und Differenzkategorien. Die sechste Kategorie „Bedarfe“ erfasst Bedarfe der Fachkräfte.



Abbildung 1: Codesystem aus MAXQDA

Anhand dieser Kategorien wurde das gesamte Material codiert. Anschließend wurden die Subkategorien induktiv gebildet. In einem zweiten Codierdurchlauf wurden die Codierungen der Hauptkategorien in die Subkategorien aufgeteilt. In einem dritten Durchlauf wurden die Codierungen überprüft und genauer voneinander abgegrenzt. Es wurde ein hierarchisches Kategoriensystem angelegt, das aus über- und untergeordneten Ebenen besteht. Abschließend wurden für die Kategorien Definitionen und Zitate eingefügt (Anhang 8.6).

## 5 Auswertung der Untersuchungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse anhand der jeweiligen Hauptkategorien dargestellt. Die Ergebnisse werden dazu je Kategorie mit ihren Subkategorien beschrieben und hinsichtlich der Forschungsfrage interpretiert.

## 5.1 Formelle Bedingungen

Die Kategorie „formelle Bedingungen“ erfasst den strukturellen Rahmen, wie formal sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung bedingt wird. Es unterteilt sich in die Subkategorien Informationen zur Einrichtung (1), Team/Personal (2), Leitung/Träger (3) und Konzepte (4).

### 5.1.1 Deskription

**(1) Einrichtung:** Befragte sind in ambulanten Einrichtungen (5) und in Einrichtungen der besonderen Wohnform (3) tätig. Es wurden darin strukturelle Rahmenbedingungen identifiziert, die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung beeinflussen: *räumliche Gegebenheiten, Grenzen der Betreuung, Fremdbestimmung und Art des Zusammenlebens*.

Als *räumliche Gegebenheiten* fehlen Rückzugsorte. Zwar hätten alle Bewohner\*innen ein eigenes Zimmer, aber man sei nicht allein: „Sei es vielleicht jemand aus dem Kollegium, der im falschen Moment an der Tür klopft, oder andere Bewohner\*innen der Einrichtung, die dann ja einfach Kontakt suchen, ins Zimmer reinstürmen [...]“. (P1, Pos. 17). Bei zwei Befragten haben Bewohner\*innen kein eigenes Bad (P5, Pos. 17; P6, Pos. 31). Bei P6 seien Bäder nicht abschließbar, weil Bewohner\*innen mit den Schlössern nicht umgehen könnten. Es werden strukturelle *Grenzen in der Betreuung* deutlich. Durch den ambulanten Rahmen sei Beratung zu Sexualität und Familienplanung nur eingeschränkt möglich (P3, Pos. 13). Die ambulante Betreuung stehe dem Zusammenleben mit Kindern entgegen: Personen mit Kindern müssten ausziehen. Als Gründe werden eingeschränkte Betreuungszeiten angegeben. Ein Aufstocken des Personals sei nicht möglich und es fehle ein Konzept (P2, Pos. 43). In drei Einrichtungen spielen strukturelle Formen der *Fremdbestimmung* eine Rolle. Bei P4 werde die Pille durch Mitarbeiter\*innen ausgegeben aufgrund der ärztlichen Verordnung (P4, Pos. 53-55). P6 schildert: „Ja, und ich würde sagen, was die besondere Wohnform ausmacht, ist schon ein großer Teil von Fremdbestimmung.“ (P6, Pos. 9). Die Einrichtung sei eine geschlossene Gruppe, in der Bewohner\*innen nur mit Unterstützung das Gebäude verlassen können (ebd., Pos. 3). P7 berichtet, dass es in der Vergangenheit eine Arbeitspflicht für Bewohner\*innen gegeben habe, um in einer WG wohnen zu dürfen (P7, Pos. 5).

Das *Zusammenleben* in Wohneinrichtungen ist ebenfalls fremdbestimmt. P5 bezeichnet die Wohngruppe als Bedarfsgemeinschaft: „Also das ist ein sehr breit gefächertes Altersspektrum in dieser WG. Die sind alle sehr unterschiedlich. Also es ist ja mehr oder weniger SCHON irgendwo eine Bedarfsgemeinschaft.“ (P5, Pos. 11). Teilweise fügen sich die Wohngemeinschaften als über Jahre stabil, harmonisch und familiär (P2, P3 WG1), andere WGs werden als konflikthaft und zusammengewürfelt beschrieben (P3 WG2, P4).

**(2) Team/Personal:** Der *Personalschlüssel* der Befragten ist unterschiedlich. P1, P3, P4 und P8 machen keine Angabe zum Personalschlüssel und Teamgrößen. Bei P4 werden Personalwechsel, Unterbesetzung und als teilweise überfordernd empfundene Arbeitsbelastung genannt, die sich auf die Dynamik der Zusammenarbeit auswirken. Im häufigen Personalwechsel wird ein systemisches Problem gesehen (P4, Pos. 35). In der ambulanten Betreuung arbeiten P2 und P7 in Zweier-Teams mit 4-5 Bewohner\*innen, P5 im Dreier-Team mit 5 Bewohner\*innen. Nur P5 nennt explizit Dienste allein zu arbeiten. Es liegt jedoch nahe, dass dies in anderen ambulanten Einrichtungen ebenfalls vorkommt. In der besonderen Wohnform arbeitet P6 in einem Zwölfer-Team (zusätzliche Nachtwachen) mit 9 Bewohner\*innen. In den Teams gibt es teilweise sehr stabile, jahrelange Zusammenarbeit (P2, P5, P7), dem Gegenüber auch Personalwechsel (P4). Die *Teamdynamiken* gestalten sich dadurch unterschiedlich. In stabilen Teams wird eine harmonische, vertrauensvolle und eingespielte Dynamik benannt. In diesen wird 8-15 Jahre mit gleichen Kolleg\*innen zusammengearbeitet. Die *Stabilität des Teams* wirkt sich auf das Zusammenleben in Wohngruppen aus. P2 benennt die Zusammenarbeit als sehr nah (P2, Pos. 11), P4 sieht durch Personalwechsel die Vertrauensbasis beeinträchtigt, die es für intime Themen brauche (P4, Pos. 35). Die meisten geben regelmäßige *Teamsitzungen* an, P1, P4, P6 und P8 nennen aber keine Häufigkeiten. Bei P5 findet zwei Mal im Monat Teamsitzung statt. P7 hatte wöchentlich Teamsitzung, diese sei ein wichtiger Ort des Austauschs und Organisation (P7, Pos. 27). Supervision benennen P1, P6 und P7 als zusätzliches Arbeitsmedium, bei den anderen fehlt eine entsprechende Angabe.

**(3) Leitung/Träger:** Es finden sich Informationen zu strukturellen Qualifizierungsmöglichkeiten im *Träger* und zur Verantwortungsübernahme von *übergeordneten Leitungen* sowie *Teamleitungen* in den Interviews. Fortbildungen, Arbeitskreise, Gruppenarbeiten und Beauftragte zum Thema Sexualität werden bei P1, P2, P3, P6 und P7 genannt. Teilweise wurden zum Interviewzeitpunkt Workshops und Fortbildungen vom *Träger* zu Sexualität angeboten oder geplant (P1, P3, P6). Aufgrund von Defiziten in der Bildungsarbeit machte P2 eine Fortbildung zur Sexualpädagogin für Menschen mit Behinderung, die vom Verein finanziert wurde (P2, Pos. 7). Sie ist Präventionsbeauftragte im Verein zu sexualisierter Gewalt und sexueller Bildung. Als diese übernimmt sie die Beratung und Schulung von Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen (ebd., Pos. 34-35). P7 berichtet, dass in den 1970ern Sexualassistenz im *Träger* angeboten wurde. Diese war moralisch umstritten (P7, Pos. 15). Bis in die 1990er wurde trägerintern eine Gruppenarbeit für Menschen mit Behinderung zu Sexualität angeboten (ebd.). P8 sieht einen Zusammenhang in der Vergangenheit zwischen kirchlicher Trägerschaft (bspw. diakonische Schwestern) und der Tabuisierung von Sexualität (P8, Pos. 47).

Bei P4 werde die Einrichtung von einem Elternverein getragen, wodurch die Eltern sehr involviert seien, was sich auf die pädagogische Arbeit auswirke (P4, Pos. 5).

*Übergeordnete Leitungen* werden von drei Befragten angesprochen. P4 beschreibt einen Fall, bei dem eine Klientin\* mit Kinderwunsch von der obersten Leitungsebene unterstützt wurde, um die Wohnsituation mit Kind zu organisieren (P4, Pos. 45). P6 beschreibt einen Leitungswechsel, der sich auf die pädagogische Arbeit ausgewirkt habe: Die vorige Abteilungsleitung hatte kurzzeitige Betreuung und Kostenfragen im Blick, die neue die Menschen mit ihren Bedarfen (P6, Pos. 11). P8 ist seit 30 Jahren als Leitung und Qualitätsbeauftragte tätig. Als Abteilungsleitung übernimmt sie Verantwortung für ihre Mitarbeiter\*innen. Als Beispiel berichtete sie von einer Mutter, die ihr Kind nicht von einer trans\* Person betreut sehen wollte. Als Leitung schützte P8 die Mitarbeiterin und erteilte der Mutter Hausverbot (P8, Pos. 63). Zu *Teamleitungen* wurden verschiedene Eindrücke geschildert. P6 sieht sich als Teamleitung in der Verantwortung für Reflexionsmöglichkeiten in Teamsitzungen zu sorgen, um die Interessen der Bewohner\*innen zu wahren (P6, Pos. 53). P5 kann die Leitung bei Fragen, Problemen und Wünschen ansprechen. P3 führt ihre Verantwortlichkeiten als Leitung nicht weiter aus. Bei P4 und P7 werden Diskrepanzen deutlich. P4 wünscht sich, von der Leitung gesehen zu werden (Dienste mitlaufen, Überlastung/Überforderung verstehen), die Leitung solle mehr Verantwortung übernehmen (P4, Pos. 11). P7 beschreibt einen Fall, in dem die Teamleitung zwar die Bordell-Besuche eines Klienten\* als gut befand, aber in der Position als Vorgesetzter nichts davon wissen wollte (P7, Pos. 11).

**(4) Konzepte:** Es sind unterschiedliche Standards in der pädagogischen Arbeit erkennbar. Es ist teilweise keine Direktive zum Thema Sexualität vorhanden (P1) oder es wurden keine Angaben dazu gemacht (P7). Bei zwei Fachkräften sei ein Schutzkonzept in Arbeit (P3, P5). Bei P3 wurden Schutzkonzepttage mit einzelnen Gruppen durchgeführt, sie sieht die Erstellung des Schutzkonzepts trotzdem bei der Leitung. P3 nennt als zusätzliche Handhabe eine Hausordnung mit Abmahnverfahren. P4 vermutet ein Leitbild zum Thema Sexualität im Träger, der Inhalt scheint unbekannt. Bei P8 seien Konzepte zu Sexualität zwar vorhanden, würden aber nicht genutzt (P8, Pos. 15). Bei P6 gebe es ein sexualpädagogisches Konzept: es umfasst einen Handlungsfaden bei Übergriffen, Sexualpädagogik sei weniger im Fokus (P6, Pos. 17). P2 hat im Verein eine Handlungsanweisung zur Prävention sexualisierter Gewalt und im Umgang mit Sexualität verfasst (P2, Pos. 61).

Zwei Befragte verweisen auf pädagogische Konzepte und Rechte. In der Einrichtung von P5 wird die personenzentrierte Planung genutzt, die Klient\*innen stünden im Mittelpunkt „[...] und nicht unsere Belange oder was WIR denken, was richtig ist.“ (P5, Pos. 27). Es ist jeweils ein\*e Mitarbeiter\*in für die pädagogische Planung, elektronische Berichte und Dokumente

einer Person verantwortlich. Zur Umsetzung werden Einzelgespräche, *Mein Buch* und der *Metzler-Bogen*<sup>28</sup> genutzt (P5, Pos. 35). Gesetzliche Veränderungen haben sich auf die pädagogische Arbeit ausgewirkt. Durch Betreuungsgesetz und BTHG wurde der Träger progressiver: individuelle Rechte und Selbstbestimmung spielen eine größere Rolle. Das Thema Sexualität entwickle sich am langsamsten (P8, Pos. 3, 5). Im Träger von P8 werde die persönliche Assistenz mit ressourcenorientierter-Assistenz-Planung (RAP) organisiert. Die Assistenz solle sich überflüssig machen, das Ziel sei Klient\*innen ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen (ebd., Pos. 5). RAP ver helfe Teams mit verschiedenen Persönlichkeiten, Arbeitsstilen und dadurch entstehenden Konflikten zur Einheitlichkeit (ebd., Pos. 21).

### 5.1.2 Interpretation

In der Beschreibung wurden in den formellen Bedingungen begünstigende sowie behindernde Faktoren für die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung herausgearbeitet.

Begünstigende Faktoren für die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung werden in allen Subkategorien sichtbar. Einrichtungen (1) können ausreichend Rückzugsorte Selbstbestimmung ermöglichen (Zimmer, Bäder, Etiket te). Die Art des Zusammenlebens der WGs, das Verhältnis zu Mitarbeiter\*innen und die Teamstabilität können Auswirkungen auf die Vertrauensbasis zu den Bewohner\*innen haben, die eine Grundlage für die Bearbeitung von Sexualität und Familienplanung darstellt. So werden strukturelle Rahmenbedingungen zur Sicherstellung sexueller Selbstbestimmung geschaffen nach Leitlinie fünf (Ortland et al. 2020, S. 40). Bei Team/Personal (2) benennen Fachkräfte stabile Teams und eine offene, respektvolle Kommunikationskultur als entscheidende Faktoren für die Zusammenarbeit und Klärung pädagogischer Differenzen. Regelmäßige Teamsitzungen und Supervisionen werden von einigen Fachkräften als hilfreiche Austausch- und Reflexionsmedien betrachtet, um den Alltag aber auch herausfordernde Situation im Kontext Sexualität und Familienplanung zu meistern. Dies sichert die Qualifizierung der Fachkräfte nach Leitlinie zehn und passende Einrichtungskultur nach Leitlinie vier (ebd., S. 37, 55). Von Leitung/Träger (3) werden strukturelle und personelle Rahmenbedingungen zur Sicherstellung sexueller Selbstbestimmung erfüllt entsprechend Leitlinie fünf (ebd., S. 40). Es werden Klarheit und Verantwortungsübernahme seitens der Team- und Abteilungsleitung sichtbar. Die strukturelle Verantwortungsübernahme durch die Abteilungsleitung zeigt sich bei Kinderwunsch (P4), Priorisierung von Bedarfen (P6) und dem Schutz von Mitarbeiter\*innen vor Diskriminierung

---

<sup>28</sup> Das *Mein Buch* ist eine Methode zur Beteiligung und Zielplanung. Der *Metzler-Bogen* ist ein Verfahren zur Ermittlung von Hilfebedarfen bei Menschen mit Behinderung.

(P8) als entscheidend. Teamleitungen werden teilweise als ansprechbar und präsent beschrieben. Als förderlich zeigt sich eine Klarheit in Zuständigkeiten und bei der Durchführung regelmäßiger Teamsitzungen mit Reflexionen. Die Hälfte der Fachkräfte geben an, dass trägerinternen Fortbildungen oder Arbeitsgruppen zu Sexualität angeboten würden. In einem Verein ist eine Präventionsbeauftragte zuständig für die Beratung von Menschen mit Behinderung und Schulung der Mitarbeiter\*innen (P2). Klient\*innen haben die Möglichkeit, eine bekannte Person mit ihren Anliegen zu kontaktieren, so kann kontinuierlich und mit ausreichend Zeit zu Themen der sexuellen Bildung gearbeitet werden. Auch für Mitarbeiter\*innen stellt dieser kurze Weg eine niedrigschwellige Möglichkeit kollegialer Beratung dar. Insbesondere die Präventionsbeauftragte ermöglicht sexuelle Selbstbestimmung als Bestandteil der Einrichtungskultur zu etablieren nach Leitlinie vier (ebd., S. 37) und sichert die sexuelle Selbstbestimmung durch strukturelle/personelle Rahmenbedingungen nach Leitlinie fünf (ebd., S. 40). Pädagogische Konzepte (4) geben zwei Fachkräfte an (P5, P8). Sie sind Werkzeuge, Zuständigkeiten zu regeln sowie einheitliche und überprüfbare Strukturen zu schaffen. So kann Arbeitsbelastung aufgeteilt und pädagogische Arbeit professionalisiert werden. Sie nutzen der Umsetzung von Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen. Konzepte oder Handlungsanweisungen zu sexueller Bildung werden von drei Fachkräften erwähnt (P2, P6, P8). Schutzkonzepte werden von einigen Befragten angegeben (P2, P3, P5, P6), sie sichern Schutz vor sexualisierter Gewalt entsprechend Leitlinie neun (ebd., S. 51).

Dem Gegenüber werden auch behindernde Faktoren und Leerstellen in den Rahmenbedingungen für die Selbstbestimmung der Sexualität und Familienplanung sichtbar. In Einrichtungen (1) können räumliche Gegebenheiten die Selbstbestimmung behindern, z.B. fehlende Rückzugsräume und geteilte Bäder. Wohngruppen werden Bedarfsgemeinschaften durch fehlende Mitbestimmung bei Mitbewohnenden und Art des Zusammenlebens. Strukturelle Grenzen zeigen sich in den eingeschränkten Betreuungszeiten der ambulanten Einrichtungen. Die Art der Einrichtung stehe damit laut P2 dem Zusammenleben mit Kindern entgegen, es fehle an Personal und Konzepten. Dies widerspricht der Selbstbestimmung über Familie nach Leitlinie zwei (ebd., S. 31), reproduktiver Gerechtigkeit (Ross 2021, S. 19) und der UN-BRK (UN-BRK, Art. 23). Darüber hinaus fehlen Ressourcen für ausreichende Beratung zu Sexualität und Familienplanung bei P3. Ein weiteres einrichtungsbezogenes Hindernis stellt die strukturell eingeschriebene Fremdbestimmung insbesondere in der besonderen Wohnform dar. Es existieren einzelne Praxen der Fremdbestimmung (Pillen-Ausgabe, geschlossene Tür). P6 beschreibt den herausfordernden Weg einer Veränderung hin zu mehr Selbstbestimmung in einem fremdbestimmten System. In den aufgeführten Punkten fehlen strukturelle und personelle Rahmenbedingungen zur sexuellen Selbstbestimmung

entsprechend Leitlinie fünf (Ortland et al. 2020, S. 40). Zum Team (2) benennt die Mehrzahl der Fachkräfte Teamsitzungen und Supervisionen nicht als Ressource; Begründungen dazu fehlen. Darüber hinaus wird Unterbesetzung als belastendes Hindernis in der Umsetzung von Selbstbestimmung benannt (P4), was ebenfalls als personelle Rahmenbedingungen gegeben sein sollte (ebd.). Zu Leitungen (3) wird teilweise fehlende Unterstützung bemängelt: Es wird sich mehr Verständnis für Arbeitsbelastungen gewünscht (P4). P7 schildert eine Situation (Bordell-Besuch), in der die Leitung Mitwissen und somit Verantwortung verweigert. Das Team war mit der pädagogischen Umsetzung und Verantwortungsübernahme auf sich gestellt. Obwohl die Hälfte der Fachkräfte trägerinterne Fortbildungen zu Sexualität angeben, werden diese nicht als Ressource für Handlungssicherheit benannt. Es könnte sein, dass Fachkräfte nicht teilgenommen haben oder die Inhalte nicht umfangreich genug waren. Bei Konzepten (4) werden für die Selbstbestimmung signifikant hindernde Faktoren sichtbar. Es existieren wenige Konzepte zu sexueller Bildung. Schutzkonzepte werden von der Hälfte angegeben und sind hauptsächlich noch in Arbeit. Sie sollten jedoch verbindlich vorhanden sein laut Leitlinie neun (ebd., S. 51). Wenn Konzepte vorhanden sind, scheinen sie kaum praktische Relevanz zu haben, zumeist sind deren Inhalte den Befragten unbekannt. Es wird in den Interviews bestätigt, dass verbindliche Standards und Konzepte teilweise fehlen (Ortland et al. 2020, S. 35; Specht 2021, S. 180). Die Leitlinien betonen besonders die Verpflichtung zur Umsetzung sexueller Selbstbestimmung auf institutioneller und struktureller Ebene. Obwohl dieser Verpflichtung in einigen Einrichtungen auf institutioneller Ebene nachgekommen wird (Einrichtungskultur, Verantwortung auf Hierarchieebenen), werden Diskrepanzen hinsichtlich Personalbesetzung und Konzepten festgestellt. Der strukturellen Verpflichtung wird in den meisten Einrichtungen nicht ausreichend nachgekommen.

## 5.2 Aushandlungen

In der Kategorie „Aushandlungen“ wird erfasst, wie das soziale Miteinander in der Wohngruppe und Selbstbestimmung im Alltag gestaltet werden. Insbesondere steht der Zusammenhang zwischen Wohngemeinschaft und ausgelebter Sexualität im Fokus. Es wird erfasst, wie Aushandlungen stattfinden und formalisiert werden zu den Subkategorien Mitbestimmung (1), Grenzen (2) und Gruppenregeln (3).

### 5.2.1 Deskription

**(1) Mitbestimmung:** Es wurden *formelle und informelle Mitbestimmungsmöglichkeiten* erfasst. Als formelle Mitbestimmungsmöglichkeit finden bei fast allen Fachkräften Bewohner\*innenbesprechungen statt (P1, Pos. 19; P2, Pos. 41; P3, Pos. 53; P4, Pos. 33; P5, Pos.



45; P6, Pos. 11; P7, Pos. 27). Es sind Variationen in Turnus, Inhalt, Form und Struktur erkennbar (Tabelle Anhang 8.7). Bei den meisten findet es wöchentlich statt, bei zwei Befragten zweiwöchentlich (P1, P4). Inhaltlich werden hauptsächlich Haushaltsdienste, Gruppenzusammenhalt/-aktivitäten, Essenswünsche und Konflikte besprochen. P6 betont, dass diese Form der Mitbestimmung im Alltag wichtig sei und etabliert sein sollte (P6, Pos. 11). Bei P5 werden darüber hinaus als formelle Mitbestimmungsmöglichkeiten Einzelgespräche und das *Mein Buch* zur Umsetzung personenzentrierter Bedarfe und Ziele eingesetzt (P5, Pos. 45). Zu *informellen Mitbestimmungsmöglichkeiten* werden auch Herausforderungen beschrieben. Mitarbeiter\*innen seien durch flache Hierarchien ansprechbar, man könne sich grundsätzlich mit Wünschen, Anregungen und Kritik an sie wenden (P1, Pos. 19; P3, Pos. 53). P4 beschreibt die herausfordernde Aushandlung zwischen selbstbestimmten Entscheidungen und notwendig vorgegebenen Regeln, die Bewohner\*innen auch aufgrund von Beeinträchtigung bräuchten. Sind Bewohner\*innen non-verbal, könne dies Selbstbestimmung einschränken (P4, Pos. 11). P6 beschreibt zur Mitbestimmung in der besonderen Wohnform:

„Hm, also ich würde sagen, die Bewohner\*innen haben sehr WENIG Mitsprache im Alltag. (lacht) Also es ist schon sehr klar strukturiertes Setting. Ähm. Und es ist SCHWIERIG das von heute auf morgen aufzubrechen. Also es ist ein sehr langsamer Weg. Ähm, was wichtig ist für viele, die dort leben, weil sie aus NOCH VIEL STÄRKER fremdbestimmten Settings eigentlich kommen, so. Also ich würde sagen, es ist halt so ein langsamer Weg. Für andere ist es aber auch wiederum einschränkend, weil sie das nicht SO/ solchen Settings eigentlich herkommen.“ (P6, Pos. 27).

Sie beschreibt die Herausforderung, Veränderungsprozesse zu mehr Mitbestimmung zu gestalten, wenn Bewohner\*innen fremdbestimmte Settings gewöhnt sind. Dies wird durch die freiheitsentziehende Maßnahme der geschlossenen Tür verstärkt. Dienste sind zu zweit besetzt, wenn beide gerade mit Pflege beschäftigt sind, müssten Bewohner\*innen warten und seien in ihrer Freiheit eingeschränkt (ebd., Pos. 23).

**(2) Grenzen:** Zur Intim- und Privatsphäre wird die Relevanz des *eigenen Zimmers* als Rückzugsort und Ort der Privatsphäre deutlich. Im Gruppengefüge spielt das *Anklopfen* eine zentrale Rolle: diesbezüglich werden Aushandlungen und Herausforderungen beschrieben. Das Anklopfen an sich könne eine Störung sein, einige Bewohner\*innen würden darüber hinaus nicht zuverlässig anklopfen (P1, Pos. 17). P3 berichtet, dass eine ehemalige Kollegin\* das Zimmer betreten habe, als ein Paar sexuell aktiv war (P3, Pos. 41). Sie führt nicht aus, ob vorher angeklopft wurde, es Absprachen gab oder das Zimmer abschließbar gewesen wäre. P3 bemängelt auch, dass in der ehemaligen Einrichtung Sexualität nur in konkreten Anlässen als Anweisung platziert wurde (ebd., Pos. 41). Auch P5 gibt an, dass das Verständnis zur Intimsphäre und zum Anklopfen/Hereinbitten bei Bewohner\*innen fehle:

„[...] dann klopft ein Kollege an die Tür, die sind dabei. Und die junge Dame sagt ‚Herein!‘. Dann geht der Kollege rein, macht die Tür wieder zu. Okay, später: ‚Du kannst doch nicht herein sagen, wenn ihr gerade beim Akt seid. [...] dann sag doch lieber gar nix, dann kommt auch keiner rein, nicht wahr? Wenn du herein sagst, denke ich, ich kann reinkommen‘.“ (P5, Pos. 41).

Er sieht die Privatsphäre der Bewohnenden eingeschränkt, weil sie kaum allein seien. Bekannte und/oder One-Night-Stands müssten unter Umständen allen Mitbewohner\*innen vorgestellt werden: „Ich glaube, das ist eine große Hürde in der Selbstbestimmung, weil man vielleicht nicht so frei agieren kann, wie man gerne würde.“ (ebd.). P6 nennt als konflikthafte Thema zur Intimsphäre die geteilten, nicht abschließbaren Bäder, diese würden trotz Schilder-System manchmal betreten werden (P6, Pos. 29). P1 beschreibt die Herausforderung, einen adäquaten Umgang in intimen Pflegesituationen (Duschen, Wechsel Inkontinenzmaterial) zu finden, wenn ungewollte Konfrontation mit Sexualität auftritt (P1, Pos. 27).

**(3) Gruppenregeln:** *Klarheit der Regeln* und *Partizipation bei Regeln* stellen Herausforderungen dar. P2 formuliert eine Zurückhaltung, die auch andere Befragte zeigen: „Ich glaube, wir geben eigentlich größtenteils hier nur Hinweise und Bitten, dass man zum Beispiel die Tür zumacht. Aber richtig Regeln, die wir irgendwo festhalten, die für alle ersichtlich sind, haben wir jetzt hier nicht.“ (P2, Pos. 39). Sichtbar wird ein Widerspruch: es werden allgemeine Regeln und Regeln zur Sexualität verneint, anschließend jedoch Regeln ausgeführt (ebd., P6, Pos. 17). Bei P6 wurden die Gruppenregeln vom Team festgelegt, sie wünscht sich aber eine inhaltliche Erarbeitung mit Bewohner\*innen (P6, Pos. 17). Bei P5 gilt als Grundsatzregel die im Betreuungs- und Nutzungsvertrag festgehaltene Teilnahme an der Bewohner\*innenbesprechung (P5, Pos. 47). Zumeist fehlen klare, festgehaltene Regeln. Es wird nicht ausgeführt, wie Gruppenregeln gestaltet und kommuniziert werden oder wie Bewohner\*innen daran teilhaben können. Es existieren überwiegend informelle Regeln.

Bei sexuellen Handlungen sollen *Türen geschlossen werden* (P2, Pos. 37; P3, Pos. 43). P2 beschreibt: es wurde ein Gespräch gesucht, die Bitte platziert, Empathie vermittelt in Form von Hinweisen auf Rücksichtnahme und die Möglichkeit des Abschließens erwähnt (P2, Pos. 39). Bei P3 wird nach Masturbation bei offener Tür ein Einzelgespräch gesucht. Mithilfe von Bildern wurde zu Privatsphäre und Nacktheit gearbeitet (P3, Pos. 43). Beide reagieren erst auf einen konkreten Anlass.

Beim Thema *wo geschieht was* werden allgemeine Rücksichtnahme, Masturbation und Nacktheit diskutiert. Ein Bewohner\* bei P2 solle die Pornohefte bei Besuch wegräumen (P2, Pos. 37). P1 führt aus, dass Ort, Zeitpunkt und Gruppendynamik für gelebte Sexualität eine Rolle spielen: Sexualität solle in eigenen Räumen, nicht in Gruppenräumen stattfinden und der Zeitpunkt solle sich ins Alltagsleben einpassen (P1, Pos. 47). Auch P6 nennt den Ort: Masturbation dürfe nicht im Gemeinschaftsraum stattfinden (P6, Pos. 17). Ein Paar nutze den Gemeinschaftsraum zum Kuschneln, wobei teilweise eine Erektion sichtbar würde. Dies wurde zum Anlass genommen, Grenzen zu setzen, um die anderen Bewohnenden zu schüt-

zen. Das eigene Zimmer wird als Rückzugsort benannt (ebd., Pos. 33). Als weiteres raumbezogenes Thema wird von P3, P6 und P7 Nacktheit benannt. P7 berichtet, dass sie Nacktheit (nackt im Flur) als Grenztestung anderen gegenüber und Akt des sexuellen Reizes erlebt habe (P7, Pos. 11). P3 hätte sich in einer früheren Einrichtung andere pädagogische Aushandlungen dazu gewünscht. Es wurden klare Anweisungen gegeben, aber nicht zu Nähe-Distanz gearbeitet oder Zusammenhänge erklärt (P3, Pos. 41). Bei P6 wird als Regel benannt: keine Nacktheit in geteilten Räumen. Auch sie wünscht sich gemeinsame pädagogische Aushandlungen zu Intimität mit Bewohner\*innen:

„Ist es okay, wenn ich jetzt aus meinem Zimmer ins Bad gegenüber nackt laufe? Warum ist das aus unserer Sicht nicht okay? Aber dass man das halt wirklich auch GEMEINSAM ERARBEITET und wir nicht einfach immer nur sagen: ‚Das ist nicht okay! Das hier ist Gemeinschaftsraum. Hier ist eine Grenze. Zieh dich bitte im Zimmer an oder im Bad.‘ Also, ich würde sagen, die Regel ist wichtig, aber ich würde sie schon gerne gemeinsam mehr reflektieren mit den Bewohner\*innen, dass sie auch mehr Verständnis dafür bekommen, WARUM das wichtig ist, was DAHINTER steht und das nicht nur so ein ‚Stopp. Zieh dich bitte an.‘ [ist].“ (P6, Pos. 19).

Regeln zu *Übernachtungen* werden bei P2, P3 und P5 angegeben. P2 betont, es gebe keine Regelungen, führt jedoch aus, dass bei Übernachtungsbesuchen die Mitbewohner\*innen um Einverständnis gebeten würden und keine Störungen verursacht werden sollten (P2, Pos. 45). Bei P3 existieren klare Regeln dazu: einmalige Vorstellung des Besuchs bei Mitarbeitenden, keine Angehörigen übernachten, Personen unter 18 Jahre brauchen die Einverständniserklärung der Eltern (P3, Pos. 21). Bei P5 seien Besuche grundsätzlich erlaubt. Sie sollten in der Bewohner\*innenrunde angekündigt werden, spontane Übernachtungen seien aber auch möglich. Besuche müssten für den Aufenthalt in die Verpflegungskasse einzahlen, um mitzulesen. Falls es nötig wäre, könnten Hausverbote ausgesprochen werden (P5, Pos. 37).

Von vier Fachkräften wird das Thema *Konflikte klären* aufgerufen (P2, P3, P5, P7). P3 benennt die Bewohner\*innenrunde zur Konfliktklärung. Die Mitarbeitenden nehmen in diesen häufig eine vermittelnde Position ein. Je nach Fähigkeiten der Person werden die Anliegen eingeleitet oder anonym stellvertretend ausgeführt (P3, Pos. 53-57). P3 und P5 beschäftigt, dass sich einzelne Mitarbeiter\*innen ausgesucht werden, um Konflikte zu klären. Dies wird unterschiedlich bewertet. P3 benennt als Ziel, dass Bewohnende zu allen Mitarbeitenden Vertrauen haben, um Themen und Konflikte jederzeit besprechen zu können (ebd., Pos. 9). P5 sieht in unterschiedlichen Beziehungen zu Betreuer\*innen eine Ressource. Die persönliche Beziehung sei entscheidend (P5, Pos. 25). P7 beschreibt, dass sie die Bewohner\*innen bei Konflikten mit Mitarbeitenden zum Gespräch ermutigt und begleitet habe (P7, Pos. 27). P7 und P8 berichten, dass bei Konflikten zwischen Mitarbeitenden und Bewohner\*innen jeweils Beschwerden an Leitungen gegeben wurden (P7, Pos. 27; P8, Pos. 23).

### 5.2.2 Interpretation

Es können formelle und informelle Mitbestimmungsmöglichkeiten abgeleitet werden, die die Selbstbestimmung der Bewohner\*innen im Alltag und bei Sexualität fördern: Gruppenbesprechungen, Einzelgespräche und Ansprechbarkeit. Die Bewohner\*innenbesprechung ist eine etablierte Möglichkeit zur Förderung von Mitbestimmung. Der Rhythmus der Besprechungen variiert zwischen den Einrichtungen. Ein wöchentlicher Turnus begünstigt, Themen zeitnah Raum zu geben und Beteiligung besser zu etablieren. Es werden unterschiedliche Handhabungen in der Umsetzung beschrieben. Eine inhaltliche Struktur der Treffen könnte jedoch Sicherheit und Vorhersehbarkeit bieten. So können Bewohner\*innen ihre Chance auf Beteiligung besser nutzen. Ein strukturiertes Vorgehen zur Umsetzung der Anliegen der Bewohner\*innen wird in keinem Interview beschrieben. In einigen Einrichtungen existiert keine regelmäßige Besprechung mit allen Bewohner\*innen, was ein Defizit der Mitbestimmung in der alltäglichen Lebensgestaltung darstellt. Dies hat negative Auswirkungen auf die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, da eine generelle, umfassende Autonomie im Alltag eine Voraussetzung hierfür darstellt (Ortland et al. 2016, S. 1086; Zinsmeister 2013, S. 51). Auch in der THB wird betont, dass in jeder Wohneinrichtung eine Vertretung der Bewohner\*innen für Interessen und Beschwerden etabliert sein sollte (Harand et al. 2022, S. 78). Inwiefern die Bewohner\*innenrunden eine Vertretung in den Einrichtungen darstellt, wird nicht klar. Regelmäßige Einzelgespräche als Beteiligungsinstrument werden in nur zwei Interviews erwähnt. Sie hätten das Potential in einem engeren Turnus (monatlich) Selbstbestimmung zu fördern, da mehr Raum für das Thema Sexualität geschaffen würde. Die Begleitung durch Mitarbeitende würde, entsprechend Leitlinie eins, sexuelle Selbstbestimmung fördern (Ortland et al. 2020, S. 27). Zur informellen Mitbestimmung werden Offenheit und Ansprechbarkeit des Kollegiums angeführt, was eine Grundvoraussetzung darstellt.

Zu Grenzen werden Herausforderungen zu Intim- und Privatsphäre deutlich. Nach Artikel 22 UN-BRK sollte die Privatsphäre geschützt werden: es darf u.a. nicht willkürlich oder rechtswidrig in das Privatleben und Wohnen eingegriffen werden (UN-BRK, Art. 22). Von den Fachkräften werden dahingehend Aushandlungen zum Schutz der Grenzen der Bewohner\*innen und Mitarbeitenden beschrieben. Mehrfach werden Herausforderungen und Bedarfe deutlich, Intimsphäre pädagogisch partizipativ zu erarbeiten. Das eigene Zimmer wird als Rückzugsort für Sexualität genutzt. Die Etikette des Anklopfens und Hereinbittens scheint bekannt, aber nicht unbedingt nachhaltig in der Anwendung verstanden. Die Möglichkeit, die eigene Tür abzuschließen, wird nur einmal ausdrücklich benannt.

Gruppenregeln beschäftigen die Fachkräfte zur Aushandlungen bei Sexualität. Die pädagogische Arbeit an geschlossenen Zimmertüren steht im engen Zusammenhang zur Subkategorie Grenzen. Das Verständnis zu Intim- und Privatsphäre erscheint für Bewohnende besonders herausfordernd. Dies könnte durch fremdbestimmte Lebensbedingungen und die Angewiesenheit auf Pflege verstärkt sein (Chodan et al. 2021, S. 141-142; Stiftung Liebenau Teilhabe 2017, S. 11). Es wird ein Bedarf an pädagogischen Methoden deutlich, um das Verständnis dahingehend zu fördern. Darüber hinaus kann die Förderung des Anspruchs auf einen eigenen Raum und Privatsphäre auch zu mehr Verständnis beim Anklopfen/Hereinbitten führen. So könnten die Grenzen der Bewohnenden untereinander und der Mitarbeitenden besser geschützt werden. Dies schließt die Wahl der Räumlichkeiten für sexuelle Aktivitäten mit ein. Wenn Nacktheit, Masturbation und andere Sexualität offen besprochen werden, kann ein Verständnis entstehen, wo welche Tätigkeiten angemessen wären (Ortland et al. 2016, S. 1086). Dies wird in den Interviews anlassbezogen umgesetzt. Es scheint nötig, allgemeine Regeln partizipativ losgelöst von konkreten Anlässen zu etablieren, um das Bewusstsein dahingehend zu fördern. Übernachtungen und Besuche werden unterschiedlich geregelt. Eine Fachkraft nennt klare Regelungen (Vorstellung bei Mitarbeiter\*innen, keine Angehörigen, Einverständniserklärung der Eltern bei U18J), bei zwei Fachkräften wird es niedrigschwellig und informell gehandhabt (Befragung und Abstimmung Mitbewohner\*innen). Auch diesbezüglich fehlen in den meisten Einrichtungen partizipativ entwickelte, nachvollziehbare Regeln. Bei Konfliktklärung zeigen sich informelle Methoden als Mittel der Wahl: Mitarbeitende seien ansprechbar und begleiten die Klärung. Im Rahmen der Bewohner\*innenbesprechung werden Anliegen entweder eingeleitet oder stellvertretend angesprochen. In keinem Interview wird ein offizielles Beschwerdesystem angesprochen. Beschwerdestrukturen sind allerdings fester Bestandteil von Schutzkonzepten. Fehlen sie, stellt dies eine Leerstelle in der Prävention und Partizipation dar:

„Gute Beschwerdestrukturen sorgen dafür, dass problematische Vorgänge und Zustände frühzeitig bekannt werden und entsprechend gehandelt werden kann. [...] Kritische Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge aufzunehmen, Beschwerden zu prüfen und ihnen gegebenenfalls abzuwehren, ist gelebte Partizipation. [...] Wenn sie es gewohnt sind, in alltäglichen Angelegenheiten Gehör zu finden, haben sie bessere Chancen, sich bei gravierenden Vorkommnissen und Belastungen zu beschweren oder sich jemandem anzuvertrauen. Es geht bei diesem Bestandteil also ausdrücklich nicht um spezifische Beschwerdeverfahren zu sexueller Gewalt, sondern zu allen Themen.“ (Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs o.J.).

Insgesamt fällt der Widerspruch auf, dass Befragte betonen, keine Regeln zu Sexualität existierten und anschließend Regeln ausführen. Es wird eine Zurückhaltung gegenüber formalisierten Regeln sichtbar. Diese führt dazu, dass Gruppenregeln zu Sexualität informell und unklar geregelt sind. Regeln werden anlassbezogen aufgestellt und besprochen. Dazu werden

Gespräche einzeln und/oder in der Bewohner\*innenrunde angestoßen, bei denen Verständnis, Empathie und Rücksichtnahme eingefordert werden. Partizipationsmöglichkeiten im Gestaltungsprozess der Regeln werden nicht eingeräumt. Zwei Interviewte äußern den Bedarf Regeln gemeinsam mit Bewohnenden erarbeiten zu wollen. Partizipativ erarbeitete, festgehaltene Gruppenregeln fehlen in den Einrichtungen.

### 5.3 Sexualität

Die Kategorie „Sexualität“ beschreibt, wie Sexualität in Wohneinrichtungen gelebt wird. Sie ist unterteilt in die Subkategorien Formen der Sexualität (1), Konsens/Gewalt (2) Einflussfaktoren (3) und Differenzkategorien (4). Zu Formen werden als Sub-Subkategorien partnerschaftliche Sexualität, keine/wenig ausgelebte Sexualität, Solosexualität, kurzfristige Kontakte und Sexualassistenten identifiziert, zu den Differenzkategorien Geschlecht, Beeinträchtigung und Alter.

#### 5.3.1 Deskription

**(1) Formen der Sexualität:** Fast alle Fachkräfte berichten von **partnerschaftlicher Sexualität** in den Wohneinrichtungen (P1, P2, P3, P5, P6). Partner\*innen kommen zum Übernachten oder für teilweise längere Besuche (P1, Pos. 11; P2, Pos. 45; P3, Pos. 17; P5, Pos. 31; P6, Pos. 33). Die Befragten thematisieren auffällig häufig im Zusammenhang mit Partnerschaften die konkrete Beziehungsgestaltung und darin enthaltene Aspekte wie Treue und Formen offener Beziehungen (P2, P5, P7, P8). Darin werden *Vorannahmen und Beziehungsnormen* deutlich. P2 problematisiert bei einer Klientin\* in Beziehung, dass sie nicht treu sei und fremd gehe (P2, Pos. 45). Auch P5 thematisiert Treue: Eine Klientin\* habe Sexualität außerhalb ihrer Beziehung gelebt, die Fachkräfte haben dies wiederholt mit ihr problematisiert. P7 und P8 beschreiben ähnliche Beziehungen mit mehr als zwei beteiligten Personen, nehmen dazu aber eine normalisierende Haltung ein (P7, Pos. 11; P8, Pos. 23).

Bei einigen Bewohner\*innen wird der Wunsch oder sogar eine Sehnsucht nach Partnerschaft beschrieben (P5, Pos. 33). Geeignete Partner\*innen zu finden, scheint eine große Herausforderung zu sein: „Aber auch DAS, im geistig behinderten Bereich eine Beziehung zu ergattern, sag ich mal, ist ja schon ein Sechser im Lotto. Der Kreis ist sehr klein. Und dann auch noch jemanden zu finden, den man mag.“ (P7, Pos. 25). Homosexualität wird von drei Fachkräften angesprochen (P2, Pos. 37, P5, P7). Für einen schwulen Bewohner\* sei die Partnersuche schwerer gewesen wegen der Überschneidung zu Behinderung (P7, Pos. 17-19). P5 merkt an, dass Homosexualität nicht sichtbar sein müsse für Fachkräfte (P5, Pos. 35).

In den Interviews wird abseits von Partnerschaften **keine/wenig ausgelebte Sexualität** thematisiert. Viele Fachkräfte geben an, dass bei einigen ihrer Bewohner\*innen Sexualität keine Rolle spielen würde (P2, P3, P4, P5, P6, P8). Zwei Fachkräfte vermuten bei einigen keine Sexualität, diese könne aber auch unsichtbar bzw. verdeckt sein (P2, Pos. 26-27; P7, Pos. 9). Verschiedene Formen von nicht-genitaler Sexualität werden ausgeführt: Küssen, kuscheln, umarmen und Massagen (P3, Pos. 17; P6, Pos. 33, 47). Vorhandene Partnerschaften überschneiden sich nicht unbedingt mit dem Wunsch nach gelebter Sexualität. Öfter werden unterschiedliche Vorstellungen ausgeführt: es komme vor, dass eine Person sich Sexualität wünsche, während die andere dies nicht wolle (P2, Pos. 31; P3, Pos. 17; P8, Pos. 37).

**Solosexualität** wird von allen Fachkräften beschrieben. Einige berichten von Masturbationsverhalten (P3, Pos. 43; P8, Pos. 43), einige in Kombination mit Pornografie (P1, Pos. 49; P5, Pos. 31). Eine Fachkraft erwähnt die Option der Unterstützung der Masturbation für Männer\* durch ein Masturbationsgerät (P4, Pos. 9). Zwei Fachkräfte schildern exzessive Masturbation mit fehlender Selbstkontrolle (P6, P7). Bei P6 masturbiert ein Bewohner\* tagelang in allen Räumen. Er wird auf sein Zimmer verwiesen und respektiert diese Grenze (P6, Pos. 33). P7 beschreibt, dass ein Bewohner\* beim Masturbieren seinen Penis in den Staubsauger gesteckt habe. Dies führte zu Verletzungen am Genital, es wurde ihm nicht verboten (P7, Pos. 9).

Als weitere Form der Sexualität nennen vier Fachkräften **kurzfristige Kontakte** (P2, P3, P5, P7). Zwei Fachkräfte beschreiben neutral, dass Bewohnerinnen\* wechselnde Sexualpartner\* haben (P3, Pos. 13, 17; P7, Pos. 43). Bei P2 und P5 werden Wertungen deutlich. P2 deutet wechselnde Partner\* bei Klientinnen\* als Hypersexualität (P2, Pos. 27). P5 berichtet von einer Klientin\*, die Interesse an verschiedenen Sexualpartnern\* hatte. Mit einem Wohnortwechsel von der Stadt ins Dorf wurde versucht, ihre sexuellen Interessen zu unterbinden (P5, Pos. 53). Eine andere Klientin\* habe Sex gegen Geld getauscht. Es zeigen sich Bewertungen:

„Der jungen Dame, die war kleinwüchsig, der hast du das nicht angesehen, die war sehr gewitzt, sie war sehr pfiffig, die konnte / Die war geistig deutlich fitter als die meisten anderen, die konnte die austricksen, die konnte da / Also, die hat sich auch so ein bisschen verprostituiert. Man hat immer gemerkt, okay, wenn Taschengeldtag bei anderen Klienten war, dann gingen die Männer bei ihr ein und aus im Zimmer. Das war eine schwierige Situation für uns. Wir haben dann auch mit den Männern immer mal geredet: ‚Denkt dran, benutzt ein Kondom!‘.“ (ebd., Pos. 49).

Fast alle berichten von **Sexualassistenz/Sexarbeit** (P1, P2, P4, P5, P7, P8). Sexualassistenz/-begleitung wird bei P1, P2, P4 und P5 für Bewohner\* ermöglicht. P2 beschreibt, dass bei einem Bewohner\* Körperarbeit und Masturbationshilfe stattfindet (P2, Pos. 31). Bei P5 wurde die Sexualbegleitung für einen Bewohner\* vom Amt als Ziel bewilligt und festgeschrieben (P5, Pos. 61). Bei P4 gebe es Richtlinien und finanzielle Mittel:

„Ja, für einen Bewohner im Rollstuhl gibt es tatsächlich von [Name Träger 1] Geld, das dafür benutzt werden kann, eine Sexualbegleitung für ihn dann zu bekommen. Ich glaube, da gibt es auch Regeln,

weil er hat das bekommen, weil er selber da eingeschränkt ist. Er kann nicht alleine eine Masturbationsgerät benutzen oder so was. Und deswegen hat er eine Begleitung. Ich finde, man merkt wirklich, dass ihm das gut tut. Danach ist er sehr entspannt.“ (P4, Pos. 15).

Vier Fachkräften führen Beispiele aus, bei denen Klienten\* Bordell-Besuche ermöglicht oder angeboten wurden (P5, Pos. 31; P7, Pos. 11; P8, Pos. 7-9). P2 beschreibt das empfohlene Bordell als inklusiv (Lift für Rollstühle, Sexarbeiter\*innen sind offen für Kunden mit Behinderung). P2 betont: „Also solche Angebote mache ich eben mit meinen Klienten, wenn es gewünscht ist, begleite ich in den Bordellbesuch und organisiere ihn.“ (P2, Pos. 33).

**(2) Konsens und Gewalt:** In der Sub-Subkategorie Partnerschaften findet sich eine deutliche Überschneidung zur Subkategorie Konsens/Gewalt: Aushandlungen rund um Konsens und Einverständnis spielen diesbezüglich eine bedeutende Rolle für die Befragten. Wie durch den Forschungsstand zu erwarten (Kapitel 3.2), werden in sechs Interviews Beispiele von Grenzüberschreitungen und unterschiedlichen Gewalterfahrungen ausgeführt (P1, P3, P4, P5, P7, P8). P8 beschreibt sexuelle Übergriffe zwischen Klient\*innen, die von Mitarbeiter\*innen geahndet würden (P8, Pos. 49). Sie benennt eine höhere Wahrscheinlichkeit für Gewalterfahrungen bei Menschen mit Behinderung, insbesondere bei Älteren, die auch in geschlossenen Einrichtungen gelebt haben (ebd., Pos. 35). Sie schildert einen Vorfall sexualisierter Gewalt durch einen Mitarbeiter\* (ebd., Pos. 37). P3 berichtet von einer älteren Klientin\*, die jahrelang sexualisierte Gewalt erlebt habe. Die Gewalterfahrungen wurden zu keinem Zeitpunkt mit der Klientin\* bearbeitet oder besprochen (P3, Pos. 41). Zwei Fachkräfte berichten von Bewohner\*innen, die Übergriffe und Gewalt beim Dating und nach Beziehungsende erlebten (P5, Pos. 39; P8, Pos. 17). Vier Fachkräfte (P1, P3, P4, P6) berichten von Situationen, in denen nicht erkennbar war, ob ein Kontakt zwischen Partner\*innen beidseitig gewollt gewesen sei (P1, Pos. 29; P4, Pos. 43). P6 beschreibt: „Und erst mal eine TOTALE UNSICHERHEIT da war, ob sie überhaupt ein Interesse daran hat, mit ihm intim zu sein, ob das nur aus sein / von ihm herauskommt, ob das jetzt / gerade ein Übergriff da passiert ist.“ (P6, Pos. 45). Es wird ein pädagogischer Prozess beschrieben, die Interessen der Klientin\* herauszufinden, Körperwissen, Wünsche und Grenzen zu fördern (ebd., Pos. 45, 65). P3 beschreibt ebenfalls komplexe Aushandlungsprozesse mit Mitarbeiter\*innen sowie Bewohner\*innen, die nach einem Vorfall zu Konsens und Übergriffen geführt wurden (P3, Pos. 19).

**(3) Einflussfaktoren:** Es wurden begünstigende und behindernde Faktoren für die Selbstbestimmung der Sexualität der Bewohner\*innen erfasst. Aus den Berichten der Fachkräfte lassen sich folgende **begünstigende Faktoren** zusammenstellen: *Gesprächsangebote*, *Wissensvermittlung* und *Zugang zu Sexualität*. Fast alle Fachkräfte bieten aktiv *Einzelgespräche* zum Thema Sexualität an (P1, P2, P3, P5, P6, P7, P8). Die Initiative geht in der Regel von Klient\*innen aus, Fachkräfte reagieren auf Anlässe, Anfragen und Bedarfe der Bewohner\*innen



(P1, Pos. 11, 25; P3, Pos. 19, 39; P5, Pos. 59, 61; P6, Pos. 35-41; P7, Pos. 29; P8, Pos. 30-32). P1 betont, dass Beratung nach Bedarf individuell durchgeführt werde (ebd., Pos. 13, 33). P2 nennt als Präventionsbeauftragte als einzige einen strukturierten Plan: neben Einzelgesprächen nach Bedarf, plant sie sich in den Gruppen aller Bereiche vorzustellen und Kontaktdaten zu verteilen (P2, Pos. 34-35).

Zur *Wissensvermittlung* werden in Gesprächen verschiedene sexualpädagogische Anschauungsmaterialien, Materialien in leichter Sprache und externe Angebote genutzt (P2, Pos. 57-59; P6, Pos. 39-41). Die Fachkräfte bearbeiten pädagogisch Körperwissen, lustvolle Sexualität und Konsens. Es wird anatomisches Wissen u.a. Benennen von Körperteilen vermittelt, da bei Aufklärung und Körperwissen gravierende Defizite bestehen: „Wo eine Frau mit 35 nicht weiß: ‚Wie viele Löcher hat sie denn unten?‘. Sie weiß nicht, wo sie den Tampon reinschieben soll, beim Schwimmen beispielsweise.“ (P2, Pos. 27) und „[...] also ich habe mal mit ihr ein Bild von der nackten Frau angeguckt und als ich auf die Vulva gezeigt habe, hat sie gesagt ‚Hose‘ und auf den Hintern auch ‚Hose‘. So, ähm, da fängt es halt bei der Person schon an [...].“ (P6, Pos. 15). P6 schildert, dass Eltern in der sexuellen Bildung positiv Einfluss nehmen, wenn sie Wissen vermitteln und Zugänge schaffen. Insbesondere bei zwei jüngeren Klientinnen\* (18/19 Jahre) beobachte sie, dass diese Körperteile benennen könnten. Die Eltern beschreibt sie als engagiert, sie würden bspw. Besuche von Workshops ermöglichen (ebd., Pos. 13-15). Sie vermutet eine Enttabuisierung des Themas Sexualität und Behinderung. Stehen Eltern der Sexualität ihrer Kinder eher skeptisch gegenüber, könnten Fachkräfte durch sexuelle Bildung mit Eltern Einfluss nehmen:

„Und unsere Aufgabe war dann immer zu sagen ‚Können Sie sich vorstellen, dass es auch anders läuft, als Sie jetzt gerade denken? Und sollen wir mal, Ihre Tochter oder Ihren Sohn fragen, was der davon hält?‘ ‚Ach, der weiß, dann doch [gar nicht].‘. Sage ich dann ‚Na, dann lassen Sie uns das doch probieren.‘. Ich habe immer sehr gerne Elternarbeit gemacht, weil da ganz viel passieren kann noch bei den Eltern.“ (P7, Pos. 7).

Auch lustvolle Sexualität wird thematisiert (P2, P5). Bei P5 übernimmt eine Kollegin\* die Arbeit mit Klientinnen\* dazu (P5, Pos. 43). P2 vermittelt Wissen zu Masturbation und lustvollem Zugang zum eigenen Körper (P2, Pos. 31) und zu Praktiken für Frauen\*:

„Oder was bedarf es, dass der Geschlechtsverkehr auch ohne Komplikation abläuft? Mit der Feuchtigkeit der Frau, dass der Mann da auch sein zu tun haben kann und dass man da nicht einfach reinstecken kann, weil es dann weh tut. So sind die grundlegenden Sachen, wo ich denke, da ist noch Aufklärungsbedarf bei beiden. Und mit dem Pärchen dann reden, dass es für beide angenehm ist, und dass auch nicht nur der Mann ein Orgasmus haben kann. Also das ist für mich immer so ein Thema, dass man schon versucht den Frauen auch beizubringen, dass sie sich selbst lieben und wie sie sich selbst im Körper erobern können.“ (ebd., Pos. 29).

Darüber hinaus wird Wissen zu Konsens vermittelt. Mehrere Fachkräfte werden mit Sexualität konfrontiert und beobachten Aushandlungsprozesse, die sie in die Situation bringen, das Einverständnis absichern zu wollen (P1, P3, P4, P6). Wünsche, Bedürfnisse und Grenze zu

artikulieren, wird als Herausforderung für Bewohner\*innen benannt (P3, Pos. 17). Insbesondere Bewohnerinnen\* fehle dazu teilweise das Selbstbewusstsein: „Also das ist auch ein ganz großes Thema auch bei anderen Bewohnerinnen, dass dieses, dass sie einfach so das mit sich machen lassen und gar nicht für sich einstehen.“ (ebd., Pos. 13). P6 sieht einen Zusammenhang zwischen Körperwissen, Grenzen und Selbstbewusstsein: Klientinnen\*, die wenig Wissen zu Körpern haben, haben auch wenig Wissen zu eigenen Grenzen, könnten diese nicht benennen und verteidigen (P6, Pos. 15). Sie berichtet von positiven Effekten von Körperwissen auf Grenzbewusstsein: Klientinnen\*, die Körperteile benennen können, könnten auch Grenzen aufzeigen (ebd., Pos. 47). P7 beschreibt den Weg einer Klientin\* zu mehr Selbstbewusstsein hinsichtlich Grenzen und Sexualität durch pädagogische Begleitung (P7, Pos. 11). Als pädagogische Möglichkeiten zur Absicherung von Konsens werden Einzelgespräche und pädagogische Aushandlungsprozesse angeführt. P1 beschreibt, dass mit den beteiligten Personen eines sexuellen Kontakts Einzelgespräche geführt würden: „[...] ob das Ganze denn gewünscht ist und ob das Ganze denn ja auch wirklich (...) nicht überfordernd für die Person ist.“ (P1, Pos. 47). P3 und P6 schildern komplexe pädagogische Aushandlungsprozesse. P3 berichtet von widersprüchlichen Signalen und der Vermittlung externer Beratung:

„Also der hat dann ihre Grenzen nicht gewahrt oder hat teilweise auch nicht verstanden, was ihre Grenzen sind, weil sie eben teilweise dann gesagt hat ‚Umarme mich.‘ und dann hat er sie umarmt und dann hat sie danach gesagt, das geht für mich nicht und war da sehr uneindeutig. Und dann wollten wir gerne für ihn eine Beratung organisieren, um ihm das sozusagen zu vermitteln und haben dabei festgestellt, dass es in [Stadt] auch total wenig Beratungsstellen überhaupt gibt für solche Sachen.“ (P3, Pos. 19).

P6 schildert, ein Bewohner\* wurde entkleidet bei einer Bewohnerin\* im Bett angetroffen. Im Team konnte die Situation nicht als konsensuell abgesichert werden: Es gab eine große Unsicherheit, ob das Interesse beidseitig war oder ein Übergriff stattgefunden habe (P6, Pos. 45). Schutzmaßnahmen wurden ergriffen: die Pille wurde weitergeben, der Bewohner\* durfte nicht ihr Zimmer und Intimität in Privaträumen wurde vorläufig verboten (ebd., Pos. 21). Das pädagogische Ziel bestand darin, das Interesse der Klientin\* abzusichern:

„Und dann hat sich so über ein Jahr lang, würde ich sagen, abgezeichnet, dass sie auf jeden Fall auch Interesse hat, mit ihm nah zu sein. Also dass sie Interesse manchmal daran hat, ihn zu küssen und manchmal daran hat, mit ihm zu kuscheln. Und ich glaube, sie hat auch ein Interesse an Sexualität. Also sie hat auf jeden Fall ein Interesse daran, sich selbst, so ihren eigenen Körper zu erkunden. Und ich glaube auch daran, vielleicht auch mit ihm intimer zu sein.“ (ebd., Pos. 45).

Als besondere Herausforderung wird die sprachliche Kommunikation genannt: die Klientin\* habe wenig Deutschkenntnisse und kommuniziere körpersprachlich (ebd., Pos. 65). Sie habe Schwierigkeiten Grenzen zu setzen (ebd., Pos. 21). Es wird mit der Klientin\* an Körperwissen, Grenzen und Wünschen gearbeitet: „[...] Grenzen aufzuzeigen in jeglicher Hinsicht, was ein sehr langsamer [Prozess ist], aber wo man schon sieht, so nach und nach kriegt sie das auf jeden Fall immer besser hin, dass sie einfach so ja wirklich auch mal ‚Stopp‘ sagt.“

(ebd., Pos. 45). Zur Stärkung von Wünschen werden bei alltäglichen Entscheidungen Auswahlmöglichkeiten gegeben (ebd., Pos. 65). Dennoch fehlt Wissen, wie bei Sexualität die Stärkung von Wünschen gefördert werden könne: „Und dann mit ihr in abstrakte Themen zu gehen, es fehlt uns einfach auch an Wissen, wie man das gut machen kann.“ (ebd.). Trotz aller pädagogischen Maßnahmen bleiben Unsicherheiten, ob die Bewohnerin\* Grenzen aufzeigen würde, ihr Partner\* diese wahrnehmen und danach handeln würde.

Als letzter Faktor zur Begünstigung sexueller Selbstbestimmung wird der *Zugang zu Sexualität* erfasst: nur wenn in Einrichtungen Zugänge zu Sexualität geschaffen werden, kann diese ausgelebt werden. Es ist ein Zusammenhang zur Bereitschaft von Mitarbeitenden zu erkennen. Als ein Zugang wird von Fachkräften Sexualassistentz/Sexarbeit ermöglicht (P1, P2, P4, P5, P7, P8). Die Initiative vom Assistenz-Personal zur Organisation und Abwicklung der Sexualassistentz ist vorhanden (P1, Pos. 11, P2, Pos. 33). P8 ermöglichte für ein Paar Sexualberatung (P8, Pos. 5-7). P5 und P8 berichten von Bewohnern\* mit Wunsch nach Partnerschaft. Das Online-Dating wurde pädagogisch begleitet (P5, Pos. 43; P8, Pos. 7-9). P5 habe auch eine inklusive Disko begleitet, damit er dort jemanden kennen lernen könne (ebd.).

Gegenüber den begünstigenden Faktoren lassen sich in den Berichten der Fachkräfte folgende **behindernde Faktoren** für die sexuelle Selbstbestimmung ausmachen: *fehlende sexuelle Bildung*, *fehlende Zugänge* und *soziales Umfeld*. Sexuelle Bildung fördert Selbstbestimmung. Demgegenüber ist das *Fehlen sexueller Bildung* ein Hindernis für die Selbstbestimmung. Es fehlt in allen Einrichtungen ein regelgeleitetes Verfahren zu sexueller Bildung, in keiner gibt es regelmäßige Angebote für Bewohner\*innen. Alle Befragten betonen, auf Bedarfe zu reagieren, wenn sie gezeigt würden. Die Initiative dazu wird in der Regel bei den Bewohner\*innen gesehen. P7 betont: „Das war nicht auf der Abhak-Liste oder so, war es nicht. Das Thema Sexualität immer wenn Bedarfe da waren, Bedarfe gesehen wurden von uns oder Bedarfen wirklich angesprochen wurden von den Klienten selbst.“ (P7, Pos. 29). Werden intime Kontakte nicht sichtbar gelebt, wird abgeleitet, dass kein Interesse an Sexualität bestünde: „Mit allen anderen Bewohnern wird das nicht thematisiert, weil zum einen keine intimen Kontakte da sind (..) und ich würde unterstellen, bei den meisten auch eher kein Interesse.“ (P6, Pos. 59). Bei P5 werden Angebote gemacht, die aber bei wahrgenommenem Desinteresse nicht weiterverfolgt werden (P5, Pos. 61). P8 benennt das Dilemma, dass bei fehlender Thematisierung von Sexualität womöglich auch das Wissen und dadurch der Wunsch danach fehle: „Weil es kann ja jemand meistens nur den Wunsch überhaupt entwickeln, auf einen Dom zu gehen oder auf einem Fest, wenn er weiß, es gibt ein Fest, so sage ich mal. Also so weiß ich überhaupt [etwas von] Sexualität.“ (P8, Pos. 35). Der *Zugang zu Wissen* müsste in Einrichtungen durch Mitarbeiter\*innen ermöglicht werden. Es werden

deutliche Wissenslücken bei sexueller Aufklärung gesehen, Aufklärung durch Eltern und Schule seien nicht ausreichend (P2, Pos. 27; P6, Pos. 13-15). Menschen mit Lernschwierigkeiten sind beim Zugang zu Wissen von Unterstützung abhängig:

„Der Zugang zu Wissen ist, glaube ich, also, dass man sich selbstständig irgendwie Wissen aneignen kann, Sachen aufsuchen kann, ähm, ist auf jeden Fall eingegrenzt. Dadurch, dass gar nicht alle die Möglichkeit haben, sich an einen Computer zu setzen oder da auch Unterstützung bräuchten, um sich vielleicht mit Themen auseinanderzusetzen.“ (P6, Pos. 25).

Jedoch wird von mehreren Fachkräften ein Mangel an Zeit, Personal und Bereitschaft angegeben. P6 gibt an, dass mangelnde zeitliche und personelle Ressourcen die Auseinandersetzung mit Sexualität verhindern würden (ebd.). Auch für die Ausarbeitung geeigneter Materialien oder gemeinsame Arbeit mit Bewohner\*innen an Materialien fehle die Zeit (ebd., Pos. 39). P4 formuliert neben zeitlicher Knappheit, dass auf Beziehungsebene Vertrauen vorhanden sein sollte, was durch Personalwechsel behindert werde (P4, Pos. 19). P7 bemängelt, fehlende Bereitschaft zu sexueller Bildung: „Das geht dann weniger um die Klienten und deren Bedürfnisse, sondern das, was Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leisten wollen. WOLLEN – mit Betonung auf wollen [...].“ (P7, Pos. 15).

Ein weiterer behindernder Faktor für die sexuelle Selbstbestimmung sind *fehlende Zugänge* zu Sexualität an sich. Teilhabebeschränkungen bei Kontakten und der Partnersuche werden als behindernde Faktoren in der Ausübung der Sexualität angegeben. Die Einschränkungen der Bewegungsfreiheit außerhalb der Wohngruppe behindern die Möglichkeiten Kontakte zu knüpfen und beeinflussen damit auch die Selbstbestimmung der Sexualität (P6, Pos. 25). P5 berichtet von Hindernissen in der Partnersuche: „Also ich denke, der Zugang zu Sexualität kann schon schwierig sein, zu wissen, was gibt es für Möglichkeiten. Partnersuche ist eine ganz große Schwierigkeit, finde ich bei vielen mit Behinderung also irgendwie einen Partner zu finden.“ (P5, Pos. 43). Dadurch könnten wenig Erfahrungen in Sexualität und Beziehungen gemacht werden (ebd.). Eine Fachkraft fragt sich, ob bei mehr Teilhabemöglichkeiten auch generell mehr Interesse an Sexualität gezeigt würde (P6, Pos. 59-61). Flächendeckende Angebote der Sexualassistenten stellen in Anzahl und Passung auch in einer Großstadt ein Hindernis dar (P1, Pos. 21-23).

Beim Zugang zu Sexualität zeigen sich Überschneidungen zur Subkategorie „Konsens“ (2): Unsicherheiten und Schutzbedürfnissen seitens der Fachkräfte können behindernde Faktoren darstellen. Fachkräfte können nicht unbedingt erkennen, ob Kontakte beidseitig gewollt seien. Dies führt teilweise zu einer temporären Verhinderung von Sexualität (P6, Pos. 21). Mitarbeitende sehen sich in einer Moderationsrolle: „Aber da muss man teilweise dann auch ja tatsächlich körperlich dazwischengehen, weil man einfach nicht einschätzen kann, ob das Ganze ja auf Gegenseitigkeit beruht und wirklich mit Einverständnis passiert.“ (P1, Pos. 29). P4 beschreibt Unsicherheiten in der pädagogischen Begleitung der Bewohner\*innen:

„Ein Tag hatte ich da einen Dienst und sie saßen auf dem Sofa und haben rumgeknutscht. Und es klang immer wieder, als ob sie ‚Nein, nein!‘ sagte. Ich habe einmal so nachgefragt. Die meinten: ‚Nein, nein, das ist Spaß.‘ Ich dachte ‚Okay, solange ihr beide sagt, SOFORT, ganz klar, nein, es ist Spaß, wir machen nur Quatsch, quasi.‘ [...] wo ist die Grenze? Auch für MICH persönlich? So, ich höre da, ich höre da zu, um zu gucken, dass ich nicht das Gefühl bekomme, eine Person macht was, was die andere Person eigentlich nicht will. Aber ja, irgendwann stößt das auch an meine Grenze, so was ICH mitbekommen will. (lacht) (Ja.) Es war okay, die waren im Wohnzimmer und haben quasi nur geknutscht. Aber ich dachte auch so ‚Okay, merke ich auch, wenn das / wenn ich das irgendwie begleiten muss, dann muss ich auf jeden Fall mehr wissen zu diesem Thema.‘“ (P4, Pos. 43).

Durch die Dokumentation sexueller Bildung wird versucht, sich zu schützen: „Also für mich dann auch zu meinem Schutz als Mitarbeiterin, dass ich das KLAR gemacht habe, dass ich dokumentiert habe: Ich habe mit dieser Frau das Präservativ anziehen geübt. [...] Und nicht nur einmal, zweimal, dreimal, zehnmal, zwanzigmal.“ (P7, Pos. 43).

Abschließend können hindernde Faktoren für die sexuelle Selbstbestimmung im *sozialen Umfeld* abseits der Mitarbeiter\*innen und der Einrichtung ausgemacht werden. P7 benennt das soziale Umfeld als Hindernis durch Beschränkungen und Einflussnahme im Lebensverlauf (P7, Pos. 22-23). Eltern und gesetzliche Betreuer\*innen werden als einschränkende Personengruppen beschrieben. Eltern bestimmen in Lebensbereichen ihrer erwachsenen Kinder mit: Körperautonomie, Aufklärung, Übernachtungen und Sexualassistenz. P7 berichtet von der Missachtung von Körpergrenzen einer Bewohnerin\*: Die Mutter\* misst bei ihrer Tochter\* rektal Fieber, während sie im Bett ihres Partners\* liegt (P7, Pos. 7) P8 beschreibt einen Fall, in dem eine Klientin\* mit 55 Jahren im Bett der Mutter\* schläft (P8, Pos. 47). Scham und Tabuisierung von Sexualität spielen insbesondere in der Beziehung zu Eltern eine Rolle und werden durch Infantilisierung begünstigt:

„Also bei der Person, die die Pille nimmt, sind die Eltern auch sehr behütend und wollen das Thema Sexualität eigentlich bei ihrem Kind auch GAR NICHT als Thema sehen. Also sehen sie eher wie so ein zwölfjähriges Mädchen an, würde ich sagen, was / wo das eigentlich noch kein Thema ist und besser alles schnell wegschieben und möglichst so einen Riegel vor und halt auch ja möglichst verhüten, dass da gar nichts erst passieren kann.“ (P6, Pos. 47).

Auch P1 sieht Scham als Hindernis für die Auseinandersetzung mit Sexualität. Er sieht einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Eltern und dem Umgang mit Sexualität: je jünger die Eltern seien, desto offener stünden sie dem gegenüber (P1, Pos. 15). Bei Eltern und in der Schule fehle Aufklärung, auch hier wird Tabuisierung als Grund vermutet (P6, Pos. 13-15). Einigen Klient\*innen sei Sexualität mit bestrafenden Maßnahmen abgewöhnt worden sei (P7, Pos. 5). Eine Mutter\* reglementiert die Besuche und Übernachtungen eines nichtromantischen Freundes\* bei ihrer Tochter\*. Die Fachkräfte geben der Weisung der Mutter\* nach: er darf zeitweise nicht vorbeikommen (P4, Pos. 29-31). Aushandlungen zwischen Eltern und Mitarbeiter\*innen zur Sexualassistenz werden als Kampf beschrieben (ebd., Pos. 17). Manchmal überschneiden sich die Rollen Eltern und gesetzliche Betreuung, was eine größere Einflussnahme zur Folge hat: Eltern als gesetzliche Betreuung werden als Hindernis

für die Ausübung von Sexualität benannt. In dieser Doppelrolle müssten Eltern bei sexueller Selbstentfaltung und Sexualassistenz teilweise miteinbezogen werden:

„Und da sind teilweise dicke Bretter zu bohren, um da den gesetzlichen Betreuungen erst mal KLAR zu machen, dass das Bedürfnis überhaupt vorhanden ist und wie man dann am besten damit umgeht. Weil ich persönlich oftmals erlebt habe, dass bei Menschen mit Beeinträchtigungen, gerade wenn das von der Seite der Eltern kommt, eher die Sexualität abgesprochen wird und behauptet wird, das wäre nicht vorhanden oder es wäre irgendwie kein Thema.“ (P1, Pos. 15).

Insbesondere bei Sexualassistenz sei das Einverständnis der gesetzlichen Betreuung nötig (ebd., Pos. 17). Sexualassistenz sei auch von finanziellen Mitteln abhängig (ebd., Pos. 21). Werden die Finanzen betreut, kann die gesetzliche Betreuung die Finanzierung beeinflussen (ebd.). Es wird nicht allen eine Sexualbegleitung ermöglicht (P4, Pos. 29).

**(4) Differenzkategorien:** Weitere Einflussfaktoren wurden in den Differenzkategorien identifiziert. Zu **Geschlecht** fällt besonders auf, dass gesellschaftlich geformte Vorstellungen zur Sexualität von *Frauen* und *Männern* in den Aussagen der Mitarbeitenden aufgerufen werden und sich auf ihre Handlungen auswirken. In fast allen Interviews wird Sexualassistenz, Sexualbegleitung und Sexarbeit besprochen und ermöglicht – ausschließlich für Bewohner\* (P1, Pos. 11; P2, Pos. 31, 33; P4, Pos. 15; P5, Pos. 31, 61; P7, Pos. 11; P8, Pos. 7). Mehrere Fachkräfte thematisieren dies mit Bewohnern\* sogar proaktiv in Beratungsgesprächen (P2, P5, P7, P8). Sexualassistenz wird Bewohnerinnen\* wird in keinem Interview thematisiert. P8 sieht gerade bei Klienten\* ein sexuelles Bedürfnis (P8, Pos. 15). Männliche Sexualität wird als selbstverständlich wahrgenommen. In mehreren Fällen wird diese mit Triebhaftigkeit verbunden, wenn Sexualität und Übergriffe zusammengebracht werden (P5, P7, P8). P8 beschreibt sexuelle Übergriffe zwischen Klient\*innen und stellt einen Zusammenhang zu sexuellen Bedürfnissen her: „Und es reagieren Mitarbeiter auch immer sehr sensibel und aber es wird dann nicht weiterverfolgt, dass das eben als Bedürfnis wahrgenommen wird.“ (P8, Pos. 49). Es wird suggeriert, dass ein Übergriff aus (unerfüllten) sexuellen Bedürfnissen entstünde. P5 äußert die Befürchtung, dass die Sehnsucht nach Partnerschaft in Kombination mit veränderter Sexualität zu Übergriffen führen könne:

„Aber da habe ich auch schon mal gefragt: ‚Was wünschst du dir von einer Partnerin? Ist es jetzt wirklich nur was SEXUELLES oder ist es jetzt nur was EMOTIONALES?‘. Also er sagt dann eher emotional. Weil ich habe gesagt, weil es ist schwierig für ihn, eine Partnerin zu finden / Ich sage: ‚Für sexuelle Sachen kann man notfalls auch ins Bordell gehen.‘. Also man muss ja auch alle Möglichkeiten der Gesellschaft nutzen, um vielleicht da nicht irgendwelche Sachen zu machen und Situationen zu schaffen, die vielleicht in kriminellere Hintergründe ausarten.“ (P5, Pos. 31).

P7 stellt einen direkten Zusammenhang her zwischen der Ermöglichung von Sexualität durch Sexarbeit und dem Rückgang von sexualisierten Übergriffen Mitarbeiterinnen\* gegenüber:

„Wir hatten einen Bewohner, der SEHR sexualisiert war und sich auch immer in die jungen Kolleginnen verliebte und wirklich nur am Onanieren war, also wirklich heftig. Und das für die jungen Frauen ganz schrecklich war. Mit dem ist er dann wirklich in den Thai-Puff gegangen. Das fand ich total großartig von ihm. Und einmal im Monat war er eben da und dann war der Trieb auch nicht mehr so groß, die jungen Kolleginnen so anzugehen.“ (P7, Pos. 11).

Es fällt auf, dass ausschließlich Männer\* Übergriffe ausüben. Pädagogische Maßnahmen abseits der Auslebung von Sexualität durch Sexarbeit werden in den Interviews an diesen Stellen nicht diskutiert. Sind Klientinnen\* involviert, werden Grenzen und Konsens pädagogisch bearbeitet (P1, Pos. 29; P3, Pos. 19; P4, Pos. 43; P6, Pos. 45, 65).

Beratung wird nach Bedarf und Interesse angeboten. Bewohnerinnen\* würden Sexualität nicht unbedingt offen zeigen:

„Also wenn wir jetzt eine junge Frau hätten und da würde man jetzt nicht mit ihr das explizit verfolgen oder fördern und sagen: ‚Oh, könntest du doch‘ / Oder wobei doch bei jungen Männern machen wir das schon. Da wird es aber offensichtlich, die zeigen das auch mehr, dass sie das Bedürfnis haben nach Sexualität und so. Und Frauen sind da, also die Klientinnen sind immer noch so (..) zurückhaltend oder sich dessen auch nicht so bewusst ist.“ (P8, Pos. 27).

Wird Sexualität von Bewohnerinnen\* verdeckt ausgeübt, hat dies direkten Einfluss auf Möglichkeiten. Um Zugang zu Beratung zu bekommen, müssten Bewohnerinnen\* Interesse und Bedarf zeigen in Form von sexuellen Verhaltensweisen oder Kontakten. Tun sie dies nicht, wird ihnen keine Förderung und Begleitung angeboten. Darin zeigt sich ein deutlicher Unterschied zum pädagogischen Umgang mit Bewohnern\*. Zwei Fachkräfte fördern Frauen\* mit Sexualität in Partnerschaft (P2, Pos. 29; P5, Pos. 43).

Zu Geschlecht fällt auch auf, dass sich in den Interviews überwiegend auf Zweigeschlechtlichkeit bezogen wird. Von zwei Fachkräften werden trans\* Bewohner\*innen erwähnt (P4, P8). P4 beschreibt aus der Wohngruppe, dass andere Fachkräfte transfeindlich agieren (P4, Pos. 61-63). P8 beschreibt eine Person, die sich nicht geschlechtsspezifisch kleidet, sie möchte die Person fördern, ordnet es aber als Verhaltensauffälligkeiten ein (P8, Pos. 15, 29). Homosexualität wird von zwei Fachkräften am Rande erwähnt (P2, Pos. 37; P7, Pos. 17-19). Eine gegengeschlechtliche Anziehung wird fast durchgängig angenommen.

Darüber hinaus kann die Wahrnehmung der **Beeinträchtigung** Sexualität und den Umgang damit beeinflussen. Fünf Fachkräfte sehen Auswirkungen der Beeinträchtigung auf die Fähigkeiten von Bewohner\*innen Zusammenhänge im Kontext von Sexualität zu verstehen. P6 artikuliert Unsicherheiten, ob eine Bewohnerin\* verstehe, was Geschlechtsverkehr bedeute, und ob sie sich dies wünsche (P6, Pos. 45). P3 sieht einen Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung und Schamgefühl: es fehle das Verständnis für Nähe-Distanz (P3, Pos. 41). Im Fall einer Übergriffigkeit ist unklar, ob die Intervention verstanden wurde: „Und natürlich haben wir es mit ihm besprochen, aber wenn das Verständnis nicht da ist und das auch so undurchsichtig ist, die Situation, wir auch nicht bei der Situation dabei waren usw.“ (P3, Pos. 59). P5 berichtet von einem erwachsenen Bewohner\*, der über ein Online-Computerspiel ein 14-jähriges Mädchen\* kennen gelernt habe, welches er als seine Freundin bezeichnete. P5 ist unsicher, ob im Gespräch die Altersgrenzen und Strafbarkeit verstanden wurden (P5, Pos. 35). Bei P6 beeinflusst die Beeinträchtigung der Bewohnerin\* die pädagogische Arbeit zu

Grenzen und Konsens. Es zeigen sich Barrieren in den Gesprächen auf verbal-sprachlicher Ebene und bei Ansätzen/Methoden (P6, Pos. 63). Von zwei Fachkräften wird ein Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung und gesellschaftlichen Normen hergestellt. P5 sieht bei einer Klientin\* Lernschwierigkeiten als Grund für sexuelle Kontakte außerhalb der Beziehung: „Und DA hat man immer mal wieder mit ihr drüber gesprochen. Aber es war einfach auch schwierig durch die Lernbehinderung, dass sie das begreifen konnte, wollte.“ (P5, Pos. 49). P8 sieht einen Zusammenhang zwischen Beeinträchtigung und idealisierten Vorstellungen zu Partnerschaft, Heirat und Kindern (P8, Pos. 5).

Auch **Alter** beeinflusst Sexualität. P8 beschreibt die Relevanz des Alters von Frauen\* im Zusammenhang der geschichtlichen Entwicklung zu Geschlechtertrennung, Zwangssterilisationen und Tabuisierung von Sexualität:

„Das heißt, es waren Männer und Frauen durch eine Mauer getrennt innerhalb dieser Einrichtungen. Und das war ja auch tatsächlich eine Anstalt mit Zaun drum, wo keiner rauskam und auch nur kontrolliert jemand reinkam. Ja und in der einen Hälfte die Männer und in der anderen die Frauen. Und da gab es eben auch die Wach-Säle, die sozusagen / Das ist deswegen wichtig zu erwähnen, weil viele ältere Frauen eben ja Sexualität nur mit dem, was auch in den Geschichtsbüchern steht, dass sie eben zwangssterilisiert wurden, und eben dadurch auch Sexualität immer was Böses war oder was Schlimmes war oder was man nicht darf.“ (P8, Pos. 5).

Alter in Überschneidung zu Beeinträchtigung und Geschlecht sind Faktoren für Gewalterfahrungen: Ältere Frauen\* mit Behinderung haben wahrscheinlicher Gewalterfahrungen gemacht, insbesondere in geschlossenen Einrichtungen (ebd., Pos. 35). P8 berichtet, dass älteren Frauen\* sexuelle Bedürfnisse eher abgesprochen würden (ebd., Pos. 51). P6 beobachtet, dass jüngere Bewohnerinnen\* aufgeklärter seien (P6, Pos. 13-15).

### 5.3.2 Interpretation

Die Vielzahl sexueller Verhaltensweisen, die beobachtet und benannt werden, lässt auf Selbstbestimmung in der Ausübung von Sexualität in den Einrichtungen schließen. Partnerschaftliche Sexualität wird häufig benannt und ergibt vielfältige pädagogische Auseinandersetzungen und Handlungsfelder. Die Wahrung der Grenzen von Bewohner\*innen in der Konfrontation mit Sexualität und in sexueller Bildung sind pädagogisch relevant. Es spielen auch verschiedene nicht-genitale Formen von Sexualität eine Rolle. Kurzfristige sexuelle Kontakte werden beobachtet und insbesondere bei Bewohnerinnen\* teilweise kritisch eingeordnet. Sexualität ist nicht bei allen Bewohner\*innen relevant oder sichtbar. Solosexualität wird in Form von Masturbation beschrieben. Die Nutzung von Sexualassistenten, Sexualbegleitung und Sexarbeit wird von vielen Fachkräften in Einrichtungen ermöglicht.

Es wurden Einflussfaktoren für die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner\*innen erfasst. In den zentralen Bereichen *sexuelle Bildung, Zugang zu Sexualität und soziales Umfeld* wird gleichermaßen von positivem sowie negativem Einfluss berichtet. *Sexuelle Bildung* kann die



sexuelle Selbstbestimmung begünstigen durch konkrete Wissensvermittlung in Gesprächen und weiteren Angeboten. Die Fachkräfte berichten von Gesprächsangeboten und Wissensvermittlung. Gespräche und Beratung werden in der Regel nach Bedarf angeboten. Es wird vorwiegend Wissen zu den Themen Körper/Anatomie, lustvolle Sexualität, Aushandlungen in Partnerschaften und Konsens vermittelt. Diesbezüglich zeigen sich Bedarfe und Defizite seitens der Bewohner\*innen. Zwei Fachkräfte berichten von ausführlichen und intensiven pädagogischen Auseinandersetzungen zur Stärkung von Bewohnerinnen\*. Es wird ein positiver Effekt zwischen dem Zuwachs an Körperwissen, Selbstbewusstsein und Grenzen beschrieben. Durch die Vermittlung von Wissen zu Bedürfnissen, Liebe, Sexualität und Körperlichkeit werden Menschen mit Behinderung zum Erkennen von Grenzüberschreitungen befähigt (Ortland et al. 2016, S. 1086). Die Grundlage von Prävention bilden körperliche Identität, Empowerment und Selbstbestimmung, sexuelle Bildung ist damit auch Abwehr von sexualisierter Gewalt (ebd.). In Einzelfällen fördern Eltern die Selbstbestimmung ihrer Kinder, wenn sie Wissen und Zugänge ermöglichen. Stehen Eltern der Sexualität ihrer Kinder skeptisch oder vermeidend gegenüber, fördern die Fachkräfte durch sexuelle Bildung mit Eltern die Selbstbestimmung der Klient\*innen. Mitarbeitende unterstützen damit beim Recht auf sexuelle Selbstbestimmung gegenüber Angehörigen und rechtlichen Betreuer\*innen nach Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 33).

Eine *fehlende, unzureichende oder unprofessionelle sexuelle Bildung* stellt ein Hindernis für die Selbstbestimmung dar. Es wird von drastischen Wissenslücken bei den Bewohner\*innen zu Körper, Sexualität und Konsens berichtet, die einen erhöhten Bedarf an sexueller Bildung begründen. Fachkräften fehlen teilweise pädagogisches Fachwissen und geeignete Methoden insbesondere zum Thema Konsens/Grenzen. Unreflektierte Vorstellungen zu Beziehungsnormen (Monogamie, Treue, Heterosexualität) werden teilweise in Aussagen und pädagogischen Handlungen der Fachkräfte sichtbar. Die Mehrzahl der Befragten setzt entweder unbewusst Heterosexualität voraus oder diese wird vorwiegend in den Wohneinrichtungen gelebt. Diese Annahmen können die Bewohner\*innen in ihrer Sexualität behindern. Insbesondere Geschlecht und Beeinträchtigung werden von Fachkräften im Zusammenhang mit sexueller Bildung als relevant wahrgenommen. Die Beeinträchtigung wird mehrfach als Hindernis in der sexuellen Bildung thematisiert. Diesbezüglich werden Defizite bei der Vermittlung von Inhalten deutlich. In einigen Beispielen wird männliche Sexualität als natürlich, triebhaft und unkontrollierbar konstruiert. Dies wirkt sich auf die pädagogische Auseinandersetzung mit Übergriffen aus. Sexualisierte Übergriffe werden in den Zusammenhang zur Möglichkeit auf Sexualität gestellt: ermöglichte Sexualität verhindere Übergriffe, verhinderte Sexualität bedinge Übergriffe. Sexualisierte Gewalt ist aber vor allem eine Gewalttat,

die ihren Ausdruck in sexuellen Übergriffen findet. Dabei werden sexuelle Handlungen instrumentalisiert, um Gewalt und Macht über andere auszuüben (Chodan et al. 2021, S. 138; Stiftung Liebenau Teilhabe 2017, S. 7; Zartbitter Münster e.V. o.J.). In der (Nicht-) Erfüllung von sexuellen Bedürfnissen kann also nicht der Ursprung der Gewaltausübung gesehen werden. Das Vorgehen in diesen Fällen steht im Widerspruch zu Handlungsempfehlungen (Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. 2011; Stiftung Liebenau Teilhabe 2017). Die Verhinderung weiterer Übergriffe ist eine zentrale Intervention und relevant für die Aufarbeitung von Übergriffen. Es fehlt hier an pädagogischen Maßnahmen zu Übergriffen, Grenzen und Konsens. Neben inhaltlichen und pädagogischen werden auch strukturelle Herausforderungen sichtbar. Menschen mit Lernschwierigkeiten sind beim Zugang zu Wissen von Unterstützung abhängig. Ohne Bildungsangebote verschiedener Formen fehlt Austausch und Wissen zu diesem Lebensbereich. Dies kann Einfluss auf die Erfahrungen haben, die (nicht) gemacht werden. Ein hindernder Aspekt in Angeboten der sexuellen Bildung kann dann darin erkannt werden, wann und mit wem Gespräche geführt werden. Es existiert in den Einrichtungen kein regelgeleitetes Verfahren: In keiner Einrichtung gibt es regelmäßige Angebote der sexuellen Bildung für Bewohner\*innen. Alle Interviewten betonen, auf Bedarfe dann zu reagieren, wenn sie gezeigt würden. Die Handhabung von Beratung nach Bedarf kann als Hindernis eingeordnet werden, da kein Verfahren existiert, den Bedarf zu erfassen. Als Anlässe für Beratung benannt werden für die Fachkräfte sichtbare sexuelle Verhaltensweisen wie offene Masturbation, Partnerschaften und wenn Bewohner\*innen selbst das Gespräch suchen. Dies hat geschlechtsspezifische Auswirkungen, wenn insbesondere Bewohnerinnen\* ihre Sexualität eher verdeckt ausüben – was wiederum geschlechtsspezifisch bedingt sein kann. Wird kein für die Fachkräfte sichtbares Interesse an Sexualität gezeigt, wird keine sexuelle Bildung veranlasst. Es besteht aber ein Zusammenhang zwischen Wissen und Sexualität: Es braucht Zugang zu Wissen, damit Vorstellungen und Zugänge zu Sexualität entwickelt werden können (Specht 2022, S. 296-298). Es fehlen regelgeleitete Verfahren, Handlungsanweisungen oder Konzepte, wann und wie sexuelle Bildung stattfindet und durchgeführt wird. Dies kann Unsicherheiten begünstigen, wie in einzelnen Fällen zu verfahren ist. Haben Einrichtungen keine regelgeleiteten Verfahren oder Konzepte zur Umsetzung sexueller Bildung und Sexualität, sind Bewohner\*innen darüber hinaus abhängig von der Bereitschaft und Initiative der Teams und einzelnen Mitarbeiter\*innen. Es wird von einem Mangel an Zeit, Personal und Bereitschaft berichtet, was sich negativ auf die Umsetzung sexueller Bildung auswirkt.

Im zweiten Bereich *Zugang zu Sexualität* können ebenfalls begünstigende und hindernde Einflussfaktoren identifiziert werden. Der Zugang zu Sexualität kann begünstigt werden,

wenn Bereitschaft und Initiative seitens der Mitarbeiter\*innen sowie ausreichend Personal und Zeit vorhanden sind. In den Interviews werden verschiedene Zugänge zu Sexualität ermöglicht: Paarsexualität, Masturbation, Sexualassistenz, Sexualberatung, Unterstützung bei der Partnersuche. Durch diese Maßnahmen werden Teilhabemöglichkeiten erweitert entsprechend Leitlinie sieben und acht (Ortland et al. 2020, S. 46-48).

Die Fachkräfte berichten aber auch von *fehlenden Zugängen zu Sexualität*. Viele Bewohner\*innen haben keine romantische Beziehung, obwohl sie sich eine wünschen. Dies überschneidet sich mit der bisherigen Datenlage (Harand et al. 2022, S. 68–69; Ortland et al. 2016, S. 1087–1088; Schröttle et al. 2013, S. 51–54). Es wird berichtet, dass durch die Wohnform Teilhabebeschränkungen entstehen, da Kontakte außerhalb der Einrichtung beschränkt möglich sind. Bewohner\*innen sind teilweise in ihrer Bewegungsfreiheit eingeschränkt. Der Mangel an Zeit, Personal und Bereitschaft wirkt sich negativ auf den Zugang zu Aktivitäten außerhalb der Wohneinrichtungen und Sexualität aus. Dies bestätigt die Datenlage (Harand et al. 2022, S. 79). So ist die Partnersuche erschwert, was wiederum die Ausübung von Sexualität behindert. Die Leitlinien sieben und acht werden diesbezüglich nicht erfüllt (Ortland et al. 2020, S. 46-48). Hinsichtlich Zeit und Personal bedarf es an strukturellen Verbesserungen. Bei der Bereitschaft ließe sich durch ein Konzept bzw. regelgeleitetes Verfahren die Abhängigkeit von Einzelnen auflösen. Für die Fachkräfte spielen inhaltlich beim Zugang zu Sexualität Aushandlungen rund um Konsens und Einverständnis eine bedeutende Rolle. Fachkräfte können nicht unbedingt erkennen, ob Kontakte beidseitig gewollt seien. In diesem Zusammenhang werden auffällig häufig Unsicherheiten und Schutzbedürfnisse seitens der Fachkräfte sichtbar. Es werden pädagogische Herausforderungen im Schutzauftrag beschrieben, die teilweise in einer Verhinderung von Sexualität resultieren. Die temporäre Verhinderung zur Sicherstellung von Konsens scheint als Prävention pädagogisch begründbar, wenn infolgedessen pädagogisch mit den Beteiligten gearbeitet wird. Jedoch kann hier Willkür entstehen, wenn keinem regelgeleiteten Verfahren gefolgt wird. Insbesondere Geschlecht hat Einfluss auf den Zugang zu Sexualität. Sexualassistenz wird in den Einrichtungen nur für Männer\* angeboten und ermöglicht. Es gibt kein Beispiel einer Bewohnerin\* mit Sexualassistenz. Hierfür werden keine Erklärungen oder Begründungen gegeben. Es kann vermutet werden, dass Vorstellungen zu weiblicher Sexualität dazu führen, dass Bewohnerinnen\* das Angebot nicht unterbreitet wird. Auch könnten internalisierte Vorstellungen der Bewohnerinnen\* selbst verstärken, dass sie Sexualassistenz nicht als Option für sich sehen. Ein mangelndes Angebot der Sexualbegleitung für die Zielgruppe Frauen\* könnte die Sachlage verstärken. In einem Fallbeispiel wird die Ausübung von Sexualität aktiv verhindert (Klientin\* wechselnde sexuelle Kontakte). In der Bewertung durch

die beteiligten Fachkräfte spielt auch die wahrgenommene (Un-)Angemessenheit ihrer Partner\* eine Rolle. Dieser Grund wird auch in der Datenlage angeführt (Ortland et al. 2020, S. 36). Durch eine pädagogische Intervention (Umzug in ein Dorf), soll sie an dieser Sexualität gehindert werden. Dies stellt einen unzulässigen Eingriff in ihre sexuelle Selbstbestimmung nach Leitlinie eins dar und widerspricht reproduktiver Gerechtigkeit (Ortland et al. 2020, S. 27; Ross 2021, S. 19). Eine Fachkraft sieht einen Zusammenhang zwischen Alter, Zugang zu sexueller Bildung und Gewalterfahrungen. Institutionalisierte Geschlechtertrennung, Zwangssterilisationen, sexualisierte Gewalt und Tabuisierung von Sexualität werden als historische Bedingungen mit Einfluss in die Gegenwart benannt.

Eltern und gesetzliche Betreuung als *soziales Umfeld* abseits von Mitarbeiter\*innen behindern die sexuelle Selbstbestimmung. Seitens der Eltern wird wenig zu Sexualität und Anatomie aufgeklärt. Scham und Tabuisierung von Sexualität spielen in der Beziehung zu Eltern eine Rolle. Infantilisierung ist bei Grenzüberschreitungen und für die Tabuisierung von Sexualität relevant. Mehrfach wird beschrieben, wie Eltern körperliche Grenzen überschreiten. Die körperliche Autonomie der Bewohner\*innen wird dadurch verletzt. Fast alle Fachkräfte berichten, dass Eltern die alltägliche Lebensgestaltung beeinflussen, was Auswirkungen auf die sexuelle Selbstbestimmung hat. Es werden Übernachtungen reglementiert, bei der Sexualassistenz spielen Eltern bzw. gesetzliche Betreuung in der Organisation eine Rolle. Teilweise sind Eltern gesetzliche Betreuung. Die Bereiche soziale Kontakte, Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung fallen aber nicht in die rechtliche Betreuung (Zinsmeister 2012, S. 228). Zinsmeister wird bestätigt: Eltern verlangen häufig ein Mitspracherecht in höchstpersönlichen Angelegenheiten (Zinsmeister 2012, S. 229). Fachkräfte halten Eltern in der Doppelrolle oft ermächtigt dazu. Es werden Beispiele geschildert, bei denen die Kompetenzen von Eltern und gesetzlicher Betreuung deutlich überschritten werden. Das Einverständnis der gesetzlichen Betreuung wird mehrfach als maßgebend für eine Ermöglichung von Sexualassistenz gesehen, was fachlich unbegründet ist. Die unrechtmäßige Einflussnahme von Eltern und gesetzlicher Betreuung widerspricht sexueller Selbstbestimmung nach Leitlinie eins, Mitarbeiter\*innen unterstützen diesbezüglich Bewohner\*innen gegenüber Dritten nicht ausreichend entsprechend Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 27-33).

#### **5.4 Reproduktive Selbstbestimmung**

Die Kategorie erfasst, wie reproduktive Selbstbestimmung in den Wohneinrichtungen gehandhabt wird. Sie besteht aus den Subkategorien SSV (1), Kinderwunsch (2), Heirat/Verlobung/Zusammenziehen (3), sexuelle Gesundheit (4). Die Subkategorie SSV wurde unterteilt in: Formen, Anlass, Einflussfaktoren, Entscheidungsprozess und Differenzkategorien.

### 5.4.1 Deskription

**(1) Schwangerschaftsverhütung:** Es wurden Formen der SSV, angeführte Anlässe zur SSV, Einflussfaktoren, der Entscheidungsprozess und Differenzkategorien erfasst. Als **Formen** wurden Pille, Kondom, Spirale, Dreimonatsspritze, Diaphragma und Sterilisation genannt:

SSV-Mittel	Häufigkeit	Quelle
Pille	Von fast allen genannt, mindestens eine Klientin*, i.d.R. mehrere	P1, Pos. 31, 33; P2, Pos. 17; P3, Pos. 13; P4, Pos. 9, 43; P5, Pos. 49; P6, Pos. 13; P8, Pos. 43
Kondom	Fünf Mal benannt	P2, Pos. 58-59; P3, Pos. 13; P5, Pos. 31, 49; P7, Pos. 43; P8, Pos. 67
Hormon-/Kupferspirale	Drei Mal benannt	P2, Pos. 17, 47; P5, Pos. 49; P7, Pos. 11, 43
Dreimonatsspritze	Zwei Mal benannt	P2, Pos. 15, 17, 47; P3, Pos. 13
Sterilisationen	Zwei Mal benannt	P5, Pos. 39; P7, Pos. 7, 35
Diaphragma	Einmal benannt	P1, Pos. 33

Table 3: Formen von SSV-Mitteln

Als **Anlass** für den Einsatz von Verhütungsmitteln werden angeführt: *Partnerschaften, gelebte Sexualität, Angst vor Vergewaltigung, Schwangerschaft/-abbruch, Menstruationsbeschwerden* und *Angst vor Vererbung einer Beeinträchtigung*.

Überwiegend veranlassen *Partnerschaften* und *gelebte Sexualität* die Auseinandersetzung mit SSV. Wenn romantische Beziehungen bestehen und Partner\* bei Klientinnen\* übernachten (wollen), wird SSV besprochen und/oder veranlasst (P1, Pos. 11; P4, Pos. 21; P8, Pos. 43). P7 beschreibt, dass früher bei bloßer Existenz von Partnerschaft Frauen\* konsequent sterilisiert wurden (P7, Pos. 7). Durch Partnerschaft in Kombination mit einem angedeuteten Kinderwunsch entsteht eine Dringlichkeit zur SSV (P8, S. 45). In den angeführten Beispielen gab es seitens der Fachkräfte kein Wissen zu gelebter Sexualität in den Partnerschaften. Nur P6 differenziert: in einer Beziehung finde keine genitale Sexualität statt, deshalb wurde keine SSV veranlasst (P6, Pos. 47). Besteht eine Partnerschaft und Hinweise auf gelebte Sexualität, wird ein Schutzbedürfnis formuliert: „Ok, auf jeden Fall erst mal die Pille weiter, weil da auf der Ebene müssen wir uns absichern [...].“ (ebd., Pos. 45). P5 beschreibt, dass aufgrund einer Partnerschaft mit vermuteter Sexualität über SSV gesprochen wurde (P5, Pos. 31). Bei *gelebter Sexualität mit wechselnden Partner\*innen* wird ein deutlicher Anlass für den Einsatz von SSV bei Bewohnerinnen\* gesehen (P3, Pos. 13; P5, Pos. 49; P7, Pos. 43).

Entstandene *Schwangerschaften* werden als Anlass genannt, Verhütungsmittel zu diskutieren und einzusetzen. P3 berichtet zu einem Bewohner\*, dass dieser ein ungewolltes Kind und keinen Kontakt zu diesem habe. Seine jetzige Partnerin\* sei schwanger, es sei unklar, wie er dazu stehe. Die Schwangerschaft wurde zum Anlass genommen, mit ihm zu SSV ins Gespräch zu gehen (P3, Pos. 39). Zu einer Klientin\* berichtet sie, dass ein zweiter Abbruch Ausgangspunkt für die Auseinandersetzung mit SSV war (ebd., Pos. 13). P2 schildert, dass

die Mutter\* einer Klientin\* aus *Angst vor Vergewaltigung* und daraus entstehender Schwangerschaft die Klientin\* mit Depotspritze verhüten lies (P2, Pos. 47). Nur in zwei Fällen von SSV äußern Bewohnerinnen\* (momentan) keinen Kinderwunsch zu haben, beide nutzen deshalb langfristige SSV (P3, Pos. 13; P7, Pos. 11).

Zwei Fachkräften schildern, hormonelle Verhütung werde eingesetzt, damit die *Menstruation ausbleibt*. Bei P2 wolle eine Klientin\* ihre Menstruation nicht haben, damit sie jederzeit schwimmen könne (P2, Pos. 15). Bei P6 fühlte sich die Klientin\* bei der Menstruation nicht gut, die Gynäkologin\* riet zur SSV, damit die Menstruation ausbleibe (P6, Pos. 13).

Bei einer Klientin\* mit Neurofibromatose wird SSV veranlasst, weil im Falle einer Schwangerschaft die *Beeinträchtigung vererbt* werden könne. Die Mitarbeiter\*innen raten konkret davon ab, Kinder zu bekommen:

„[...] Neurofibromatose ist eine Erbkrankheit, die immer weiter vererbt wird und die zu starken Missbildungen, aber auch zu starken, ich sag mal, Tumoren führen kann. [...] Und da kann es so ab dem 18. Lebensjahr losgehen, dass plötzlich sich irgendwelche Geschwulste an Armen, Beinen oder sonstigen Extremitäten oder Körperstellen entwickeln. Und die junge Dame hatte das und da musste man natürlich intensiv mit ihr im Gespräch sein, dass es nicht sinnvoll ist, dass sie ein Kind bekommen wird, weil sie das zu 100 % weitervererben wird. [...] Und die junge Frau war tatsächlich sexuell sehr aktiv. Sie hatte wirklich so ja quasi jedes Wochenende einen anderen und dadurch das / war einfach die Spirale.“ (P5, Pos. 49).

Es wurden **Einflussfaktoren** für den Einsatz und die Auswahl von SSV-Mitteln gefunden. Maßgeblich sind Fachkräfte in ihrer pädagogischen Begleitung, weswegen dies in der Sub-Subkategorie Entscheidungsprozess beschrieben wird. Weitere Einflussfaktoren sind: *Eltern, gesetzliche Betreuung, Gynäkolog\*innen, Zeit, Kosten* und *Differenzkategorien*.

P4 beschreibt, dass Eltern (in der Regel als gesetzliche Betreuung), die Mitarbeiter\*innen und die Person selbst im Entscheidungsprozess zur SSV beteiligt seien (P4, Pos. 45). P2 betont die ausschlaggebende Rolle von *Eltern* (P2, Pos. 51). Eine Mutter\* ohne gesetzliche Betreuung hat von Gynäkolog\*innen vertrauliche Informationen zur erwachsenen Tochter erlangt (ebd.). Bei einer anderen Klientin\* veranlassen die Eltern SSV (ebd., Pos. 47). P7 beschreibt, wie Eltern die Sterilisation der Tochter\* verschwiegen haben. Sie verboten P7 mit der Klientin\* darüber zu sprechen. P7 nimmt an, sie müsse sich an die Anordnung halten:

„Die sagte: ‚Das muss sie nicht wissen.‘. Und ich sage: ‚Naja, wenn sie aber einen Familienwunsch HAT, dann ist es doch schrecklich, ihr diese Informationen nicht zu geben.‘ - ‚Nein, das wird sowieso nicht passieren, dass sie eine Familie gründen kann oder will, [das] würde ich eh nicht zulassen! Also von daher.‘.“ (P7, Pos. 41).

Auch P6 beschreibt den Einfluss von Eltern: eine Klientin\* würde von den Eltern nicht als Erwachsene betrachtet, das Thema Sexualität werde ausgeblendet und trotzdem präventiv verhütet (P6, Pos. 47). Bei zwei anderen Klientinnen\* zeigen sich die Eltern offener, sie vermutet, sie würden nicht präventiv verhüten, falls eine Beziehung zustande käme (ebd.). Die Doppelrolle *Eltern – gesetzliche Betreuung* vergrößert den Einfluss von Eltern (P1, P6).

P6 beschreibt, wie diese teilweise zu Verletzungen der Privatsphäre führe, da intime Informationen weitergegeben wurden. Sie betont, dass letztendlich die Klientin\* entscheide:

„Ähm, also bei den drei Personen hat die gesetzliche Betreuung in der Gesundheitsfürsorge haben die Eltern jeweils. Trotzdem würden die ja nicht die Entscheidung treffen. Also ich meine, die Person kann ja trotzdem zum Arzt gehen und sich die Pille verschreiben lassen oder eben absetzen lassen. [...] Das ist schon immer die Fragestellung: Wie viel müssen Angehörige wissen? Welches recht haben sie, ähm, Sachen über die Intimität ihrer Kinder zu wissen? [...] Ähm, weil halt viel über Menschen gesprochen wird und wenig mit ihnen.“ (P6, Pos. 49).

P1 beschreibt die zentrale Rolle einer Mutter\* als gesetzliche Betreuung für den Prozess zur SSV. Mit der Mutter\* und der Klientin\* wurde über SSV gesprochen. Beim Gynäkolog\*innen-Termin waren die Klientin\*, die Mutter\* und eine Mitarbeiterin\* anwesend. Es wird nicht deutlich, ob und wie die Klientin\* die Gestaltung des Termins entscheiden konnte (P1, Pos. 31). Fachkräfte in der Einrichtung würden eine vermittelnde Position zwischen gesetzlicher Betreuung und Klient\*innen einnehmen. Es würden Wünsche und Einstellungen zu SSV bei Klient\*innen abgefragt. Diese würden an die gesetzliche Betreuung vermittelt, um die Wünsche zu ermöglichen. Im Widerspruch zu P6 betont P1 aber, dass letztendlich die *gesetzliche Betreuung* über die SSV entscheide (ebd., Pos. 35). P5 betont, dass die gesetzliche Betreuung keine Entscheidung gegen den Willen der Klientin\* treffen dürfe (P5, Pos. 53). Nur eine Fachkraft beschreibt, dass eine externe gesetzliche Betreuung ihrer Beratungsfunktion nachkomme (P5, Pos. 53). P2 bemängelt Desinteresse der Betreuung:

„Den gesetzlichen Betreuern scheint mir mal alles ein bisschen egal zu sein. [...] na ja, das ist ein bisschen wie so eine Akte einfach. Na also, die haben da keinen Schmerz mit, oder denen ist es auch egal. Die stempeln was ab oder geben Gelder, aber geben da jetzt keine Hinweise oder keine aufklärenden Gespräche noch mal den Klient\*innen mit, was denn ihr Recht ist oder was nicht. Das erfolgt dann eher hier. Aber mit am meisten involviert sind wirklich einfach die Eltern.“ (P2, Pos. 51).

Als weitere maßgeblich einflussnehmende Personengruppe werden *Gynäkolog\*innen* genannt. Bei P6 rät die Gynäkologin\* aufgrund von Menstruationsbeschwerden aus medizinischer Sicht zur Pille, die Pille solle ohne Pause genommen werden, damit die Blutung ausbleibe (P6, Pos. 13). Später rät die Ärztin\* das Gegenteil: die Klientin\* solle regelmäßig die Regelblutung bekommen. Die Pille wird mit Pause genommen, obwohl die Klientin\* davon belastet scheint (ebd., Pos. 45). Bei P2 rät die Gynäkologin\* von einer Schwangerschaft mit Verweis auf ihr Alter ab. Die Fachkraft vermutet noch andere Gründe:

„[...] da hat die Ärztin dann aber auch gesagt: ‚Naja, aber jetzt mit 37 ist das schon langsam eine Risikoschwangerschaft. Das kann sie schon gar nicht mehr unterstützen.‘. Weil sie eben die Patientin auch schon sehr, sehr lange kennt und auch den kognitiven Stand mitbekommen hat und wie FAHR-LÄSSIG sie mit ihrem Körper umgeht. Ist das schon von den Seiten der Ärztin auch wenig, dass sie das supporten könnte. Was ich auch SCHWIERIG finde, so ne? Aber ich bin da auch sehr, sehr hin- und hergerissen.“ (P2, Pos. 47).

P8 beschreibt, dass Ärzt\*innen bei Menschen mit Lernschwierigkeiten sofort zur Verhütung raten (P8, Pos. 55). Sie schildert, wie ein Klient\* tendenziös beraten wurde mit dem Verweis auf ein vermeintliches Risiko der Vererbung: „Und dann sagt er: ‚Ja, Sie wissen aber, dass zu 60%, wenn Mutter und Vater geistig eingeschränkt oder psychiatrisch krank sind, eben

das Kind auch psychiatrisch krank wird.’ und also für mich klang das wie ein Abraten ein Kind zu bekommen.“ (ebd., Pos. 43). P3 verlässt sich bei Verhütungsmitteln auf die Empfehlung der Gynäkologin\*, die sehr einfühlsam sei (P3, Pos. 27). Sie versichert, dass die Ärztin\* „[...] da auch jetzt nicht irgendwie was über hilft oder so, wo man jetzt keine Sorge haben muss, dass Sie jetzt irgendwas verschreibt, was irgendwie keine gute Idee ist oder so.“ (ebd., Pos. 29). Auch P7 betont, eine fachlich kompetente und einfühlsame Gynäkologin\* gehabt zu haben, die freundlich und zugewandt auf die Klientinnen\* eingegangen sei und sich Zeit genommen habe (P7, Pos. 47).

Als weiteren Einflussfaktor nennt P2 die *zeitliche Entwicklung*: Vor zehn Jahren war die Dreimonatsspritze das Verhütungsmittel der Wahl, was sich zur Pille hin verändert habe (P2, Pos. 15-17). Darüber hinaus seien *Kosten* ein Faktor: Es werde das Mittel genutzt, das kostenfrei für Menschen mit wenig Einkommen zur Verfügung gestellt würde. Dies habe zu Veränderungen im Einsatz von SSV-Mitteln geführt. Die Veränderung von Dreimonatsspritze zur Pille stehe mit der Kostenübernahme im Zusammenhang (ebd., Pos. 15-19). P3 beschreibt, dass aus Kostengründen eher nicht die Spirale, sondern die Pille genutzt werde (P3, Pos. 25). P7 beschreibt den Zusammenhang zwischen geringen finanziellen Mitteln und dem Einsatz von Kondomen: Klient\*innen seien in der Regel Sozialhilfeempfangende und würden ihr wenig Geld für andere Dinge ausgeben. Sie plädiert für kostenlose Verhütungsmittel in Einrichtungen (P7, Pos. 45).

Weitere Einflussfaktoren können in den *Differenzkategorien Beeinträchtigung, Alter und Geschlecht* identifiziert werden. Es werden vermehrt Einnahmeschwierigkeiten der Pille beschrieben. Diese werden von den Fachkräften im Zusammenhang der *Beeinträchtigung* gedeutet. P3 nennt Schwierigkeiten bei der regelmäßigen Einnahme der Pille als Grund für den Wechsel zur Dreimonatsspritze (P3, Pos. 13). P3 sieht ein fehlendes Grundverständnis zur Wirkweise und Einnahme bei einer anderen Klientin\*:

„Und das ist eigentlich immer dauerhaft Thema, das wir immer mit dir besprechen. Dann erzählt sie ‚Ich habe es am Wochenende wieder vergessen. Kann ich jetzt drei Pillen nachnehmen?‘ Und dann muss man erst mal erklären: ‚Ne, das geht eben nicht. Und wenn du jetzt kein Verkehr hattest, dann ist das in Ordnung, dann lass sie einfach weg und nimm dann erst die nächste, die ansteht. Aber jetzt nicht drei hintereinander, also drei auf einmal nehmen.‘ Und ja, hat eigentlich dauerhaft das Thema, dass sie immer wieder auch Zwischenblutungen hat und einfach nicht so richtig in den Rhythmus kommt, weil diese regelmäßige Einnahme gar nicht gewährleistet werden kann.“ (ebd.).

Die Pillen-Pause stelle eine besondere Herausforderung dar (ebd.; P5, Pos. 49). P5 berichtet von einem fehlenden Grundverständnis: „Sie brauchte auch Medikamente für ihre Kuscheltiere, weil sie ja Tierärztin gespielt hat und so, und dann haben wir uns gesagt, wir müssen da was finden, was sicherer ist, um auch sie zu schützen und auch die potenziellen Männer.“ (P5, Pos. 49). P1 bezweifelt, dass eine Klientin\* kognitiv die Folgen einer Schwangerschaft abschätzen könne (P1, Pos. 31). Einige Klient\*innen wüssten nicht, ob sie verhüten (P3, Pos.



37). P3 beschreibt, dass eine Klientin\* die Schwangerschaft lange nicht bemerkt habe, da ihr das Körpergefühl für Anzeichen einer Schwangerschaft gefehlt habe und sie die Menstruation zeitlich nicht einordnen konnte. Die Klientin\* habe sich für einen Abbruch entschieden, anschließend wurde SSV thematisiert. Es habe ihr am Verständnis für die Verwendung von Kondomen und an Selbstbewusstsein die Verwendung zu verlangen gefehlt (ebd., Pos. 13). Bewohner\*innen würden bei Gynäkolog\*innen-Terminen Zusammenhänge und Erklärungen u.a. zur Medikamenteneinnahme falsch verstehen (P3, Pos. 27, 47). Aus den beschriebenen Gründen begleiten Mitarbeiter\*innen den Prozess zur SSV eng, auch Gynäkolog\*innen-Termine werden in der Regel begleitet (P1, Pos. 31; P2, Pos. 47; P3, Pos. 47; P5, Pos. 49; P6, Pos. 49; P7, Pos. 25; P8, Pos. 41). P3 sieht sich als Übersetzerin\* bei Terminen. Aufgrund des fehlenden Zeit- und Körperempfindens brauche es Begleitung durch Gespräche, Kalender/Apps zum Zyklustracking (P3, Pos. 47). P3 benennt: „Ich finde es immer so schwierig, das als Hindernis zu bezeichnen, aber natürlich, die kognitiven Beeinträchtigungen sind dann schon ein Hindernis, also bestimmte.“ (ebd.). P7 beschreibt, dass sich die Beeinträchtigung auf die Selbstbestimmung auswirke:

„Aber die Selbstbestimmung haben sie NUR, wenn ICH das ordentlich vorbereite, dass sie eine Selbstbestimmung haben KÖNNEN, weil die können sich das nicht selber zusammensuchen. In der Regel nicht. (I: Ja.) Und [es] kommt eben immer auf den Grad der Einschränkung an. (I: Ja.) Und selbst DAS kann man nicht bestimmen. Das kann ich NUR, wenn ich wirklich einen Kontakt zu der Person gegenüber habe und dann kann ich Vorschläge machen.“ (P7, Pos. 49).

Das *Alter* beeinflusst SSV: Sterilisationen werden in der Vergangenheit (vor dreißig Jahren) beschrieben. Sterilisierte Frauen\* seien somit i.d.R. älter (P7, Pos. 7). Verhütung würde nicht thematisiert, wenn Frauen\* älter und damit in der Menopause seien (P6, Pos. 43-45).

Das *Geschlecht* beeinflusst SSV in mehrfacher Hinsicht. Die Interviewfragen nach Verhütung wurden bewusst nicht auf Frauen\* verengt, sondern offen gestellt. P2 und P5 berichten als einzige von sich aus Fallbeispiele, bei denen Männer\* zu SSV beraten wurden. P5 berichtet als erstes Beispiel zur SSV, er habe einen Bewohner\* beraten: Gespräche geführt, Kondome stellvertretend gekauft und Übungen zur Anwendung von Kondomen durchgeführt (P5, Pos. 31). P5 betont, dass Verhütung mit Bewohnern\* immer bei Bedarf thematisiert würde (ebd., Pos. 59). Trotzdem schließt er an: „[...] also oft spielt ja Verhütung vermehrt bei Frauen eine Rolle, weil da ist halt Pille und so etc. pp. Bei den Männern hier (..) kommt es darauf an, wenn die eine Partnerin haben, spricht man drüber, wenn da starkes Interesse ist.“ (ebd., Pos. 35). Auch P1 verortet das Thema Verhütung bei Bewohnerinnen\*, bei Bewohnern\* sei das Thema nicht so präsent. Als Begründung gibt P1 an: Verhütungsarbeit werde gesellschaftlich auf Frauen\* verlagert. Es brauche progressive Aufklärung in der Hinsicht, auch in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung (P1, Pos. 39). P4 kann keine Aussage geben ob und wie mit Bewohnern\* SSV besprochen werde (P4, Pos. 56-59). Zwei

Fachkräfte schildern, wenn bei Bewohnern\* keine Partnerschaft bestünde, werde Verhütung nicht thematisiert (P1, Pos. 39; P6, Pos. 59). Wenn Verhütungsmittel thematisiert werden, wird mit Bewohnern\* die Kondomnutzung besprochen und geübt (P2, Pos. 58-59; P5, Pos. 31; P7, Pos. 45; P8, Pos. 67). Werden Kondome mit Bewohnerinnen\* besprochen, geschieht dies bei wechselnden Partnern\* und Schutz vor STIs (P5, Pos. 49; P7, Pos. 43) und zum Zweck der SSV (P3, Pos. 13). Sterilisationen betreffen überwiegend Frauen\*, einige wussten nicht von dem Eingriff (P7, Pos. 35). P5 berichtet von einer freiwilligen Sterilisation eines Bewohners\* (P5, Pos. 39). P4 beschreibt zu einer trans\* Person mit SSV: Die Gleichzeitigkeit von *er*-Pronomen und die Einnahme der Pille lösten Irritationen bei Kolleg\*innen aus. P4 bemängelt fehlendes Wissen und Bewusstsein im Team für kompetente pädagogische Begleitung (P4, Pos. 61-65).

Zum **Entscheidungsprozess** zur SSV wurden die Wechselwirkungen zwischen der pädagogischen Begleitung durch Mitarbeiter\*innen und der Grad an Selbstbestimmung in der Entscheidung von Klient\*innen betrachtet. Es finden sich Unterschiede im Ablauf und den Vorgehensweisen der Fachkräfte. In der Regel wurden Gespräche mit Klientinnen\* zu SSV-Mitteln geführt (P1, Pos. 31; P5, Pos. 33, 39; P7, Pos. 43, 47). Teilweise wurden verschiedene SSV-Mitteln vorgestellt und darüber informiert (P5, Pos. 33; P7, Pos. 43). P5 erklärte einem Bewohner\* ausführlich das Verfahren einer Vasektomie (P5, Pos. 39). P7 vermittelt Funktionsweisen und Körperwissen, um eine informierte Entscheidung zu ermöglichen:

„Da kommt es ja auch immer darauf an, wie du auf den Klienten eingehst. Ich habe in WGs gearbeitet, wo ganz klar erklärt wurde: Wie funktioniert das? Wie geht das? Was passiert da überhaupt in deinem Körper, wenn du die Pille nimmst? Was passiert in deinem Körper, wenn du eine Verhütungsspirale nimmst? Was ist denn da in deinem Körper? Dass das nicht so FREMD von außen irgendwie ist. DA haben wir immer viel Wert daraufgelegt, das wirklich zu erklären.“ (P7, Pos. 47).

Eine Klientin\* von P3 kümmere sich eigenständig um die Pille danach, wenn sie ungeschützten Sex hatte. Die Mitarbeitenden würden nur darüber informiert (P3, Pos. 23). Einige Fachkräfte betonen die Relevanz der Wünsche der Klient\*innen bei der Entscheidung. P1 fragt ab, was der Wunsch und die Einstellung zur SSV sei (P1, Pos. 35). P2 beschreibt, dass sie vor der Verlängerung der Spirale proaktiv mit einer Klientin\* diskutiere, ob sie die Verlängerung oder Kinder wolle. Sie benennt aber Widerstände: dem geäußerten Kinderwunsch stehe sie eher voreingenommen gegenüber (P2, Pos. 47). P3 und P5 geben an, dass hauptsächlich die Klientin\* entscheide (P3, Pos. 27; P5, Pos. 53). P7 beschreibt den Entscheidungsprozess differenziert: Sie betont die Vorbereitung der Entscheidung, beschreibt den Prozess als voraussetzungsvoll und in der Selbstbestimmung abhängig von der Begleitung und Meinung der Mitarbeiter\*innen:

„Ich glaube NICHT, dass es WIRKLICH die Entscheidung des einzelnen Klienten war. Sondern letztendlich war ich quasi da die Person, mit der er zusammen rausgefunden hat, was ICH dachte, was das Richtige für die Person ist. Da müssen wir auch mal ehrlich sein. Also, Selbstbestimmung ja, ganz klar. Aber die funktioniert nur bis zu einem gewissen Grad. [...] was ich erlebt habe, war, dass ich

wirklich ja im Vorfeld gearbeitet habe mit den Klienten und dann quasi was vorgeschlagen habe, was ich für richtig hielt. Und dann gab es ja auch eine Beziehung, eine Arbeitsbeziehung, und dann sind die Leute mir in der Regel auch gefolgt, weil sie eben die Erfahrung mit mir gemacht haben, dass ich verlässlich bin und dass ich ihnen zugewandt bin. Und das ist dann letztendlich das, wo ich zwar eine Entscheidung über eine andere Person oder Belange einer anderen Person für richtig halte und die dann letztendlich auch passieren. [...] Wenn ich etwas DURCHSETZEN muss, dann ist das ja Kampf, dann kann das für mein Gegenüber nicht richtig sein. Ja, also sowas habe ich natürlich nicht gemacht, wenn ein Kampf stattfand: ‚Ne, will ich aber nicht!‘. Na, dann ist das auch in Ordnung [...] Aber die Selbstbestimmung haben sie NUR, wenn ICH das ordentlich vorbereite, dass sie eine Selbstbestimmung haben KÖNNEN, weil die können sich das nicht selber zusammensuchen.“ (P7, Pos. 47-49).

Bei P6 und P8 werden ebenfalls Ambivalenzen zur Selbstbestimmung im Entscheidungsprozess deutlich. P8 betont, dass sie in Gesprächen mit Klient\*innen ihre Sicht und Meinung schildere (P8, Pos. 55-57). Auch P6 stellt die zentrale Rolle der Fachkräfte heraus: Mitarbeitende würden die Entscheidungen tragen und Situationen einschätzen. Sie begleiten Termine bei Ärzt\*innen und würden dort Rückmeldungen geben: „Also ich denke, es hängt sehr viel von der Perspektive der Mitarbeiter\*innen ab.“ (P6, Pos. 49). P3 macht deutlich, dass das Gespräch zu SSV gesucht würde, wenn Schwierigkeiten wahrgenommen würden. Als Beispiel gibt sie an, dass nach dem zweiten Schwangerschaftsabbruch proaktiv eine längerfristige SSV diskutiert und veranlasst wurde. Dies sei auch der Wunsch der Klientin\* gewesen. Sie betont, dass niemanden SSV auferlegt würde (P3, Pos. 23). P6 reflektiert, dass die SSV einer Klientin\* jahrelang von den Mitarbeitenden verlängert wurde. Vor zwei Jahren wurde überprüft, ob die SSV noch angemessen sei (P6, Pos. 45). Bei der Klientin\* mit Neurofibromatose wurde von Seiten der Mitarbeitenden das Thema SSV initiiert. In den Aussagen wird deutlich, dass die Haltung der Mitarbeitenden zu einer möglichen Schwangerschaft maßgebend war. Die Beratung folgte einer eugenischen Argumentation:

„Und die junge Dame hatte das und da musste man natürlich intensiv mit ihr im Gespräch sein, dass es nicht sinnvoll ist, dass sie ein Kind bekommen wird, weil sie das zu 100 % weitervererben wird. [...] Und mit der Klientin wurde lange gesprochen, viel gesprochen, auch viel vom Frauenarzt beraten, so dass man letztendlich bei ihr eine Spirale legen konnte. [...] Sie hat dem auch zugestimmt. Sie hat es dann auch im Endeffekt eingesehen.“ (P5, Pos. 49).

P5 schildert, die Klientin\* hätte entschieden, keine Kinder bekommen zu wollen:

„Und sie hat dann auch irgendwann gesagt: ‚Ja, ich darf ja keine Kinder kriegen, das ist schon, weiß ich ja mittlerweile.‘ [...] Also NICHT DÜRFEN ist jetzt schwierig, ist jetzt schon ein bisschen übertrieben gesagt, aber sie hat es für sich entschlossen: ‚Ich darf keine Kinder kriegen.‘, über Beratung, weil einfach die Chance, dass das Kind stark behindert ist, viel zu groß ist. Und sie hätte auch gar nicht, sie hätte es auch nicht geschafft, mit einem Kind umzugehen in ihrer Situation.“ (ebd., Pos. 53).

P5 berichtet von Kolleg\*innen, die Entscheidungen für Klient\*innen zur SSV treffen würden. Er selbst nimmt sich davon aus: Entscheidungen für Klient\*innen zu treffen sei übergriffig, wenn die Entscheidung nicht vollständig verstanden werden könne (ebd., Pos. 57). Er stellt dies in den historischen Zusammenhang zu Zwangssterilisationen (ebd.).

Teilweise haben Klientinnen\* kein Wissen über den Einsatz von Verhütungsmitteln. Bei P6 weiß die Klientin\* seit sieben Jahren nicht, dass sie wegen Menstruationsbeschwerden die

Pille einnimmt: „Und sie hat auf jeden Fall kein Verständnis dafür, dass sie diese Pille einnimmt und warum sie die einnimmt, so.“ (P6, Pos. 13). P6 gibt an, der Schutz vor Schwangerschaft sei hier wichtiger als die Selbstbestimmung genommen worden. Auch P2 betreut Klientinnen\*, die nicht von ihrer SSV wissen, sie somit auch nicht selbstbestimmt entscheiden haben können: „[...] die können aber auch nicht abschätzen, was es bedeutet, wenn sie nicht verhüten. So, ne. Es ist ein sehr schwieriges Thema, dann teilweise: wo greift der Paternalismus und wo ist da auch der eigene Wunsch von denen respektiert worden?“ (P2, Pos. 15). P2 schildert, dass in einer anderen Einrichtung einer Klientin\* SSV trotz geäußertem Kinderwunsch ohne ihr Wissen verabreicht wurde: Die Klientin\* hält die dreimonatige Spritze für eine Impfung. P2 sieht dies als grobe Körperverletzung (ebd., Pos. 21). P7 berichtet aus der Vergangenheit von erwachsenen Frauen\*, bei denen Eltern über ihre Sterilisation entschieden haben (P7, Pos. 7). Einige wurden ohne ihr Wissen unter Angabe anderer Operationen sterilisiert. Auch im Nachhinein wurde es vorenthalten:

„In der Regel waren die Frauen sterilisiert. Einige wussten das auch nicht. [...] In der Regel war es dann so, wurde immer gesagt ‚Oh, du hast eine Blinddarmentzündung!‘ und dann wurde der Blinddarm rausgenommen und gleichzeitig die Eierstöcke abgebunden. Also das war immer so der Standardablauf. Also alle Frauen, die eine Blinddarmnarbe hatten, war klar, die waren sterilisiert. [...] Und das war dann oft auch ein Thema mit Eltern, wo die nicht ran wollten, weil sie dann eben sagen mussten: ‚Die ist sterilisiert und sie weiß es aber nicht.‘“ (ebd., Pos. 35).

**(2) Kinderwunsch:** Der Umgang mit Kinderwunsch steht in engem Zusammenhang zu SSV, beide Subkategorien beeinflussen sich gegenseitig. Der Fokus der Subkategorie Kinderwunsch liegt auf dem pädagogischen Umgang mit angedeutetem, geäußertem und umgesetztem Kinderwunsch von Bewohner\*innen. Die meisten Aussagen zum Kinderwunsch werden über Bewohnerinnen\* getroffen. Zwei Fachkräfte benennen, dass eine Bewohnerin\* keinen Kinderwunsch habe (P3, Pos. 13; P7, Pos. 11). P1 wisse nicht, ob Klient\*innen einen Kinderwunsch haben (P1, Pos. 33). P3 betont, dass der Kinderwunsch eine Rolle bei der Auswahl von SSV-Mitteln spiele und deshalb weniger langfristige Methoden genutzt würden: „[...] und viele wissen auch gar nicht, wann wollen sie Kinder, wollen sie überhaupt Kinder? Und das ist ja doch so ein bisschen längerfristige Entscheidung.“ (P3, Pos. 25). P7 und P8 berichten von einer Sehnsucht nach Familie in Form von idealisierten Vorstellungen und Puppen als Ersatzkindern (P7, Pos. 25; P8, Pos. 17). P7 berichtet von Klientinnen\*, die ihren Kinderwunsch nicht realisieren konnten aufgrund von Sterilisation (P7, Pos. 7). Sie sieht einen Zusammenhang zwischen dem unerfüllten Kinderwunsch und den Puppen (ebd.). P2 berichtet von der Klientin\* einer anderen Einrichtung, bei der ohne ihr Wissen die Dreimonatsspritze verabreicht wird: Ihr Kinderwunsch wird konkret verhindert (P2, Pos. 21).

Die Vorstellungen von Mitarbeitenden können die Umsetzung eines Kinderwunsches behindern (P2, P6). P6 schildert, dass viele Mitarbeitende Kinder nicht als Perspektive für Klient\*innen sehen (P6, Pos. 25). P2 berichtet, dass eine Klientin\* den Kinderwunsch im Streit

mit der Mutter als Druckmittel einsetze: „Weil sie weiß genau, das würde / ihre Mutter macht das fuchsig. Und immer um sich gegen ihre Mutter zu wehren, sagt sie manchmal ‚Ich möchte jetzt ein Baby haben.‘“ (P2, Pos. 47). P2 schätzt den geäußerten Kinderwunsch nicht als ernsthaft ein und stellt dies auch in den Kontext ihrer Beeinträchtigung (ebd.). Es ist eine Ambivalenz in der Haltung der Pädagogin\* sichtbar, Paternalismus spielt in der Einschätzung der Situation eine Rolle. Sie erlebt die Klientin\* als mit sich überfordert, fahrlässig im Umgang mit Alkohol und mit dem eigenen Körper (ebd.) Die Fachkraft scheint erleichtert: „Aber sie hat zum Glück keinen ernsthaften Wunsch für Kinder, also das ist dann wieder weg. Und wenn sie mit Mutti wieder im Reinen ist, dann ‚Nee, das möchte ich gar nicht. Das ist ja ganz schön anstrengend, Kinder.‘“ (ebd.). Sie benennt Widerstände:

„Ja, also es ist dann immer ganz schön schwierig einzuschätzen: ist das jetzt ein echter Wunsch? Muss ich jetzt hier all meine eigenen, mein persönliches Gefühl dazu beiseite packen und diesen Wunsch einfach ernst nehmen? Und mit ihr jetzt gerade, wo die Spirale ausläuft, dann noch mal mit ihr thematisieren ‚[Name Bewohnerin], wie ist das denn jetzt noch mal? Ist der Wunsch noch da oder nicht? Möchtest du verlängern oder nicht?‘. So, da muss man schon manchmal auch über seinen eigenen Schatten springen, gerade wenn es um das Thema geht.“ (ebd.).

Sie findet Gründe gegen Kinder: „Und dann, ich weiß nicht, in dem Bereich, hat man einfach so einen gewissen Paternalismus und denkt sich, ja wäre jetzt auch schade, wenn sie hier ausziehen müsste wegen Kinderwunsch.“ (ebd.). Sie müsse auf die Konsequenz hinweisen, dass dann in eine andere Wohneinrichtung gezogen werden müsse (ebd.).

Auch P8 beschreibt einen Fall, in dem eine Klientin\* einen Kinderwunsch geäußert habe, der nicht als ernst wahrgenommen wurde. Es wurde Verhütung veranlasst und beraten:

„Was machst du denn mit dem Kind? Wofür wünschst du dir das Kind?‘. Und dann schon auch reflektiert, wie viel Mühe es ihr selbst jetzt schon macht, Verantwortung für sich selber zu übernehmen. Wie ist es dann mit der Verantwortung für das Kind? [...] Also ich hatte den Eindruck, dass es auch nicht ernst gemeint war von ihr. Das war dann eher so was, wie sagen, wie Kinder aus dem Bilderbuch lernen [...] aber noch gar nicht irgendwie so dieses wirkliche Bewusstsein darüber.“ (P8, Pos. 51).

Die Fachkraft schätzt ein, dass die Klientin\* nicht für sich und auch nicht für ein Kind Verantwortung übernehmen könne. Sie betont jedoch die Entwicklungsmöglichkeiten der Klientin\*: Die Motivation für Veränderung und Verantwortungsübernahme könnte entstehen, falls der Kinderwunsch fortbestehe (ebd., Pos. 57). P5 berichtet, er habe eine Klientin\* zum Warten bzgl. ihres Kinderwunsches geraten. Nach dem Auszug aus der Wohneinrichtung habe sie aber ein Kind bekommen (P5, Pos. 53). P7 berichtet von einer Beratung für einen Bewohner\* zu Barrieren als Gründe gegen ein Kind:

„Und ich dann in der Position war, erklären zu müssen, was PASSIERT, wenn da jetzt ein Kind gezeugt wird. Dass sie nicht ihr Idealbild im Kopf verwirklichen können: Wir ziehen schön in eine Wohnung und ziehen das Kind groß. Weil erst mal kein Geld für eine Wohnung [da ist], ganz praktisch. Wie soll das finanziert werden? Ein Kind kostet viel Geld. Wer soll das Kind betreuen? Kinder schreien auch nachts. Und er hat das als UNGLAUBLICHE Einmischung von mir erfahren. Wirklich, das hat mir so leid getan. Habe ich gesagt: ‚Gut, dann lass uns Mutter-Kind-Projekte angucken.‘ ‚Ich kann doch mein Kind alleine großziehen. Was denkst du dir denn? Das kann ich doch alles!‘ Und Gott sei Dank ist sie nicht schwanger geblieben.“ (P7, Pos. 23).

P7 beschreibt, dass Eltern bei dem Kinderwunsch von Menschen mit Lernschwierigkeiten Vorbehalte und Befürchtungen zeigten, weil sie sich letztendlich verantwortlich fühlten, das Kind großzuziehen (P7, Pos. 22-23). P4 berichtet von einem Fall, in dem eine Klientin\* einen Kinderwunsch geäußert habe. Die Mitarbeiter\*innen haben diesen ernst genommen und wollten das Thema pädagogisch begleiten. Die Eltern der Person äußerten Befürchtungen und verhinderten die pädagogische Bearbeitung (P4, Pos. 37-39).

Schwangerschaft wird als Grund für einen Auszug benannt: Ambulante Einrichtungen könnten eine Schwangerschaft bzw. das Aufziehen eines Kindes nicht ausreichend betreuen (P2, Pos. 43). Es fehle an Wohnraum, Betreuungszeiten, Personal und Konzepten, es würde eine Empfehlung für ein Mutter-Kind-Wohnen ausgesprochen (ebd.). Es werden drei Fälle beschrieben, in denen im Einzelwohnen der Kinderwunsch begleitet wurde/würde (P2, P4). P4 beschreibt, dass bei einer Klientin\* im BEW der Kinderwunsch strukturell ermöglicht worden wäre. Es wurden unter Beteiligung der Geschäftsführung Wege gesucht, eine Betreuung zu gewährleisten (ebd., Pos. 45-49). P2 berichtet aus dem Einzelwohnen:

„Und ich habe auch im Einzelwohnen Mütter mit Kindern begleitet und das war NIE SO OPTIMAL, wie man es woanders sieht oder wie man sich das vorstellt. Also das, es war schon schwierig, auch die Zusammenarbeit mit den Jugendämtern. Und solange das Kind keine körperliche Gewalt erfährt, bleibt es in der Familie. Was dann aber wirklich manchmal nicht sein kann, dass es nur an körperlicher Gewalt der Indikator gemacht wurde. Da waren wirklich SCHLIMME Situationen. Und das spielt natürlich ein bisschen rein, dass man lernt, wie es laufen soll und jeder hat das Recht dazu Kinder zu bekommen. Und dann siehst du die Realität, die wirklich grausam ist. Und du gehst aus der Tür raus und lässt ein kleines Kind alleine.“ (ebd., Pos. 53).

Situationen starker Verwahrlosung und Nicht-Handeln des Jugendamts werden als Faktoren benannt, dass P2 in der Begleitung große Hilfslosigkeit erlebt. Die Klientin\* habe mehrfach Überforderung geäußert. Das Jugendamt hat bei den Schwierigkeiten in der Versorgung des Kindes auf die Eltern der Klientin\* verwiesen und schlug einen Einzug bei diesen vor (ebd., Pos. 55). Diese Vorerfahrungen beeinflussen, wie P2 das Thema Kinderwunsch einschätzt. Sie setzt sich bewusst mit den Vorurteilen auseinander, es fordert sie heraus, sich in der Beratung davon zu lösen (ebd., Pos. 53, 55). Ein Fall habe ihren Blick positiv verändert:

„Die junge Dame, die hat am Tag, glaube ich, 16 STUNDEN geschlafen, weil sie immer so überfordert war mit dem Leben. Hat dann jetzt ein Kind bekommen, alle dachten: ‚Ach du Scheiße, dieses Kind.‘. Also man muss dann irgendwann auch mal wach sein. Und das klappt aber, ne. Sie sagt, sie ist sehr, sehr müde. Sie ist sehr erschöpft. Sie hätte nie gedacht, dass es so anstrengend ist. Die hat damals zu ihrem Partner gesagt: ‚Ich wünsche mir ein Baby von dir und eine Staffel *Berlin Tag und Nacht* zu Weihnachten.‘. [...] Aber jedenfalls hat sie es dann geschafft und ein Baby bekommen und sie macht es gut. Und dann denke ich mir ‚Wow!‘, muss ich ihr auch sagen: ‚Mensch das machst du wirklich toll und toll, wie du das alles wuppst.‘. [...] Es wird ihr schwerfallen. Das ist vielleicht nicht das, was andere als STANDARD sehen würden, aber es läuft gut und da kann man ein gutes Gefühl haben. [...] Das ist dann auch ganz schön zu sehen, dass es dann auch manchmal klappt und dass man dann / dass sie auch ein Recht drauf haben, doch, sich da auch auszuprobieren.“ (ebd., Pos. 63).

P8 beschreibt Fremdunterbringungen. Eine Klientin\* wurde in den 90er Jahren schwanger in der Wohneinrichtung weiter begleitet, das Kind kam aber in eine Pflegefamilie (P8, Pos. 9-13). Sie berichtet auch von einer Klientin\*, die zwei Kinder bekommen hat. Beim ersten

Kind habe sie in der Wohngruppe gewohnt. Die Mitarbeiter\*innen haben sie unterstützt. Das Jugendamt sei involviert gewesen. Das Kind wurde fremduntergebracht, weil die Mutter\* die Verantwortung nicht getragen und Betreuungsaufgaben an die Mitarbeiter\*innen abgegeben habe. Nach dem Zusammenziehen mit ihrem Partner\* haben sie ein zweites Kind bekommen. Aufgrund von häuslicher Gewalt sei dann das zweite Kind fremduntergebracht worden: „Und sie trauert auch sehr als Mutter hinter den Kindern her, natürlich logisch, aber schafft es, glaube ich, auch nicht so, die Bedingungen einzuhalten, die man ihr stellt dazu, damit sie wieder die Kinder übernehmen kann.“ (ebd., Pos. 13-15). Bei P3 haben zwei Bewohner\* Kinder. Ein Bewohner\* hatte keinen Kinderwunsch: er habe sich von der Partnerin\* getrennt, als sie schwanger wurde. Er habe kein Interesse, das Kind kennenzulernen (P3, Pos. 39). Ein anderer Bewohner\* nehme seine Rolle als Vater wahr und pflege Kontakt (ebd.).

**(3) Heirat/Verlobung/Zusammenziehen:** Es wurden die Möglichkeiten von auf Zukunft ausgerichtete Langzeitbeziehungen erfasst. Nur wenige Fachkräfte erwähnen Fallbeispiele, in denen Entscheidungen in dieser Hinsicht von Bewohner\*innen getroffen wurden. Zwei Fachkräfte berichten von Verlobungen. Beide bezweifeln, dass die Bewohner\*innen verstünden, was eine Verlobung bedeute. P5 berichtet aus dem Gespräch mit dem Bewohner\*:  
„Weißt du überhaupt, was Verlobung bedeutet? Das bedeutet eigentlich, dass man ja später heiratet.“ „Nee, die Freundin wollte sich verloben, weil dann gibt es schöne Ringe.“ (P5, Pos. 35). Es wird ein Widerwille bei P5 deutlich, trotzdem begleitet er den Kauf der Ringe. P8 erzählt von einer Klientin\*, die sich einen Heiratsantrag von ihrem Freund wünschte. Sie bezweifelt: „Aber eben nicht mit dem GEFÜHL oder mit der Ernsthaftigkeit, so wie wir das kennen. Obwohl es für die sicherlich ernst war.“ (P8, Pos. 17). P8 berichtet auch von drei Fällen, in denen Klient\*innen mit romantischen Partner\*innen zusammenziehen wollten. Sie betont, dass das Zusammenziehen gefördert wurde und beschreibt den Verlauf der Beziehung mit Zusammenziehen bis zur Trennung (ebd., Pos. 13-15, 37). Eine andere Klientin\* würde gern mit dem Partner\* zusammenziehen. Der gesetzliche Betreuer verbiete ihr den Umgang mit dem Partner\*. Auch verweigere er die Zustimmung zum Zusammenziehen. P8 informiert die Klientin\* über ihr Recht, den Betreuer zu wechseln und betont das Recht, alle (auch schlechte) Erfahrungen machen zu dürfen:

„Ich habe dann der Klientin nur gesagt: ‚Du hast die Möglichkeit beim Betreuungsgericht zu sagen, du möchtest einen anderen Betreuer haben. So, das wäre möglich.‘. Aber das ist ein Thema, wo wir sehr vorsichtig sein müssen, weil er uns ja schnell unterstellen könnte, wir wollen das aus Eigeninteresse. [...] Aber ich glaub eben die Klientin hat auch nicht so den Mut jetzt, kann ich auch gut verstehen, so jetzt gegen diesen Betreuer anzugehen. [...] Aber da habe ich es eben auch erlebt, dass ein Betreuer sagt: ‚So, das geht nicht gut!‘, sage ich: ‚Ja, dann ist das eine Erfahrung, die machen wir doch auch so.‘. Aber nichts zu machen.“ (ebd., Pos. 69).

**(4) Sexuelle Gesundheit:** Es wurde erfasst, inwiefern sexuelle und geschlechtliche Gesundheitsaspekte in Einrichtungen bei der SSV bedacht werden. Nur wenige Fachkräfte diskutieren Gesundheit als relevanten Aspekt von SSV. P8 berichtet, dass regelmäßige Kontrollbesuche bei Gynäkolog\*innen nicht unbedingt durchgeführt würden. Insbesondere diese geschlechtsspezifischen Termine hätten Mitarbeitende nicht im Blick. Eine Begründung sieht sie in der fehlenden geschlechtlichen Wahrnehmung von Frauen\* mit Behinderung als Frauen\*: „Weil vielleicht doch immer noch die Behinderung mehr im Vordergrund dann steht, weiß ich nicht.“ (P8, Pos. 39-41). P7 sieht in den intimen Untersuchungen bei Gynäkolog\*innen eine Belastung für Klientinnen\*. Der Grund für die Untersuchung sei Vorsorge für Gebärmutterhalskrebs, was durch einen bakteriellen Befall übertragbar sei. Bei fehlender sexueller Aktivität seien die Untersuchungen unnötig, ein Ultraschall reiche aus (P7, Pos. 25). Sexuelle Gesundheit als Aspekt von SSV wird nur von drei Fachkräften diskutiert. Eine Fachkraft bedenkt gesundheitliche Belastungen durch hormonelle SSV (P1, Pos. 31, 35). In zwei Beispielen haben Klientinnen\* Sex mit wechselnden Partnern\*, was als Grund für den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten angeführt wird. Es wird neben der Spirale das Kondom als zusätzlicher Schutz vor STIs und HIV erwähnt (P5, Pos. 49; P7, Pos. 43).

#### 5.4.2 Interpretation

Im Fokus der Auswertung steht, wie reproduktive Selbstbestimmung der Bewohner\*innen gestaltet und ermöglicht wird. Dazu wurden verschiedene Aspekte zur SSV, Kinderwunsch, Partnerschaft und sexueller Gesundheit von Menschen mit Lernschwierigkeiten erfasst.

Bei SSV wird eine Vielzahl an Formen (1) von Verhütungsmitteln in den Einrichtungen benannt: Pille, Spirale, Dreimonatsspritze, Kondom, Diaphragma und Sterilisation. Die Pille wird am häufigsten als SSV-Mittel genannt, danach folgt das Kondom und Dreimonatsspritze. Im Vergleich dazu werden bei Schröttele et al. und Habermann-Horstmeier am häufigsten die Pille und Dreimonatsspritze angegeben (Habermann-Horstmeier 2020, S. 14; Zinsmeister 2012, S. 231). In den Interviews werden Kondome allerdings vorwiegend bei Bewohnern\* als SSV angegeben, kaum bei Bewohnerinnen\*. Die Vielfältigkeit der Mittel lässt vermuten, dass eine individuelle Anpassung bzgl. der Eignung von SSV-Mitteln vorgenommen wird. Nach welchen Kriterien diese Anpassung erfolgt, wird nicht ausgeführt.

Es werden verschiedene Anlässe (2) für den Einsatz von Verhütungsmitteln diskutiert. Überwiegend sind Partnerschaften und gelebte Sexualität Ausgangspunkt der Auseinandersetzung zu SSV. Zu Sexualität (Kapitel 5.3) wurde erfasst, dass viele Beziehungen ohne genitale Sexualität gelebt werden. Häufig ist für Fachkräfte unklar, ob Sexualität in den Beziehungen gelebt wird. Trotzdem wird in den meisten Fällen Verhütung veranlasst. Die Existenz einer



Partnerschaft scheint dabei ausreichend. Dies stimmt mit den Ergebnissen von Schröttle und Habermann-Horstmeier überein: Frauen\* mit Behinderung nehmen ohne sexuelle Aktivität überraschend häufig Kontrazeptiva ein, bei Frauen\* mit Lernschwierigkeiten wird dies von Fachkräften noch häufiger angegeben (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9; Schröttle et al. 2013, S. 244–245). Die Praxis der prophylaktischen, hormonellen Verhütung ohne konkretes Schwangerschaftsrisiko ist laut Zinsmeister rechtswidrig (Zinsmeister 2012, S. 232).

Die Kombination von Partnerschaft mit Übernachtung oder mit angedeutetem Kinderwunsch erhöht für Fachkräfte die Dringlichkeit, SSV zu veranlassen. Fachkräfte formulieren spätestens bei Hinweisen auf gelebte Sexualität ein Schutzbedürfnis für sich selbst: Sie wollen sich durch SSV absichern. Bei sexueller Aktivität und wechselnden Partner\*innen wird zwangsläufig SSV veranlasst. Darin werden Unsicherheiten und Anforderungen der Verantwortungsübernahme sichtbar. Dies überschneidet sich in den Ergebnissen der Mitarbeiter\*innenbefragung: Zwei Drittel wünschten sich Unterstützung insbesondere klare Vorgaben durch die Leitung (Ortland et al. 2016, S. 1087–1088). Ortland et al. vermuten, dass Unsicherheiten und ein Bedarf an Klärung des professionellen Auftrags bestünden (ebd.).

Mitarbeitende intervenieren nicht, als eine Mutter\* SSV veranlasst aus Angst vor Vergewaltigung. Hier scheint Wissen zu den Grenzen der Handlungsbefugnis von Eltern zu fehlen (Zinsmeister 2012, S. 228–229). Eine Beratung zur Prävention sexualisierter Gewalt bzw. zum Schutzkonzept wäre sinnvoll gewesen, wurde aber nicht durchgeführt. Hormonelle SSV wird mehrfach erst nach Jahren kritisch auf Angemessenheit überprüft. Diesbezüglich fehlen Regelungen der Überprüfung bei Verlängerung der SSV. In Anknüpfung an Zinsmeister erscheint ein Prüfverfahren sinnvoll (Zinsmeister 2023, 67–68).

In einem Fall ist die Angst vor Vererbung von Beeinträchtigung Anlass für SSV. Die Mitarbeiter\*innen beraten tendenziös aus eugenischen Gründen. Dies widerspricht reproduktiver Gerechtigkeit und Leitlinie zwei hinsichtlich reproduktiver Rechte zur selbstbestimmten Familienplanung (Ortland et al. 2020, S. 31; Ross 2021, S. 19). Es fehlt nach Leitlinie zwei eine ergebnisoffene Beratung, in der Wissen über Rechte vermittelt wird (Ortland et al. 2020, S. 31). Eine ungewollte Schwangerschaft und ein Abbruch sind Anlass für SSV. Nur zwei Mal wird SSV veranlasst, weil Klientinnen\* keinen Kinderwunsch haben. Dies ist auffällig, da Empfängnisverhütung der Vermeidung ungewollter Schwangerschaften dient.

Als relevante Einflussfaktoren (3) für den Einsatz und die Auswahl von SSV wurden Eltern, Gynäkolog\*innen, Zeit, Kosten und Differenzkategorien erfasst. *Eltern* wird nehmen weitreichend Einfluss auf Sexualität und Familienplanung. In den Interviews wird beschrieben, dass Eltern darüber entscheiden, was Personen mit Lernschwierigkeiten über den eigenen Körper (nicht) wissen, über angewendete SSV und durchgeführte Eingriffe. Sie bekommen

Informationen von Mitarbeiter\*innen und sogar Ärzt\*innen, was eine Verletzung der Privatsphäre und Schweigepflicht darstellt nach Artikel 22 UN-BRK (Schutz der Privatsphäre) (UN-BRK, Art. 22). In den Interviews wird deutlich: durch die häufig auftretende Doppelrolle als *gesetzliche Betreuung* vergrößert sich der Einfluss von Eltern und bekommt eine (teilweise) rechtliche Legitimation. Sind Eltern gesetzliche Betreuung, wirkt sich dies vorwiegend negativ auf die reproduktive Selbstbestimmung aus. Auffallend selten wird von externer gesetzlicher Betreuung gesprochen, in einem Fall zeige diese kein Interesse, führe keine Beratung zur SSV durch und kommt damit dem gesetzlichen Auftrag zu Beratung, Informationen und Unterstützung im Entscheidungsprozess nicht nach.

Die Ergebnisse bestätigen und illustrieren die Ausführungen von Ortland et al. und Zinsmeister. Eltern beeinflussen oft den Zugang zu Wissen (Zinsmeister 2023, 67). Eltern von erwachsenen Menschen mit Lernschwierigkeiten haben eigentlich keinen rechtlichen Anspruch auf Mitsprache im Alltag, Sexualität und reproduktive Selbstbestimmung (Zinsmeister 2012, S. 228-229). Sind Eltern gesetzliche Betreuung nehmen sie großen Einfluss auf die Lebensführung ihrer erwachsenen Kinder, obwohl sie nur rechtliche Belange vertreten dürften (Ortland et al. 2020, S. 32). Betreute müssen eigentlich in den Entscheidungen begleitet werden, ihren Wünschen muss entsprochen werden und niemand entscheiden für sie (Zinsmeister 2012, S. 229). Die Befragten erfüllen den pädagogischen Auftrag nicht ausreichend, Bewohner\*innen bei sexueller Selbstbestimmung gegenüber Dritten wie Angehörigen und gesetzliche Betreuung zu unterstützen nach Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 33).

In den Ergebnissen zeigt sich, dass *Gynäkolog\*innen* maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung zur SSV nehmen. Fachkräfte verlassen sich in der Regel auf den Rat der Ärzt\*innen. Es wird deutlich, dass Gynäkolog\*innen teilweise die fachliche Kompetenz und Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten fehlt. Es macht einen großen Unterschied, ob sie als fachlich kompetent und einfühlsam auftreten oder pauschal zur SSV raten. In drei Fällen legitimieren Gynäkolog\*innen mit eugenischen Argumentationen Eingriffe in die reproduktive Selbstbestimmung: sie raten von Schwangerschaft aufgrund der Beeinträchtigung der Person bzw. Befürchtung vor Beeinträchtigung des Kindes ab. Die Interviews verdeutlichen die Ergebnisse von Schröttle et al.: über die Hälfte der Frauen\* mit Lernschwierigkeiten hat hormoneller Verhütung erst nach der Aufforderung von Ärzt\*innen und/oder Betreuer\*innen zugestimmt, über ein Drittel wurden gedrängt oder gezwungen (Zinsmeister 2012, S. 232). Bei Habermann-Horstmeier geben die Mitarbeiter\*innen an, dass die Entscheidung zur SSV von Eltern (oftmals mit rechtlicher Betreuung) und Gynäkolog\*innen getroffen würden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 14-15, 17-18). Zinsmeisters Forderung wird bekräftigt: es braucht weitere Sicherungsmaßnahmen vor Machtmissbrauch

durch Ärzt\*innen, Betreuer\*innen und Fachkräfte im Sinne des Art. 12 Abs. 4 UN-BRK wie standardisierte Prüfverfahren und Kontrollen zur informierten Einwilligung (Zinsmeister 2023, 67-68). In der Gynäkologie sollten ableistische Barrieren abgebaut werden (ebd.).

Als weitere Einflussfaktoren werden *zeitliche Entwicklung* und *Kosten* genannt. Der Wandel von der häufigen Anwendung der Dreimonatsspritze hin zur Pille wird von einer Fachkraft mit Kostenübernahmen begründet. Die Kosten für SSV-Mittel werden als behindernder Faktor genannt. Klient\*innen haben durch geringe finanzielle Mittel einen begrenzten Zugang zu SSV-Mitteln wie Spirale oder Kondom. Für Menschen mit geringem Einkommen ist der Kostenfaktor besonders relevant bei der Wahl der SSV (BZgA 2023, S. 3).

Die *Differenzkategorien* zeigen sich als signifikante Einflussfaktoren. Alter beeinflusst die SSV: Sterilisationen wurden in der Vergangenheit durchgeführt, ältere Frauen\* sind somit häufiger sterilisiert. Auch Geschlecht beeinflusst den Umgang mit SSV. Die Interviewfragen nach SSV wurden geschlechtlich offen gestellt. Nur zwei Fachkräfte sprechen von sich aus SSV mit Bewohnern\* in den Interviews an. Bewohner\* werden nach Bedarf zur SSV beraten, wenn Partnerschaften bestehen und/oder Interesse an Sexualität vermutet wird. Ansonsten wird das Thema SSV hauptsächlich bei Bewohnerinnen\* verortet. Hier findet sich ein geschlechtsspezifischer Gegensatz zu den Ergebnissen der Kategorie Sexualität (Kapitel 5.3). Sexualität wird mit Bewohnern\* regelmäßig thematisiert, bei Bewohnerinnen\* eher nach Bedarf. Dem Gegenüber wird SSV mit Bewohnern\* nach Bedarf thematisiert, mit Bewohnerinnen\* eher regelmäßig. Darüber hinaus wird in der Beeinträchtigung ein zentraler Einflussfaktor auf die reproduktive Selbstbestimmung gesehen. Es werden ein fehlendes Grundverständnis seitens der Bewohner\*innen zur Einnahme und Wirkweise von SSV beschrieben. Die Fachkräfte deuten dies im Zusammenhang der Beeinträchtigung. Auch bei Habermann-Horstmeier geben Mitarbeiter\*innen an, dass Frauen\* intellektuell Informationen nicht verstehen und deshalb SSV-Mittel auch ohne Kenntnis verabreicht würden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 14.15, 17-18). Mehrfach wird in den Interviews berichtet, das Körpergefühl fehle, sodass die Menstruation zeitlich nicht eingeordnet werden könne. Häufig werden daraus resultierende Einnahmeschwierigkeiten beschrieben, die auch die Wirksamkeit beeinträchtigen. Bei Gynäkolog\*innen-Terminen würden Zusammenhänge falsch verstanden werden. Mitarbeiter\*innen begleiten die Termine, um Informationen zu bekommen und niedrigschwellige Übersetzung zu gewährleisten. Hier wird ein Bedarf an enger pädagogischer Begleitung durch die Fachkräfte genannt. Wie Habermann-Horstmeier feststellt, bedarf es dazu dringend Untersuchungen zum Einfluss der begleitenden Betreuungskräfte in gynäkologischen Settings (ebd.).

Die Vorbereitung und Umsetzung der pädagogischen Begleitung zeigt sich als zentral für die Selbstbestimmung und den Entscheidungsprozess (4) zur SSV. In der Regel führen Mitarbeiter\*innen Beratungsgespräche. Ein einheitliches, regelgeleitetes Vorgehen wird bei keiner Fachkraft angewendet, was die Abhängigkeit von der Haltung und Meinung der einzelnen Fachkraft erhöht. Zu den Inhalten der Gespräche äußern sich nur wenige Fachkräfte: sie vermitteln Informationen zu verschiedenen SSV-Mitteln, Funktionsweisen und Körperwissen. Zugang zu Wissen stellt eine Bedingung für eine informierte Entscheidung dar. Fachkräfte sollten niedrigschwelliges Wissen über verschiedene Verhütungsmethoden, den Verlauf von Schwangerschaft und Geburt, zur Verfügung stehenden staatlichen Leistungen, zur Vereinbarkeit von Kindern und Erwerbsarbeit und Kinderbetreuungsmöglichkeiten vermitteln (Zinsmeister 2023, S. 60). Die Informationen werden in diesem Umfang nicht vermittelt. Es wird zudem ein Mangel an Methoden zur Vermittlung dieser Informationen vermutet.

Eine Fachkraft beschreibt den Prozess zur SSV als voraussetzungsvoll: die Klient\*innen seien auch durch ihre Beeinträchtigung in ihrer Selbstbestimmung abhängig von der Begleitung und Meinung der Mitarbeiter\*innen. Es zeigt sich in vielen Fällen, dass die Meinung und der Rat von Mitarbeiter\*innen maßgeblich für die Entscheidung sind. Eine Klientin\* von Mitarbeiter\*innen zur SSV beeinflusst, weil eine Schwangerschaft aus eugenischen Gründen verhindert werden solle. Einige Klientinnen\* haben kein Wissen über den Einsatz von SSV-Mitteln und/oder verstehen die SSV nicht. Teilweise wird Klientinnen\* mit Angabe falscher/anderer Gründe SSV verabreicht oder sie wurden sterilisiert.

Der Wunsch von Klientinnen\* wird bei drei Fachkräften als ausschlaggebend beschrieben. Neben der Meinung der Eltern würde auch der Wunsch der Klientin\* abgefragt. Zwei Fachkräfte versichern, dass letztendlich die Klientin\* entscheiden würde. Es zeigt sich aber, dass in den meisten Fällen nicht die Klientin\* entscheidet, sondern der Wunsch in die Entscheidung miteinbezogen wird und andere Menschen entscheiden. Die befragten Fachkräfte vertreten Klient\*innen in der reproduktiven Selbstbestimmung gegenüber Eltern/gesetzlicher Betreuung nicht ausreichend entsprechend Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 33).

Eine bestehende SSV scheint in der Regel ohne Gespräch verlängert zu werden. Nur in einem Fall wird bei einer längerfristigen Verhütung beschrieben, dass zuvor die Klientin\* dazu erneut befragt werde. Hier muss die Fachkraft innere Widerstände zum geäußerten Kinderwunsch überwinden. Sind Entscheidungen zur SSV getroffen, werden diese in der Regel nicht oder erst nach Jahren kritisch diskutiert. Darin zeigt sich eine Abhängigkeit von Mitarbeiter\*innen, die eine Überprüfung proaktiv initiieren müssten. Es fehlt an Wiederholungen der Gespräche in festgelegtem Abstand, bei denen die bestehende SSV mit Klient\*innen besprochen und überprüft wird.

Es wurde der pädagogische Umgang mit **Kinderwunsch** erfasst. In zwei Fällen geben Klient\*innen an, (momentan) keine Kinder bekommen zu wollen. Eine Fachkraft kann trotz der Auseinandersetzung zur SSV mit der Klientin\* keine Aussage zum Kinderwunsch treffen. Bei einigen Klient\*innen wird eine Sehnsucht nach Familie und Kindern beobachtet. In zwei Fällen wird ein Kinderwunsch durch Sterilisation oder Dreimonatsspritze verhindert. In zwei Fällen solle eine Klientin\* zu diesem Zeitpunkt (noch) nicht schwanger werden. Teilweise werden strukturelle Hindernisse als Gründe gegen Familienplanung angebracht, wie der Auszug aus der Wohneinrichtung, Wohnungsmangel und wenige finanzielle Mittel. In einer ambulanten Einrichtung könne eine Schwangerschaft und das Aufziehen eines Kindes strukturell nicht betreut werden (Wohnraum, Betreuungszeiten, Personal, Konzept). In zwei Fällen wird bei Kinderwunsch ein Mutter-Kind-Wohnen empfohlen.

Mehrfach werden Ambivalenzen in der Haltung der Fachkräfte sichtbar. Paternalismus spielt in der Einschätzung von Situationen eine Rolle, wenn Klientinnen\* als mit sich überfordert wahrgenommen werden. Es wird ihnen oft zunächst nicht zugetraut, ohne Unterstützung Kinder zu betreuen. Die Fachkräfte werden dabei von positiven sowie negativen Vorerfahrungen beeinflusst, wenn sie Klient\*innen betreut haben, die mit ihren Kindern verantwortungsvoll umgingen oder die ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkamen.

Reproduktive Gerechtigkeit bekräftigt, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten das Recht haben, Kinder unter selbstgewählten Bedingungen bekommen zu können (Ross 2021, S. 19). Insbesondere die Haltung des Rechts auf Kinder scheinen die Fachkräfte grundsätzlich zu teilen, trotzdem wird sie nicht zwangsläufig umgesetzt. Es werden viele reale Hindernisse und Barrieren benannt, die die Umsetzung erschweren. Es kommt aber auch vereinzelt vor, dass der Kinderwunsch durch Fachkräfte aktiv verhindert wird. Bekommen Bewohner\*innen Kinder, sind die Lebens- und Wohnbedingungen in der Regel nicht selbstgewählt. Dies widerspricht Art. 19 UN-BRK (Recht auf die Wahl der Lebensform) (UN-BRK, Art. 19a). Nach Leitlinie zwei sollten Menschen mit Behinderung selbst über ihre Familienplanung bestimmen, sie sollten ergebnisoffen beraten werden und Wissen über ihre Rechte vermittelt bekommen (Ortland et al. 2020, S. 31). Eine ergebnisoffene Beratung wird von vielen Fachkräften nicht ermöglicht, Wissen über ihre Rechte nur vereinzelt vermittelt.

Es wurden nur wenige Fallbeispiele zu Langzeitbeziehungen wie **Heirat, Verlobung und Zusammenziehen** erfasst. Zwei Fachkräfte berichten von Verlobungen, bei denen sie das Verständnis der Klient\*innen bemängeln. Es erscheint, dass beide Fachkräfte den Personen nicht zutrauen, eine Entscheidung dieser Art zu treffen. In der Umsetzung der Verlobung unterstützen sie trotz der Vorbehalte. Eine Fachkraft berichtet von zwei Fällen, in denen Zusammenziehen mit Partner\*innen gewünscht war. Den Klient\*innen wird zugestanden, auch

negative Erfahrungen im Verlauf von romantischen Beziehungen zu erleben. Das Zusammenziehen wurde gefördert. In einem Fall wird die Klientin\* unterstützt gegen eine rechtliche Betreuung vorzugehen, die ihr den Umgang und das Zusammenziehen mit dem Partner\* verbiete. Entsprechend Leitlinie zwei werden Rechte und Wissen zugänglich gemacht, was zentral für die Selbstbestimmung ist (ebd.). Zusammenziehen und Heirat sollte demnach ermöglicht werden, dem wird vereinzelt nachgekommen.

Zu **sexueller Gesundheit** fällt auf, dass diese kaum von Fachkräften zur SSV aufgerufen wird. Eine Fachkraft bemängelt, dass regelmäßige Kontrollbesuche bei Gynäkolog\*innen nicht durchgeführt würden. Die geschlechtsspezifischen Termine seien nicht im Blick aufgrund der fehlenden Wahrnehmung von Frauen\* mit Behinderung als Frauen\*. Eine Fachkraft sieht eine Belastung in den intimen Untersuchungen. Gesundheit als relevanter Aspekt bei SSV wird im Hinblick auf die Nebenwirkungen durch SSV-Mittel nur in einem Fall diskutiert. Sexuelle Gesundheit hinsichtlich STIs wird nur von zwei Fachkräften besprochen. In beiden Beispielen haben Klientinnen\* Sex mit wechselnden Partnern\*, was als Grund für den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten angeführt wird. Sexuelle Gesundheit als Aspekt reproduktiver Selbstbestimmung ist bei Fachkräften nicht ausreichend im Fokus.

## 5.5 Informelle Bedingungen

Die Kategorie „informelle Bedingungen“ erfasst Handlungswissen, alltägliche Praxen und Logiken in Einrichtungen, die implizit die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung bedingen. Sie ist unterteilt in die Subkategorien Handlungsstrategien (1), Werkzeuge/Methoden (2), Haltungen (3) und Differenzkategorien (4).

### 5.5.1 Deskription

**(1) Handlungsstrategien:** Es wurden Strategien der Fachkräfte im Umgang mit pädagogischen Herausforderungen zu sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung erfasst: *Grenzen, Vermittlung zwischen beteiligten Personen, Aus- und Fortbildung, Reflexion, Delegationen, Teamkommunikation und -entscheidungen.*

Bei Aushandlungen zu Nähe und Distanz zwischen Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen werden *Grenzen* genannt. P5 betont die Balance zwischen Offenheit und klaren Grenzen. Sexualisiertes Verhalten und sexistische Witze sieht er als Grenzüberschreitungen (P5, Pos. 31). Als Reaktion auf Liebesbriefe von Klientinnen\* zeigt er Grenzziehungen und Klarstellung der Rolle als Berater: „Das ist so das Wichtigste mit, immer wieder die Grenze klar machen das: wo stehen WIR und in welchem Kontext sind wir hier.“ (ebd., Pos. 39). P1 be-

schreibt zur Pflege beim Kontakt mit Genitalien, dass Bewohner\* Erregung zeigen und Körperkontakt suchen könnten. Insbesondere Mitarbeiterinnen\* gegenüber würden Grenzen überschritten. Mitarbeiter\*innen müssten sich abgrenzen lernen (P1, Pos. 27).

Als weitere Strategie wird *Vermittlung zwischen beteiligten Personen* genutzt, insbesondere wenn Eltern/gesetzliche Betreuung behindernde Faktoren für die sexuelle Selbstbestimmung darstellen. Sind Eltern gesetzliche Betreuung, seien sexuelle Bedürfnisse ein Reizthema und würden geleugnet (P1, Pos. 15). Auch bei SSV würden Fachkräfte zwischen Eltern/gesetzlicher Betreuung und Klient\*innen vermitteln. Fachkräfte versuchen die Perspektive der Klient\*innen zur SSV zu vertreten und umzusetzen (ebd., Pos. 35). Auch P7 sieht sich als Vermittlerin\* der Interessen der Klient\*innen. Sie zeigt Verständnis für das Verhalten und die Einstellung der Eltern, die sie in generationellen Unterschieden begründet sieht:

„Und unsere Aufgabe war dann immer zu sagen ‚Können Sie sich vorstellen, dass es auch anders läuft, als Sie jetzt gerade denken? Und sollen wir mal, Ihre Tochter oder Ihren Sohn fragen, was der davon hält?‘ ‚Ach, der weiß, dann doch [gar nicht].‘ Sage ich dann ‚Na, dann lassen Sie uns das doch probieren.‘. Ich habe immer sehr gerne Elternarbeit gemacht, weil da ganz viel passieren kann noch bei den Eltern.“ (P7, Pos. 7).

*Ausbildung und Fortbildung* sind Strategien im Umgang mit Herausforderungen. P2 beschreibt einen Wissenszuwachs (z.B. zu Rechten) durch die sexualpädagogische Ausbildung (P2, Pos. 53). Sie habe anderes Wissen, Herangehensweise, Haltung und Standing (ebd., Pos. 61). In vereinsinternen Fortbildungen vermittelt sie Wissen, eine sexualfreundliche Haltung und beobachtet die Wirksamkeit. Sie schildert die Rückmeldung eines Kollegen\*:

„Mensch, deine Fortbildung damals, die hat mir so unheimlich geholfen, dass ich seitdem offener diesem Thema gegenüber bin und auch mit meinen Klient\*innen jetzt über dieses Thema reden kann, was ich vorher 20 Jahre nicht gemacht habe. Und ich merke, dass es den Klient\*innen auch gut tut, mit mir als MANN drüber reden zu können, weil sie so eine väterliche Figur sehen einfach.“ (ebd.).

*Reflexion* wird als weitere Strategie beschrieben. P8 nutzt die Teamsitzungen zur Reflexion (P8, Pos. 5, 23). Durch Reflexion kann differenziert werden: „[...] die Interessen der PERSON wahrzunehmen und nicht unsere Interessen im Vordergrund stehen zu haben, was ziemlich herausfordernd ist.“ (P6, Pos. 53). P6 berichtet von Unsicherheiten im Team, ob ein sexueller Kontakt als Übergriff einzuschätzen ist. Sie beschreibt, dass die Wahrnehmungen zur Situation im Team geteilt wurden und der gemeinsame Reflexionsprozess entscheidend war. Das Team sei an der pädagogischen Zusammenarbeit zu diesem Fall gewachsen. Die verschiedenen Perspektiven sieht sie als Ressource zur Einschätzung von Grenzsituationen: „Es braucht die verschiedenen Perspektiven, um möglichst der Person am nächsten zu kommen, wenn sie nicht klar äußern kann, was sie sich wünscht.“ (P6, Pos. 55). P2 erkennt Paternalismus bei sich zum Thema Kinderwunsch. Als Strategie reflektiert sie eigene Vorstellungen und Ambivalenzen: „Muss ich [...] mein persönliches Gefühl dazu beiseite packen

und diesen Wunsch einfach ernst nehmen? [...] So, da muss man schon manchmal auch über seinen eigenen Schatten springen, gerade wenn es um das Thema geht.“ (P2, Pos. 47).

Als Strategie im Umgang mit Hemmungen, Überforderung und Kompetenzüberschreitung wird *delegiert*. P2 akzeptiert Hemmungen von Kolleg\*innen zu Sexualität, sie müssten wissen, an wen sie Klient\*innen weitervermitteln (ebd., Pos. 61). P3 betont die Relevanz von Neutralität und Einfühlungsvermögen für die Begleitung reproduktiver Entscheidungen. Im Fall eines späten Schwangerschaftsabbruchs, konnte sie ihre Neutralität in der Beratung nicht gewährleisten. Sie hat die Begleitung abgegeben (ebd., Pos. 29). Dies zeigt Kompetenzen zur Wahrung der Professionalität:

„Ähm auch, sich so eingestehen, wenn man mit bestimmten Themen nicht agieren kann oder agieren möchte, also dass man dann nicht einfach am Ball bleibt und dann eventuell den Bewohnern irgendeine Meinung aufdrückt, die nicht der Meinung der Bewohner entspricht, dass man dann auch abgibt an andere Kollegen, die dann neutraler sein können.“ (P3, Pos. 59).

P5 sieht grundständige Beratung zu Sexualität und SSV in seinem Aufgabenbereich, bei Fragen zu praktischer Sexualität verweist er auf Beratungsstellen. So könnten Themen abgedeckt werden, die die eigenen Kompetenzen überschreiten und gleichzeitig auf Beziehungsebene Grenzen gewahrt werden (P5, Pos. 31, 61). P8 organisiert für eine Klientin\* Sexualberatung: Hier bekam das Paar Beratung zu sicheren Stellungen, sodass sie ihre Sexualität sicher ausleben konnten (P8, Pos. 5-7).

Als entscheidende Strategien im Umgang mit Herausforderungen in Teams zeigen sich Aushandlungen zu *Rollen, Kommunikation und Entscheidungsfindung*. P1, P5 und P8 berichten von Haltungsunterschieden im Team zur pädagogischen Arbeit oder reproduktiven Selbstbestimmung (P1, Pos. 43; P5, Pos. 57, 65; P8, Pos. 5). P5 und P8 benennen Offenheit, respektvolle Kommunikation und Kompromisse bei Konflikten als entscheidend. Eine konzeptionelle Verortung (Personenzentrierte Planung) zeigt sich ebenfalls als hilfreich: „Es geht ja um die Klienten, die stehen im Mittelpunkt und nicht unsere Belange oder was wir denken, was richtig ist.“ (P5, Pos. 25-29). Mehrheitsentscheide helfen im Umgang mit Haltungen, die entgegen reproduktiver Selbstbestimmung stehen, sie können vor übergriffigen Verhaltensweisen und Zwangsmaßnahmen schützen. So können Entscheidungen getroffen werden, die von allen mitgetragen werden (ebd., Pos. 57). Das Team von P5 nehme die Leitung in die Pflicht, sie kennen ihr Tätigkeitsfeld und Zuständigkeiten:

„Also wir versuchen uns da immer schon in unserem Tätigkeitsfeld aufzuhalten mit unseren Aufgaben und nicht zu sehr überzustrapazieren, weil wir möchten ja auch nicht die Aufgaben der rechtlichen Betreuung übernehmen und solche Geschichten. Also so was kommt / passiert ja auch schnell, dass uns Sachen übergeholfen werden, die eigentlich gar nicht unsere Aufgaben sind. Da muss man sich auch klar distanzieren und sagen ‚Nee, so geht's nicht!‘.“ (ebd., Pos. 29).



**(2) Methoden/Werkzeuge:** Es wurden konkrete Methoden der sexualpädagogischen Begleitung erfasst. Einige Fachkräfte nutzen Materialien der Sexuellen Bildung z.B. Anschauungsmaterial wie Stoff-Vulven, Tampons, Binden und Menstruationstassen (P2, Pos. 57, 59), Bilder, Filme und Bücher (P3, Pos. 43; P8, Pos. 43), Kalender-/Zyklus-Apps zur Visualisierung des Zyklus und Errechnung der Pillen-Pause (P3, Pos. 27, 47) und Fragebögen (Unregelmäßigkeiten im Zyklus) (ebd., Pos. 35). Einige Fachkräfte gehen stellvertretend oder gemeinsam mit Bewohner\*innen z.B. Vibratoren oder Kondome einkaufen (P2, Pos. 33; P5, Pos. 31). P2 verteilt Kondome kostenlos an Bewohner\*innen (P2, Pos. 59). Viele Fachkräfte üben mit Klient\*innen Kondom-Überstreifen an einem Holzpenis, Gurke oder Banane (P2, Pos. 59; P5, Pos. 31; P7, Pos. 43; P8, Pos. 67). In der Regel wird Beratung zu Sexualität und SSV nach Bedarf angeboten. Nur vereinzelt findet Beratung regelmäßig statt: P2 stellt sich als Präventionsbeauftragte in allen Gruppen vor (P2, Pos. 35), P7 hat monatlich Einzelgespräche durchgeführt (P7, Pos. 27). Externe Angebote werden von vielen Fachkräften genutzt wie Beratungsstellen bei Beziehungsproblemen (P2, Pos. 33), bei konkreten Fragen zu praktischer Sexualität (P3, Pos. 19; P5, Pos. 61). Bei P6 werden Workshops zum Thema Sexualität und Peer-to-Peer Angebote genutzt (P6, Pos. 15; 39-41). P8 hat Klient\*innen zur Sexualtherapie vermittelt (P8, Pos. 5-7).

**(3) Haltungen:** Hinsichtlich der *pädagogischen Beziehung, Sexualität, SSV, Kinderwunsch und Regeln* wurden verschiedene Haltungen deutlich. Zur *pädagogischen Beziehung* nennt P1 Profession als Faktor: Pflegekräfte praktizierten einen erzieherischen Umgang, während Sozialarbeiter\*innen Assistenz zur Assistenz ausübten. Letztere würden Klient\*innen als erwachsene Personen wahrnehmen und sich für die Klient\*innen und ihre Rechte einsetzen (P1, Pos. 7; P4, Pos. 31). P5 differenziert zwischen Freundschaft und Betreuungsverhältnis (P5, Pos. 39). P8 möchte pädagogisch Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit wahrnehmen und fördern (P8, Pos. 21). P7 betont, Klient\*innen auf Augenhöhe zu begegnen (P7, Pos. 5). P1 nimmt *Sexualität* als Grundbedürfnis wahr, Fachkräfte hätten die Aufgabe, einen Rahmen zu schaffen und Sexualität zu ermöglichen (P1, Pos. 13). Bei P3 werde Sexualität den Bewohner\*innen überlassen, das Ziel sei Selbstständigkeit und Selbstbestimmung (P3, Pos. 23). P8 betont zur Sexualität ähnlich: „Jeder soll so leben, wie / und auch unterstützend, soweit das Bedürfnis bekannt ist oder gemerkt wird.“ (P8, Pos. 27).

Zu SSV wird ein Spektrum an Haltungen gezeigt. P3 berichtet, dass in ihrer Einrichtung keine SSV-Mittel auferlegt würden, jedem solle es selbst überlassen sein (P3, Pos. 41). Sie beschreibt ihre Haltung beim Entscheidungsprozess zur SSV als neutral und zurückhaltend (ebd., Pos. 29). P5 sieht seine Rolle bei der Entscheidung zur SSV als Berater: „Ich sehe mich nicht als Entscheider und als Beeinflusser. Ich versuche so neutral wie möglich zu

beraten und den Klienten die Entscheidung selbst treffen zu lassen.“ (P5, Pos. 55). Er be- greift es als übergriffig, für Klient\*innen Entscheidungen zu treffen, die die Person nicht versteht oder verstehen kann (ebd., Pos. 57). Für Klient\*innen zu entscheiden stellt er in den historischen Zusammenhang von Zwangssterilisationen. P6 berichtet, dass sie wiederholt in Einrichtungen die Haltung wahrgenommen habe: „Na, erst mal lieber Vorsicht und lieber mal schneller doch die Pille verschreiben und auf Nummer sicher gehen, dass da nicht DOCH eine Schwangerschaft entsteht, eine ungewollte [...].“ (P6, Pos. 13). Es wird ein Ab- sicherungs-Bedürfnis deutlich: „Und ich glaube, das hat total viel Einfluss, dass niemand die Verantwortung tragen wollen würde, dass eine Schwangerschaft entsteht und dass dadurch dieser Gedanke immer mehr überwiegt als vielleicht die Interessen der Personen [...].“ (ebd., Pos. 53). P7 vertritt die Haltung, Selbstbestimmung könne bei Entscheidungen zur SSV nur durch gute Vorarbeit der Fachkraft entstehen. Selbstbestimmung funktioniere zu einem be- stimmten Grad. SSV sei nicht wirklich die Entscheidung von Klient\*innen. Sie als Fachkraft bereite die Entscheidung durch Informationen und Vorschläge vor. Dem Rat könne gefolgt werden, weil die Arbeitsbeziehung auf Vertrauen und Verlässlichkeit basiere. Müsse etwas durchgesetzt werden, wäre es Hinweis auf eine falsche Entscheidung (P7, Pos. 47-49).

Zum *Kinderwunsch* benennt P2 eine Haltungsänderung. Sie habe sich beim Thema Kinder- wunsch schwergetan. Durch den Zuwachs an Wissen in ihrer sexualpädagogischen Ausbil- dung könne sie jetzt besser Loslassen: Jeder habe ein Recht auf Familiengründung und nie- mandem müsse dies glücken. Sie reflektiert ihre Moralvorstellungen und negative Vorerfah- rungen, um vorurteilsfreier beraten zu können (P2, Pos. 53).

Von mehreren Fachkräften wird auf die Frage nach *Regelungen* im Umgang mit Sexualität, SSV und Kinderwunsch deutlich versichert, dass keine Regeln in der Einrichtung dazu exis- tierten (P1, P2, P3, P5, P6). P1 betont, keine Regeln seien vorhanden, es würde individuell gearbeitet werden (P1, Pos. 13, 33). P2 bekräftigt erst, es gäbe keine Regeln für Sexualität, und schränkt dann ein, dass beim Sex die Tür zugemacht werden solle. Sie betont: „Ja aber ansonsten haben wir keine Regeln hier und in anderen Bereichen eben auch nicht. Ich weiß gar nicht, was man da für Regeln oder Gesetze hier durchsetzt. Also, da gab es noch keinen Bedarf, glaube ich [...].“ (P2, Pos. 37). P5 versichert keine klaren Vorgaben abseits des Schutzkonzepts zu haben: „Da schaut man immer auf die individuelle Situation der Person und wo ist der Bedarf und wie kann man den individuell erfüllen, besprechen [...]“ (P5, Pos. 63). Auch P3 verneint Regelungen: „Nö, wir haben keine Regeln. Also das ist ja jedem Be- wohner letztendlich selbst überlassen. Wir würden jetzt keiner Bewohnerin ähm auferlegen, die Pille zu nehmen.“ (P3, Pos. 23). Sie ergänzt aber, dass bei Schwierigkeiten Beratungs-

gespräche geführt würden. Auch P6 verneint Regelungen außerhalb der allgemeinen Gruppenregeln. Sie differenziert, dass ein sexualpädagogisches Konzept vorhanden sei mit einem Handlungsleitfaden für Interventionen bei sexualisierter Gewalt (P6, Pos. 17). P4 verweist auf ein allgemeines Leitbild des Trägers, versichert aber eine individuelle Herangehensweise ohne klare Regeln (P4, Pos. 20-23).

**(4) Differenzkategorien:** Es wurden informelle Bedingungen zu *Geschlecht*, *Beeinträchtigung* und *Alter* erfasst. Das *Geschlecht der Mitarbeiter\*innen* ist entscheidend für den Umgang mit Sexualität, SSV und Kinderwunsch. Fast alle Fachkräfte beschreiben Herausforderungen und Hemmnisse in diesem Zusammenhang (P1, P2, P3, P4, P5, P8). Bei mehreren Fachkräften wird deutlich, dass insbesondere Mitarbeiter\* Unsicherheiten zeigen (P1, P2, P5). P1 beschreibt, dass es für ihn als Mann\* schwieriger sei, sexuelle und reproduktive Themen einzubringen und dabei professionellen Abstand zu wahren. Insbesondere SSV sei eher das Thema von Mitarbeiterinnen\*, Klientinnen\* zeigten ihnen gegenüber mehr Vertrauen (P1, Pos. 13). Auch P5 beschreibt, dass für ihn bei Bewohnerinnen\* Grenzachtung relevant sei. Er würde das Thema Sexualität und Partnerschaft einer Bewohnerin\* gegenüber nur beiläufig thematisieren, um die Distanz zu wahren. Eine offensive Thematisierung würde die Kollegin\* übernehmen (P5, Pos. 33, 43). Er sieht eine Verstärkung durch die Überschneidung zu *Beeinträchtigung*: „Das habe ich jetzt mit der Dame noch nie geführt, weil es schwierig ist, mit einer Frau als Mann über Sexualität zu reden, gerade wenn Behinderung eine Rolle spielt.“ (ebd., Pos. 43). Gespräche zu Sexualität würden gleichgeschlechtlich geführt, da Missverständnisse auf der Beziehungsebene befürchtet werden. Dabei müsse er seine Rolle als Betreuer deutlich machen:

„Und da eine Grenze, die Balance zu finden, dass man nicht irgendwie in Schiene rutscht, dass eine Klientin sagt ‚Oh, das könnte doch mein Freund werden‘ oder ‚Ich möchte den Betreuer als Freund haben.‘ Da muss man sehr, sehr sensibel mit umgehen. Und das muss man schaffen und immer wieder klarstellen: ‚Nein, so funktioniert es nicht. Ich kann nicht dein Freund sein oder dein Partner.‘, das muss man klären.“ (ebd.).

P2 formuliert, das Thema Sexualität und SSV sei eher „Frauenthema“. Die Kollegen\* zeigten Berührungängste und seien eher unwissend, überfordert und hilflos im Umgang. Sie sieht als einen der Gründe die Angst vor der Unterstellung von Übergriffigkeit:

„Aber diese Angst sitzt tief bei einigen Männern noch. Denen ist das einmal passiert, dass Klientinnen gesagt haben ‚Und ich werde allen erzählen, du hast mich unsittlich angefasst!‘, auch wenn es gar nicht passiert ist. So dass / da haben einige gerade so mit denen im Therapeutischen Wohnen, wo Frauen, die sehr psychotisch sind / die sind da ein bisschen ängstlicher.“ (P2, Pos. 57).

P4 benennt die Relevanz gleichgeschlechtlicher Beratung zu Sexualität auch andersherum: „Ich weiß nicht, ob ich DA reingehen will, vielleicht eher dann der Mann im Team.“ (P4, Pos. 19). Es werden auch Potentiale der gleichgeschlechtlichen Beratung betont (P2, P3, P8). P2 beschreibt die Vorbildfunktion eines Kollegen\*, Klienten\* wollen gerne mit einem

Mann\* über Sexualität sprechen (P2, Pos. 61). Auch P3 beschreibt den Bedarf einiger Bewohner\* männliche Ansprechpersonen zum Thema Sexualität und SSV zu haben. Es gibt aber keine in der Einrichtung (P3, Pos. 39). P8 lobt die Vorbildfunktion eines Kollegen\*, er würde den Bewohnern\* Pornografie vermitteln (P8, Pos. 37). Sie zeigt die geschlechtsspezifische Erwartung, dass Kollegen\* mit Klienten\* in Sexshops und Bordelle gehen sollten. Es werden *Altersunterschiede* im Umgang mit Sexualität, SSV und Kinderwunsch benannt. P1 beobachtet, dass vorwiegend jüngere Mitarbeitende Sexualität thematisieren. Bei älteren Mitarbeitenden beobachtet er eine Scheu vor dem Thema (P1, Pos. 43-45). Laut P2 habe das Alter Auswirkungen: insbesondere Kollegen\* im Altern von 50/60 Jahren zeigen Hilflosigkeit und Schwierigkeiten bei Sexualität, Schwangerschaft und SSV. Sie vermutet, dass sie kein aktuelles Wissen zu den Möglichkeiten sexueller Bildung hätten (P2, Pos. 57).

### 5.5.2 Interpretation

Die Kategorie 5 erfasst informelle Bedingungen für den Umgang mit sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung. Die Fachkräfte zeigen eine Vielzahl an *Handlungsstrategien* in herausfordernden Situationen, die teilweise bewusst eingesetzt werden oder auf die intuitiv zurückgegriffen wird. Es zeigen sich Überschneidungen zu Ortland et. al: Mitarbeiter\*innen werden mit einer Vielfalt sexueller Verhaltensweisen konfrontiert, wodurch sie Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Kommunikationsfähigkeiten, Klarheit eigener Grenzen und Handlungskompetenzen brauchen (Ortland et al. 2016, S. 1087–1088). Auch in dieser Befragung wird Grenzziehung eingesetzt. Es werden Aushandlungen zu Nähe/Distanz vorgenommen, die Rolle von Betreuer\*innen wird geklärt. Grenzüberschreitungen in Form von Liebesbriefen oder körperliche Kontaktaufnahme werden als solche benannt, Grenzen werden nachdrücklich und klar gesetzt. Darüber hinaus wird zwischen beteiligten Personen vermittelt: Insbesondere Eltern und gesetzlicher Betreuung gegenüber vermitteln Fachkräfte die Interessen der Klient\*innen. Sie kommen darin der Vertretung gegenüber Dritten nach Leitlinie drei nach (Ortland et al. 2020, ebd., S. 33). Viele Fachkräfte sehen in Aus- und Fortbildungen eine Strategie für Wissenszuwachs, Entwicklung von Haltung und Handlungssicherheit. Sie setzen Reflexion einzeln und im Team ein, um die Interessen von Klient\*innen in den Vordergrund zu stellen und begegnen Paternalismus. Bei Hemmungen, Überforderung, Kompetenzüberschreitung, zur Grenzachtung und bei Voreingenommenheit delegieren sie an Kolleg\*innen oder Beratungsstellen, um Professionalität und eine gute pädagogische Begleitung zu gewährleisten. Dies ist aber unter Bezugnahme der geäußerten Bedarfe (Kapitel 5.6) nicht

immer umsetzbar, wenn zeitliche und personelle Ressourcen fehlen. Zur Lösung von Haltungskonflikten im Team werden respektvolle Kommunikation, Mehrheitsentscheide, Klärung von Zuständigkeiten und Tätigkeitsfeldern eingesetzt, um Kompromisse zu erzielen. Es werden verschiedene *Methoden* und *Werkzeuge* eingesetzt. In fast allen Einrichtungen wird Beratung nach Bedarf durchgeführt, externe Unterstützung wird sich bei Beratungsstellen, Sexualberatung und Workshops (auch Peer-to-Peer) gesucht. Es wird insgesamt eine Bandbreite an Werkzeugen eingesetzt. Dennoch fällt auf, dass Materialien für Beratung vor Ort nur vereinzelt vorhanden sind. Nur die Sexualpädagogin\* beschreibt umfassend vorhandene Materialien und Methoden. Gerade bei den Kondom-Übungen fällt auf, dass die Anwendung von Obst/Gemüse und Holzimitaten veraltet ist. Hier fehlen adäquate Hilfsmittel. Es wurden verschiedene *pädagogische Haltungen* als bewusste und unbewusste Positionierung erfasst. In der pädagogischen Beziehung wird die Relevanz der Wahrnehmung der Klient\*innen als Erwachsene mit Rechten betont. Hier werden Unterschiede zur Wahrnehmung durch Eltern und gesetzlicher Betreuung deutlich. Menschen mit Lernschwierigkeiten sollen in ihrer Unterschiedlichkeit gefördert und ihnen soll auf Augenhöhe begegnet werden. Sexualität wird als Grundbedürfnis und die selbstständige Ausübung mehrfach benannt. Mitarbeiter\*innen seien dafür zuständig, einen Rahmen zu schaffen, damit Sexualität gelebt werden kann. Möglichkeiten und Unterstützung sind zu gewährleisten. Bei Entscheidungsprozessen zu SSV wird von einer Fachkraft eine neutrale und zurückhaltende Haltung betont. Die Übereinstimmung mit ihren Handlungen wird im Fallbeispiel bestätigt: als ihre Neutralität in Gefahr ist, gibt sie die Begleitung ab. Eine Fachkraft sieht sich als Berater, nicht als Entscheider oder Beeinflusser. Dies steht im Widerspruch zu seinen Ausführungen. Dort wird deutlich, dass er zwei Klientinnen\* in ihrer Entscheidung beeinflusst und letztendlich für sie entscheidet (Kapitel 5.4). Eine Fachkraft beschreibt das Spannungsfeld zwischen dem Sicherheitsbedürfnis von Mitarbeiter\*innen und der Selbstbestimmung von Klient\*innen. Teilweise überwiege (vorläufig) das Sicherheitsbedürfnis, dies stimmt mit ihren Ausführungen überein (Kapitel 5.4). Eine Fachkraft beschreibt, dass Selbstbestimmung zu einem gewissen Grad vorhanden sei. Nur durch die Vorarbeit der Fachkraft mit Entscheidungen zu Informationen und Vorschlägen können Klient\*innen entscheiden. Vertrauen und Verlässlichkeit der Arbeitsbeziehung ermöglichen diese eingeschränkte Selbstbestimmung. Diese Ausführungen scheinen eine fachlich kompetente Einschätzung der Ambivalenzen in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten zu diesen Themen zu sein. Fast alle Fachkräfte beschreiben eine Haltung, die Selbstbestimmung bejaht und betont. Hierbei werden teilweise Widersprüchlichkeiten zu Handlungen sichtbar. Insbesondere im Kontext Kinderwunsch zeigt sich Paternalismus. Es werden negative Erfahrungen und Beispiele angeführt,

mit der die skeptische Haltung begründet wird. Eine Fachkraft beschreibt eine Haltungsänderung durch Reflexion und Wissenszuwachs, worin Potentiale sichtbar werden. Auch in den Haltungen zu Regeln werden Widersprüche sichtbar. Fast alle Fachkräfte versichern, dass keine Regeln im Umgang mit Sexualität und SSV vorhanden seien. Auffällig ist die Abwehr bei dem Stichwort Regeln insbesondere vor dem Hintergrund der Regeln zu Bewohner\*innenbesprechungen, Gruppenregeln (Kapitel 5.2), Übernachtungsregeln (Kapitel 5.3) und Auszug bei Kindern (Kapitel 5.4). Hinter der Abwehr bzgl. Regeln werden Befürchtungen vermutet im Kontext der historischen Entwicklung der Einrichtungen. Möglicherweise wird hiermit die Abgrenzung zu Zwang und Verboten der Vergangenheit betont. Regeln werden nicht als Potential für die Handlungssicherheit aller gesehen. Die etablierten, inoffiziellen Handhabungen bergen Risiken der Willkür und Unsicherheit.

Bei den *Differenzkategorien* wird deutlich, dass das Geschlecht von Mitarbeiter\*innen Herausforderungen, Hemmnisse und Potentiale im Umgang mit Sexualität und SSV mit sich bringt. Insbesondere bei Mitarbeitern\* zeigen sich Unsicherheiten und Befürchtungen von Auswirkungen auf die Beziehungsebene zu Bewohnerinnen\*, wenn sie zu Sexualität und SSV arbeiten. Dies wird einmal konkret in den Zusammenhang mit Beeinträchtigung gestellt. Grenzen und die Rollenklarheit zeigen sich als relevant. Gleichzeitig wird das Potential einer vergeschlechtlichten Vorbildfunktion deutlich. Das Thema SSV wird hauptsächlich als Kompetenzbereich von Mitarbeiterinnen\* wahrgenommen. Es wird in der Regel eine gleichgeschlechtliche Begleitung gewählt. Dadurch arbeiten vorwiegend Mitarbeiterinnen\* mit Bewohnerinnen\* zum Thema Sexualität und SSV. Dieses implizite Wissen ohne konzeptionelle Handlungsanweisung schafft Unsicherheiten und Unklarheiten in Zuständigkeiten. Es fehlt die Umsetzung dieser inoffiziellen Handhabung in einen Leitfaden. Altersunterschiede und Geschlecht scheinen sich auf den Wissenstand zu sexueller Bildung auszuwirken. Insbesondere ältere Kollegen\* zeigen mehr Unsicherheiten und Scham, was sich mit generationellen Unterschieden im Umgang mit Sexualität begründen lässt. Es zeigt sich ein Bedarf an Bildung für ältere und/oder männliche Mitarbeiter\*.

## **5.6 Bedarfe**

Es wurden die Bedarfe der Fachkräfte zu Sexualität, SSV und Kinderwunsch erfasst.

### **5.6.1 Deskription**

Es wurden als Bedarfe hinsichtlich Sexualität, SSV und Kinderwunsch *Zeit, Wissen, Fortbildungen, Beratungsangebote, Konzepte* und *Gewaltschutz* erfasst.

*Zeit* und *Wissen* werden am häufigsten als Bedarfe genannt (P3, Pos. 13; P4, Pos. 35; P6, Pos. 29, 69; P7, Pos. 61). Knappe Personalbesetzung wird als Ursache für Zeitmangel benannt, sodass Themen sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung nicht bearbeitet werden können (P3, Pos. 49; P6, Pos. 25). P3 wünscht sich nicht nur Zeit für die konkrete Arbeit mit Klient\*innen sondern auch für koordinierende Absprachen im Team (P3, Pos. 49).

Zu *Wissensbedarfen* konkretisieren P3 und P6, dass niedrigschwellige Methoden sexueller Bildung fehlten (P3, Pos. 61; P6, Pos. 63, 69). Insbesondere P6 äußert in der besonderen Wohnform eine Überforderung: „[...] sobald die Menschen sich nicht mehr klar verbal sprachlich äußern können, nicht ganz klar ihre Wünsche äußern können, ja, weiß halt niemand mehr, wie damit umzugehen ist.“ (P6, Pos. 67). Sie spezifiziert den Bedarf an konkreten Ansätzen und Materialien für Menschen, die keine leichte Sprache verstehen und nicht verbal-sprachlich kommunizieren: „Aber es fängt ja schon damit an, dass man nicht weiß, was die Person essen will. Also wie soll man rausfinden, ob sie verhüten will, oder nicht?“ (ebd., Pos. 69). Es wird der Bedarf an Wissen zu queerer sexueller Bildung (P4, Pos. 61) und Wissen zur Vermittlung von Einvernehmlichkeit und Konsens insbesondere für Menschen mit Lernschwierigkeiten in leichter Sprache benannt (P3, Pos. 19). Darüber hinaus besteht ein Bedarf an Wissen zur Elternarbeit im Kontext sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung mit dazugehörigem Handlungsleitfaden (P1, Pos. 41). Die Ursache für einen erhöhten Wissensbedarf sieht P1 in strukturellen Defiziten in Ausbildungen (P1, Pos. 43). P2 sieht einen erhöhten Bedarf an Wissen zu sexueller Bildung bei älteren Kollegen\* (P2, Pos. 57). *Fortbildungen* können Wissen und Reflexion bieten, wenn sie über einen längeren Zeitraum gingen (P7, Pos. 59-61). Es wird gefordert, dass jeweils eine Fachkraft pro Wohngruppe (P4, Pos. 27) oder alle Mitarbeiter\*innen eine (verpflichtende) Fortbildung zu selbstbestimmter Sexualität gemacht haben sollten (P8, Pos. 39). P2 formuliert, dass in jedem Träger eine sexualpädagogische Fachkraft arbeiten sollte (P2, Pos. 61).

Als weiterer Bedarf wird die Erweiterung von *Beratungsangeboten* genannt. P3 wünscht sich externe Angebote, die in Einrichtungen für Einzelgespräche oder zur Beratung bei Übergriffen kommen (P3, Pos. 47, 49, 59). Es wird ein Mangel an Beratungsstellen im Bereich Grenzwahrung/-überschreitung benannt: es gäbe in der Großstadt nur eine für straffällig gewordene Täter, diese berät keine Menschen mit Lernschwierigkeiten (ebd., Pos. 19, 59).

Es wird der Bedarf an *Konzepten* und deren Umsetzung benannt (P3, P8). P3 beschreibt die Handlungsunsicherheiten bei einem Übergriff: „[...] als wir den Fall mit dem Bewohner hatten, der dann übergriffig geworden ist, das war schon, also da wussten wir alle nicht so richtig, was wir jetzt machen sollen.“ (P3, Pos. 59). Bei P8 seien zwar Konzepte im Träger

vorhanden, es fehle aber deren Umsetzung (P8, Pos. 15). In beiden Beispielen wird der Bedarf an Schutzkonzepten und Schulungen der Mitarbeiter\*innen deutlich.

Es wird ebenfalls ein Bedarf an *Gewaltschutz* für Mitarbeiter\*innen geäußert. P1 beschreibt, dass der Schutz insbesondere von Mitarbeiterinnen\* in Pflegesituationen nicht gewährleistet sei (P1, Pos. 25, 27). Es existiere hierbei keine Direktive im Umgang mit Übergriffen (ebd.). P3 beschreibt Gewalt gegenüber Mitarbeiter\*innen. Abmahnungen reichen als Handhabe nicht aus, wenn ihnen keine Konsequenzen folgen (können): Es fehlt an wirksamen Handlungsmöglichkeiten (P3, Pos. 63). P2 berichtet von Ängsten bei Mitarbeitern\* vor Anschuldigungen sexualisierter Gewalt (P2, Pos. 57). Hieran wird der Bedarf an Handlungsweisungen oder Konzepten deutlich, um mehr Sicherheit im Alltag zu haben. P8 entwickelt Ideen zu einem fördernden Umgang mit Sexualität (P8, Pos. 35). Umfassende konzeptionelle und strukturelle Veränderungen wären nötig. Sexualität müsste Soll-Thema und Standard in der ressourcenorientierten Assistenzplanung werden. Mitarbeitende müssten dafür sensibilisiert werden (ebd., Pos. 69). Mittel dazu wären trägerinterne, verpflichtende Fortbildungen und die Verankerung von Sexualität im Leitfaden von Entwicklungsgesprächen (ebd., Pos. 37, 39). Sie formuliert den Wunsch an diese Arbeit, dass ein Handlungsleitfaden zur Förderung sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung entstehe (ebd., Pos. 71-73).

### 5.6.2 Interpretation

Fast alle Fachkräfte geben an, zu wenig Zeit und/oder zu wenig Personal (aller Geschlechter) für die pädagogische Bearbeitung von Sexualität, SSV und Kinderwunsch zur Verfügung zu haben. Somit sind die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen nicht gegeben, um sexuelle Selbstbestimmung sicherzustellen entsprechend Leitlinie fünf (Ortland et al. 2020, S. 40). Darüber hinaus fehlt es an Wissen zu verschiedenen Inhalten. Insbesondere braucht es niedrigschwellige Methoden zu Sexualität, SSV und Kinderwunsch für Menschen mit Lernschwierigkeiten. In der besonderen Wohnform ist der methodische Bedarf größer, da durch die Beeinträchtigung der Bewohner\*innen Kommunikation und Selbstbestimmung erheblich eingeschränkt sind. Die Qualifizierung von Mitarbeitenden zur Begleitung sexueller Selbstbestimmung wird entsprechend Leitlinie zehn nicht erfüllt (ebd., S. 55). Der strukturelle Ausbau von Beratungsangeboten zu verschiedenen Inhalten wird bemängelt, obwohl alle Fachkräfte in Großstädten tätig sind. Vermutlich existieren noch weniger Beratungsstellen zu Sexualität und SSV mit Menschen mit Lernschwierigkeiten im ländlichen Raum. Es wird der Bedarf an externer Unterstützung in Wohngruppen geäußert bspw. durch Beratung vor Ort. Teilweise existieren keine Konzepte zu Sexualität, SSV, Kinderwunsch, manchmal nicht einmal Schutzkonzepte. Einrichtungsspezifische Schutzkonzepte müssten laut Leitli-



nie neun vorhanden sein (ebd., S. 51). Teilweise existieren zwar Konzepte oder Handlungsanweisungen, sie werden aber nicht umgesetzt. Für die Umsetzung würden sich umfassende Schulungen anbieten, damit alle Mitarbeiter\*innen Zugang zu diesem Wissen bekämen. Defizite sind beim Gewaltschutz von Mitarbeiter\*innen vor körperlichen und sexualisierten Übergriffen erkennbar. Es fehlt auch an Wissen und Handlungssicherheit der Mitarbeiter\* im Umgang mit Anschuldigungen sexualisierter Gewalt bzw. möglicherweise auch zu grenzwahrendem Umgang. Es braucht in beiden Fällen Handlungsweisungen und Konzepte. Zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung wird die Idee entwickelt, die pädagogische Bearbeitung umfassend konzeptionell zu implementieren. Dies könne anhand von Anpassungen in Leitfäden und trägerinternen verpflichtenden Fortbildungen umgesetzt werden. Es wird sich ein Handlungsleitfaden für diese Förderung gewünscht.

## **6 Zusammenführende Diskussion der Ergebnisse**

Sexuelle Selbstbestimmung umfasst den Zugang zu Informationen, informierten Entscheidungen und Möglichkeiten zur autonomen Gestaltung von Sexualität, SSV und Familienplanung. Umfassende Selbstbestimmung in allen anderen Lebensbereichen ist Voraussetzung hierfür. Deshalb wurden in dieser Arbeit strukturelle Bedingungen, Selbstbestimmung im Alltag und in der Sexualität allgemein mitbetrachtet, um herauszufinden, inwiefern Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen selbstbestimmt über den Aspekt der SSV entscheiden können.

In den Interviews zeigen sich in ambulanten Einrichtungen die eingeschränkten Betreuungszeiten als strukturelle Einschränkung. Es fehlt an Zeit und Personal als Ressourcen für ausreichende Beratung zu Sexualität und Familienplanung. Für das Zusammenleben mit Kindern fehlen Personal und Konzepte. In der besonderen Wohnform werden Selbstbestimmung im Leben, Sexualität und SSV durch die Beeinträchtigungen und Strukturen deutlich erschwert. Team- und Abteilungsleitungen sind dennoch ansprechbar und übernehmen Verantwortung, selten wird fehlende Unterstützung bemängelt. In der Hälfte der Einrichtungen werden trägerintern Fortbildungen bzw. Arbeitsgruppen zu Sexualität angeboten, trotzdem werden diese nicht als Ressource benannt. Nur eine der erfassten Einrichtungen beschäftigt eine Präventionsbeauftragte, welche mit ausreichend Zeit und den notwendigen Kompetenzen sexuelle Bildung anbieten und Mitarbeiter\*innen niedrigschwellige, kollegiale Beratung geben kann. In diesem Verein ist sexuelle Selbstbestimmung Bestandteil der Einrichtungskultur nach Leitlinie vier (Ortland et al. 2020, S. 37) und durch strukturelle und personelle Rahmenbedingungen gefördert nach Leitlinie fünf (ebd., S. 40). Insgesamt fehlen in den

erfassten Einrichtungen aber strukturelle und personelle Rahmenbedingungen zur sexuellen Selbstbestimmung entsprechend Leitlinie fünf (ebd.).

Zur Erfassung von Mitbestimmung wurden Beteiligungsformen identifiziert. Fast alle Interviewten geben ein zumeist wöchentliches Bewohner\*innenplenum an. Dies ist eine niedrigschwellige Möglichkeit zur Förderung von Mitbestimmung im Alltag. In der Regel fehlt aber eine klare Struktur, auf die sich berufen werden könnte. Der Grad der Partizipation erscheint daher eher als Anhörung der Belange durch Fachkräfte und damit Vorstufe der Partizipation (Wright 2020). In keiner Einrichtung existiert ein strukturiertes Vorgehen zur Umsetzung der Anliegen. Es scheint demnach keine Bewohner\*innen-Vertretung zu sein, wie in der THB verlangt (Harand et al. 2022, S. 78). In nur zwei Einrichtungen werden in regelmäßigen Abständen Einzelgespräche als Beteiligungsinstrument durchgeführt. Sie haben das Potential zur Förderung von Selbstbestimmung im Alltag, zu Sexualität und SSV. Selbstbestimmung in der Sexualität entsprechend Leitlinie eins (Ortland et al. 2020, S. 27) wird zu ermöglichen versucht. Gesprächsangebote, Wissensvermittlung und Zugang zu Sexualität werden aus den Interviews als begünstigende Faktoren identifiziert. Fast alle Fachkräfte bieten anlassbezogen Einzelgespräche zum Thema Sexualität an. Zur Wissensvermittlung werden sexualpädagogische Materialien in leichter Sprache und externe Angebote genutzt. Der Zugang zu Sexualität wird ermöglicht und gefördert: Es wird von verschiedenen Formen der Sexualität berichtet, wie Partnerschaften, Solosexualität und Sexualassistenz. Dafür werden z.B. Termine organisiert, Beratung aufgesucht und vereinzelt Sexspielzeug gekauft. Es zeigen sich Überschneidungen zu Ortland et. al: Mitarbeiter\*innen werden mit einer Vielfalt sexueller Verhaltensweisen konfrontiert, wodurch sie Reflexionsfähigkeit, Fachwissen, Kommunikationsfähigkeiten, Klarheit eigener Grenzen und Handlungskompetenzen brauchen (Ortland et al. 2016, S. 1087–1088). Die Fachkräfte zeigen vielfältige Handlungsstrategien in herausfordernden Situationen. Diese bedingen informell sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Sie beschreiben Aushandlungen zum Schutz der Grenzen der Bewohner\*innen und Mitarbeitenden. Sie reflektieren einzeln und im Team Paternalismus, um die Interessen von Klient\*innen zu priorisieren. Insbesondere bei Überforderung, Kompetenzüberschreitung und Voreingenommenheit delegieren sie an Kolleg\*innen oder Beratungsstellen, um eine professionelle Begleitung zu gewährleisten. Bei pädagogischen Differenzen im Team werden respektvolle Kommunikation und Klärung von Zuständigkeiten bzw. Tätigkeitsfeldern genutzt, um Kompromisse zu erzielen. Teilweise werden mit Mehrheitsentscheidungen Entscheidungen getroffen. Diese Strategien begünstigen eine Selbstbestimmung fördernde Einrichtungskultur entsprechend Leitlinie vier (Ortland et al. 2020, S. 37, 55).

Es werden auch Defizite und Hindernisse für die sexuelle Selbstbestimmung sichtbar. Die Interviews bestätigen, dass sexuelle Erfahrungsräume bedingt werden durch das Wissen und die Haltung von Eltern und Fachkräften (Djanic 2021, S. 169). In fast allen Einrichtungen fehlt über reaktive, anlassbezogene Interventionen hinaus ein regelgeleitetes Verfahren sexueller Bildung mit regelmäßigen Angeboten. Auch werden geschlechtsspezifische Vorstellungen zur Sexualität sichtbar. Männer\* werden sich teilweise als natürlich sexuell und triebhaft vorgestellt, weswegen Maßnahmen zur Förderung von Sexualität aktiv ergriffen werden – auch zur Abwendung von Übergriffen. Klientinnen\* werden als passiv wahrgenommen, ihre Sexualität wird eher nach Bedarf besprochen und begleitet. Werden intime Kontakte nicht sichtbar gelebt, wird angenommen, dass kein Interesse an Sexualität besteht, was sich auch auf die Zugänge auswirkt. Vielen Klienten\* aber keinen Klientinnen\* wird Sexualassistenten angeboten. In wenigen Fällen wird Sexualität von Frauen\* aktiv verhindert, wenn sie den Vorstellungen der Fachkräfte nicht entspricht, insbesondere bei Promiskuität.

Die Fachkräfte geben Beeinträchtigungen als Hindernis für die Vermittlung von Inhalten sexueller Bildung wie Anatomie und Konsens an. Sie sehen die Ursache in Verständnisproblemen seitens der Bewohner\*innen. Allerdings kann angenommen werden, dass es den Fachkräften teilweise auch an Wissen und Qualifizierung nach Leitlinie zehn fehlt (Orland et al. 2020, S. 55). Insbesondere fehlen niedrigschwellige Methoden mit bildlichen Darstellungen in leichter Sprache und solche für Menschen, die keine leichte Sprache verstehen.

Konsens ist ein zentrales Thema für die Fachkräfte. Sie finden sich in einer herausfordernden Moderationsrolle und müssen bei sexuellen Kontakten zwischen Bewohner\*innen herausarbeiten, ob diese beidseitig gewollt sind. Unsicherheiten und Schutzbedürfnisse seitens der Fachkräfte führen teilweise zu einer (temporären) Verhinderung von Sexualität. Es fehlt an Methoden, Konsens niedrigschwellig zu erarbeiten. Das Verständnis von Intim- und Privatsphäre bezüglich Sexualität erscheint für Bewohner\*innen besonders herausfordernd (Anklopfen, Hereinbitten, Nacktheit, Masturbation).

Die eingeschränkte Bewegungsfreiheit außerhalb der Wohngruppe behindert die Möglichkeiten, Kontakte zu knüpfen und Partner\*innen kennen zu lernen. Diese Teilhabe einschränkungen beeinflussen selbstbestimmte Sexualität. Hinsichtlich Partnerschaften zeigen Mitarbeiter\*innen vereinzelt Initiativen zur Unterstützung bei Teilhabe und im Zugang zu Neuen Medien nach Leitlinie sieben und acht (Orland et al. 2020, S. 46-48; UN-BRK, Art. 30).

Auffällig ist der Widerstand der Fachkräfte zur Frage nach Regelungen. Fast alle versichern, dass keine Regeln in der Einrichtung zur Ausübung der Sexualität existierten. Es werde stets individuell auf Bedarfe eingegangen. Dennoch werden Regeln sichtbar: Die Regeln sind zu-

meist nicht formalisiert, werden anlassbezogen durch die Fachkräfte aufgestellt und in Einzel- oder Gruppengesprächen besprochen (z.B. zu Übernachtungen, Privatsphäre). Partizipativ erarbeitete und formalisierte Gruppenregeln fehlen in den Einrichtungen. In Regeln wird kein Potential für die Handlungssicherheit von Bewohner\*innen und Mitarbeiter\*innen gesehen. Informelle Handhabungen bergen aber Risiken der Willkür.

Eltern mit und ohne gesetzliche Betreuung stellen ein zentrales Hindernis für die Selbstbestimmung dar. Alle Fachkräfte berichten, dass Eltern die alltägliche Lebensgestaltung beeinflussen, was Auswirkungen auf die selbstbestimmte Sexualität hat. Dies bestätigt die Datenlage (Ortland et al. 2020, S. 32). Alle Befragten beschreiben Fälle, in denen Eltern aufgrund von Infantilisierung und Tabuisierung mit erzieherischen Eingriffen die Grenzen ihrer erwachsenen Kinder überschreiten: körperliche Autonomie, fehlende Aufklärung, Mitspracherecht bei sexuellen Beziehungen, Übernachtungen und Sexualassistenz. Verstärkt wird die Einflussnahme durch die regelmäßig auftretende Doppelrolle als gesetzliche Betreuung. Die Zuständigkeiten werden häufig überschritten. Teilweise vertreten Fachkräfte die Interessen der Klient\*innen, teilweise lassen sie Eltern zu viel Einfluss nehmen. Leitlinie drei wird demnach nicht umfassend entsprochen (Ortland et al. 2020, S. 33).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass alltägliche und sexuelle Selbstbestimmung größtenteils ermöglicht werden, aber Einschränkungen unterliegen. Es bedarf eines strukturierten Verfahrens der Umsetzung von Anliegen und partizipativ erstellten Gruppenregeln.

Im Kontrast zu den Ergebnissen zur Sexualität werden hinsichtlich der Selbstbestimmung zur SSV und Familienplanung gravierende Einschränkungen nach Leitlinie zwei erfasst (Ortland 2020, S. 31). Auf der Haltungsebene befürworten alle Fachkräfte grundsätzlich reproduktive Selbstbestimmung, jedoch wird dem auf Handlungsebene nicht durchgehend entsprochen. Sterilisationen werden schon seit 1992 deutlich seltener durchgeführt (Zinsmeister 2023, 62-63, 67). Sie stellen in den Interviews Ausnahmen, insbesondere bei älteren Frauen\*, dar. In der Arbeit wird eine Vielzahl an SSV-Mitteln angegeben, mit denen Bewohner\*innen verhüten. Entgegen der Datenlage (Habermann-Horstmeier 2020, S. 7, 14; Zinsmeister 2012, S. 231) geben die Fachkräfte am häufigsten Pille und Kondom an, nicht Pille und Dreimonatsspritze. Spirale, Dreimonatsspritze und Sterilisation werden seltener genannt, Diaphragma nur ein Mal. Es wird ein Wandel von häufiger Anwendung der Dreimonatsspritze zur Pille beschrieben und mit Kostenübernahmen begründet. Kondome werden vorwiegend bei Bewohnern\* als SSV angegeben. Die Kosten für SSV-Mittel sind ein hindernder Faktor: Klient\*innen haben durch geringe finanzielle Mittel einen begrenzten Zugang zu Verhütungsmitteln wie Spirale oder Kondom. Durch die Vielfältigkeit der SSV-Mittel kann vermutet werden, dass eine individuelle Eignung geprüft wird.

Geschlecht und Beeinträchtigung beeinflussen den Umgang mit SSV. SSV wird hauptsächlich bei Bewohnerinnen\* verortet. Es findet sich ein geschlechtsspezifischer Gegensatz zu den Ergebnissen bei Sexualität: Sexualität wird mit Männern\* regelmäßig thematisiert, bei Frauen\* nach Bedarf – SSV wird mit Frauen\* regelmäßig thematisiert, mit Männern\* nach Bedarf. Von den Fachkräften wird Beeinträchtigung als zentraler Einflussfaktor auf die reproduktive Selbstbestimmung gesehen: Es fehle das Grundverständnis für Einnahme, Wirkweise und Körpergefühl. Häufig werden daraus resultierende Einnahmeschwierigkeiten beschrieben. Zusammenhänge würden falsch verstanden werden.

Es wird in den Interviews deutlich, dass die reproduktiven Rechte von Frauen\* mit Lernschwierigkeiten über das Thema Sterilisation hinaus nicht ausreichend geschützt werden. Zur SSV wird reproduktiver Gerechtigkeit und Leitlinie zwei nicht ausreichend entsprochen (Ortland et al. 2020, S. 31; Ross 2021, S. 19). SSV wegen fehlendem Kinderwunsch oder nach einem Abbruch sind Ausnahmen. SSV wird vor allem aufgrund von Partnerschaften und vermuteter Sexualität veranlasst. Es wurde einerseits erfasst, dass viele Beziehungen ohne genitale Sexualität gelebt werden, andererseits wird auffällig häufig bei Frauen\* in Partnerschaften pauschal SSV veranlasst. Dies bestätigt die Datenlage: Frauen\* mit Lernschwierigkeiten nehmen auch ohne sexuelle Aktivität häufig SSV (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9; Schrötte et al. 2013, S. 244–245). Prophylaktische, hormonelle Verhütung ohne Schwangerschaftsrisiko ist jedoch rechtswidrig (Zinsmeister 2012, S. 232).

Bestehen Partnerschaften mit Übernachtungen, angedeutetem Kinderwunsch oder konkreter Sexualität, formulieren Fachkräfte eine hohe Dringlichkeit und ein Schutzbedürfnis für sich selbst. Es werden Unsicherheiten zum pädagogischen Auftrag deutlich: SSV soll sie absichern. Zwei Interviews berichten von Fällen, in denen Kinderwunsch durch Sterilisation bzw. Dreimonatsspritze dauerhaft verhindert wird. In zwei weiteren Fällen wird der Zeitpunkt beeinflusst – es soll „noch“ keine Schwangerschaft erfolgen. In einem Fall beraten Mitarbeiter\*innen tendenziös, aus eugenischer Argumentation (befürchtete Vererbung) werden SSV-Mitteln veranlasst. Einige Klientinnen\* haben kein Wissen über den Einsatz von SSV-Mitteln und/oder verstehen die SSV nicht. Teilweise werden Klientinnen\* mit Angabe falscher Gründe SSV verabreicht oder sterilisiert. Auch Habermann-Horstmeier beschreibt, dass Frauen\* SSV-Mittel ohne Kenntnis verabreicht werden, wenn sie intellektuell die Informationen nicht verstehen würden (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 14-18).

Insbesondere Mitarbeiter\*innen der Einrichtungen, Eltern, gesetzliche Betreuung und Gynäkolog\*innen nehmen bedeutenden Einfluss auf Verhütungsentscheidungen von Bewohner\*innen. Die Interviews bestätigen, dass Eltern und Fachkräfte über die Informationen entscheiden, die Menschen mit Lernschwierigkeiten (nicht) zugänglich gemacht werden

(Zinsmeister 2023, 67). In den Interviews wird deutlich: teilweise beeinflussen sie die Entscheidung, manchmal entscheiden sie sogar stellvertretend. In den meisten Fällen wird zwar der Wunsch von Klientinnen\* miteinbezogen, letztendlich wird die Entscheidung aber von anderen Menschen getroffen. Dies bestätigt die Ergebnisse von Schröttle et al. und Habermann-Horstmeier: Frauen\* mit Lernschwierigkeiten werden zur SSV aufgefordert und/oder die Entscheidung zur SSV wird von Eltern, Betreuer\*innen und/oder Gynäkolog\*innen getroffen (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 14-18; Zinsmeister 2012, S. 232).

Die pädagogische Begleitung durch Fachkräfte bei der Vorbereitung und Umsetzung von SSV ist zentral für die Selbstbestimmung. Klient\*innen sind durch ihre Beeinträchtigung abhängig von Mitarbeiter\*innen. Es zeigt sich in vielen Fällen, dass die Meinung und der Rat von Mitarbeiter\*innen maßgeblich für die Entscheidung sind. Die Interviewten führen Beratungsgespräche zur SSV vorwiegend mit Klientinnen\*. Dabei wird in der Regel eine gleichgeschlechtliche Begleitung gewählt. Mitarbeiter\* zeigen Unsicherheiten und Befürchtungen von Auswirkungen auf die Beziehungsebene zu Bewohnerinnen\*. In der Beratung ist die niedrighschwellige Vermittlung von Wissen eine Bedingung für eine informierte Entscheidung. Es wird aber deutlich, dass eine ergebnisoffene Beratung nicht die Regel ist. Einige Fachkräften informieren inhaltlich zu SSV-Mitteln, Funktionsweisen und körperlichen Vorgängen. Es sollte darüber hinaus u.a. Wissen zu Rechten, verschiedenen Verhütungsmethoden, dem Verlauf von Schwangerschaft und Geburt und zur Verfügung stehenden staatlichen Leistungen vermittelt werden nach Leitlinie zwei (Ortland et al. 2020, S. 31; Zinsmeister 2023, S. 60). Es wird kein Wissen in diesem Umfang vermittelt und es fehlen zielgruppengerechte Methoden. Es gibt kein regelgeleitetes Vorgehen. Verlängerungen einer bestehenden Verhütung geschehen automatisch. Beides erhöht die Abhängigkeit von der Haltung der Fachkräfte.

SSV wird deutlich durch den pädagogischen Umgang und die Haltung zu Kinderwunsch beeinflusst. Bei Entscheidungsprozessen zur SSV wird von mehreren Fachkräften eine neutrale Haltung betont, was nicht durchgehend mit ihren Handlungen übereinstimmt. Insbesondere die Haltung des Rechts auf Kinder scheinen die Fachkräfte grundsätzlich zu teilen, trotzdem wird sie nicht zwangsläufig umgesetzt. Mehrfach werden Ambivalenzen in der Haltung sichtbar. Paternalismus spielt in der Einschätzung eine Rolle: Klientinnen\* wird oft nicht zugetraut, ohne Unterstützung Kinder zu betreuen. Strukturelle Hindernisse und Barrieren werden als Gründe gegen Kinder angebracht (Auszug, Wohnungsmangel, finanzielle Mittel). Die Fachkräfte werden von positiven sowie negativen Vorerfahrungen beeinflusst. Diesbezüglich wird relevant, dass nur wenige verbindliche Standards und Konzepte zu sexueller Bildung und Schutzkonzepte vorhanden sind, was die Datenlage bestätigt (Ortland

et al. 2020, S. 35; Specht 2021, S. 180). Sind Konzepte vorhanden, sind Inhalte unbekannt und sie scheinen kaum praktische Relevanz zu haben. Wenn Konzepte nicht in der alltäglichen Praxis verankert sind, sind die Bewohner\*innen abhängig von den Moralvorstellungen der Mitarbeiter\*innen (Ortland et al. 2020, S. 35). Konzepte sind Werkzeuge, einheitliche und überprüfbare Strukturen zu schaffen. Sie begünstigen die Umsetzung von Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen. Es braucht Regelungen zu Gesprächsinhalten zur SSV und Wiederholungen der Gespräche in festgelegtem Abstand, bei denen bestehende SSV mit Klient\*innen besprochen und überprüft wird. Schutzkonzepte sollten verbindlich einrichtungsspezifisch nach Leitlinie 9 vorhanden sein (ebd., S. 51). Prüfverfahren zur SSV-Nutzung, Einwilligung und Zugang von Wissen erscheinen notwendig (Zinsmeister 2023, 67-68). Es sollte geprüft werden, wie Beratungsgespräche durchgeführt und welche Informationen vermittelt wurden. Es braucht Leitlinien zur Entscheidungsbegleitung, an denen sich Fachkräfte orientieren können, diese könnten eine Verpflichtung zur Anwendung, ein Mittel zur Überprüfung von Inhalten und ein praktisches Arbeitsmittel sein.

In den Interviews zeigt sich, dass auch Gynäkolog\*innen maßgeblichen Einfluss auf die Entscheidungsfindung nehmen. Die Erfahrungen werden allerdings als qualitativ sehr unterschiedlich beschrieben. Gynäkolog\*innen sind teilweise einfühlsam, teilweise fehlt ihnen aber die fachliche Kompetenz und Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. Verständnisprobleme mit Patient\*innen dürfen nicht zur Einschränkung der Aufklärungspflicht der Behandler\*innen führen (Zinsmeister 2023, 68). Jedoch wird ein Bedarf an enger pädagogischer Begleitung sichtbar, Fachkräfte begleiten Termine. Es wird mehrfach betont, dass Fachkräfte Vermittlung und Übersetzung in leichte Sprache leisten müssten, da Gynäkolog\*innen Zusammenhänge zu kompliziert erklärten. Die Fachkräfte könnten so die Interessen der Klientinnen\* gegenüber Dritten vertreten entsprechend Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 33). Jedoch wird dies aus den Interviews nur beschränkt deutlich. Einige Interviewte berichten von Gynäkolog\*innen, die aufgrund von Beeinträchtigung pauschal zur SSV und von Schwangerschaft abraten. Einige legitimieren mit eugenischen Argumentationen Eingriffe in die reproduktive Selbstbestimmung. Sexuelle Gesundheit als Teil reproduktiver Selbstbestimmung ist bei Fachkräften und Gynäkolog\*innen Randthema. Gesundheit als relevanter Aspekt der Verhütung wird im Hinblick auf Nebenwirkungen von SSV-Mitteln nur vereinzelt diskutiert, aber hauptsächlich auf Gynäkolog\*innen verschoben. Übertragung von STIs ist bei Befragten kaum im Blick. Wie Zinsmeister für Sterilisationen verlangt, wären weitere Schutzmaßnahmen nach Art. 12 Abs. 4 UN-BRK auch bei anderen Verhütungsentscheidungen nötig (Zinsmeister 2023, 67). Gynäkolog\*innen brauchen Schulungen für die Arbeit mit der Zielgruppe und Kompetenzen in leichter Sprache. Außerdem

wird betätigt, dass es Untersuchungen zum Einfluss der begleitenden Betreuungskräfte in gynäkologischen Settings braucht (Habermann-Horstmeier 2020, S. 9-11, 14-18).

Laut der Befragten nehmen Eltern ebenfalls maßgeblich Einfluss auf die Entscheidungsfindung zur SSV. Diesbezüglich zeigt sich eine Überschneidung zum untersuchten Themengebiet der selbstbestimmten Sexualität. Eltern entscheiden über den Zugang zu Informationen zum eigenen Körper, über angewendete SSV und durchgeführte Eingriffe. Sie bekommen private Informationen von Mitarbeiter\*innen und Ärzt\*innen. Durch die häufig auftretende Doppelrolle als gesetzliche Betreuung vergrößert sich der Einfluss von Eltern und wirkt sich vorwiegend negativ auf die reproduktive Selbstbestimmung aus. Fachkräfte versuchen die Selbstbestimmung zur SSV zu gewährleisten: Sie vermitteln Eltern die Interessen der Klientinnen\* nach Leitlinie drei (Ortland et al. 2020, S. 33). Sie setzen diese aber nicht zwangsläufig durch und kommen damit ihrem pädagogischen Auftrag nicht ausreichend nach. Wissen zu den Grenzen der Handlungsbefugnis von Eltern und gesetzlicher Betreuung fehlen, was auf eine mangelnde Qualifizierung nach Leitlinie zehn hindeutet (ebd., S. 55). Die gesetzliche Betreuung sollte Beratung, Informationen und Unterstützung im Entscheidungsprozess zur SSV bieten (Zinsmeister 2023, 67-68). Menschen mit Lernschwierigkeiten müssen über SSV informiert sein, sie entscheiden und äußern ihren Willen – die rechtliche Betreuung muss danach handeln (ebd.). Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen den Stand der Forschung: Eltern entscheiden über den Zugang zu Wissen, als rechtliche Betreuung nehmen sie großen Einfluss auf die Lebensführung ihrer erwachsenen Kinder, und Fachkräfte halten sie als gesetzliche Betreuung oft dazu ermächtigt (Ortland et al. 2020, S. 32; Zinsmeister 2012, S. 228-229; Zinsmeister 2023, 67).

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten nur beschränkt ihre SSV selbstbestimmt entscheiden können. Insbesondere Frauen\* mit Lernschwierigkeiten werden in ihrer Entscheidung beeinflusst. Sie sind in ihren reproduktiven Rechten nach Ross eingeschränkt (2021, S. 19). Ihr Recht auf sexuelle Autonomie wird zugelassen, ist aber teilweise eingeschränkt. Kinder können sie in der Regel nur unter fremdbestimmten Bedingungen bekommen (Auszug, Mutter-Kind-Wohnen). Teilweise werden Schwangerschaften verhindert und SSV wird prophylaktisch bei Partnerschaften auch ohne Wissen zu sexueller Aktivität veranlasst. Verhütungsmittel werden in der Regel von Eltern/gesetzlicher Betreuung, Fachkräften und Gynäkolog\*innen ausgewählt. Eltern mit rechtlicher Betreuung beeinträchtigen die Selbstbestimmung bei Sexualität und SSV, indem sie ihre Zuständigkeit deutlich überschreiten. Fachkräfte verlassen sich auf den Rat von Gynäkolog\*innen, denen teilweise die Kompetenz in der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten fehlt. Die



Beratung durch Gynäkolog\*innen ist nicht zwangsläufig ergebnisoffen, teilweise wird eugenisch beraten. Auch Fachkräfte führen Beratungsgespräche zur Entscheidung der SSV. Zu Inhalten und der methodischen Umsetzung werden Bedarfe geäußert. Die Beratung wird durch die Haltung zu Kinderwunsch beeinflusst. Fachkräfte zeigen vielseitige Kompetenzen und Handlungsstrategien, um die Selbstbestimmung von Bewohner\*innen zu gewährleisten. Dennoch reichen diese nicht aus, wenn Formalisierungen als Leitlinien, Leitfäden, Konzepten und strukturellen Bedingungen fehlen. Anhand der Leitlinien des ReWiKs-Projekts konnte der Ist-Zustand der Einrichtungen erfasst werden. Sie sind aber nicht praxisnah genug für die tägliche Anwendung. Hier wird der Bedarf einrichtungsspezifischer Handlungsleitfäden deutlich. Die rechtlichen Verpflichtungen zur sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung können als Anforderung nicht auf Fachkräfte abgewälzt werden, wenn die Umsetzung strukturell nicht ausreichend implementiert ist. Die Verpflichtung zur Umsetzung reproduktiver Selbstbestimmung auf institutioneller und struktureller Ebene wird zwar in einigen Einrichtungen auf institutioneller Ebene nachgekommen, es können aber deutliche Diskrepanzen hinsichtlich Personalbesetzung, Wissen und Konzepten festgestellt werden.

### **6.1 Limitationen der Ergebnisse und des forschungsmethodischen Vorgehens**

Die größte Einschränkung der vorliegenden Arbeit ist, dass keine Menschen mit Lernschwierigkeiten direkt befragt wurden. Fachkräfte in Einrichtungen begleiten sie eng, sie selbst sind aber Expert\*innen ihrer Lebensumstände und Entscheidungen. Darüber hinaus wird in den Interviews deutlich, dass Fachkräfte befragt wurden, die sich mit den Themen sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung schon beschäftigt haben. Der Interviewaufruf hatte womöglich Einfluss darauf. Vermutlich wurde dem Aufruf mit der Haltung nachgegangen, ein relevantes Thema zu unterstützen. Es wurden nur Fachkräfte aus Großstädten erreicht, dadurch können keine Aussagen zum ländlichen Raum getätigt werden.

### **6.2 Schlusswort und Empfehlungen für die sexualwissenschaftliche Praxis**

Die Arbeit zeigt, dass die vier Forderungen, die Zinsmeister zur Verbesserung reproduktiver Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderung aufstellt (Zinsmeister 2023, 56-68), über den Bereich der Sterilisationen hinausgehend auch für weite Bereiche reproduktiver Entscheidungen zu Verhütungsmitteln relevant sind. Die Ergebnisse bestätigen, dass es dringend Sicherungsmaßnahmen vor Entscheidungsbeeinflussung durch Ärzt\*innen, gesetzliche Betreuer\*innen, Eltern und Fachkräfte braucht. Zur Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit nach Art. 12 Abs. 4 UN-BRK wären standardisierte Prüfverfahren wie Qualitätssicherungsvereinbarungen, Stichprobenkontrollen und Leitfäden nötig. Dies wäre nicht nur

für die ärztliche Feststellung der Einwilligungsfähigkeit, sondern auch zum Ablauf und Verständlichkeit der SSV-Beratung notwendig. In der Gynäkologie müssen Barrieren abgebaut werden, da die Beratung zur SSV durch Gynäkolog\*innen oft ausschlaggebend ist.

Die Arbeit zeigt, dass Eltern weitreichend Einfluss nehmen auf Lebensführung, Auslebung der Sexualität und Entscheidungen zur SSV. Dies tun sie auch über ihre rechtlichen Zuständigkeiten als gesetzliche Betreuer\*innen hinaus. Es erhöht die Dringlichkeit, Gesundheits- und Familienplanung als getrennte Aufgabenbereiche an gesetzliche Betreuer\*innen zu geben, die keine Angehörigen sind.

Der Zugang zu Wissen muss gewährleistet werden. Fachkräfte benötigen dazu institutionelle Unterstützung: Sie brauchen konkrete Handlungsleitfäden für die Begleitung und Beratung bei SSV und Familienplanung, Klarheit und Handlungssicherheit zur Verantwortungsübernahme bei gelebter Sexualität und Schwangerschaften sowie verpflichtende Qualifizierungsmaßnahmen zu sexuellen und reproduktiven Rechten in leichter Sprache und zu sexueller Bildung. Dies könnte durch umfassende Schulungen zur Umsetzung der trägerinternen Konzepte ermöglicht werden. Außerdem besteht ein Bedarf an niedrigschwelligen Methoden und Aufklärungsmaterial in leichter Sprache. Es wird der Bedarf an externer Unterstützung in Wohngruppen geäußert bspw. durch Beratung vor Ort. Um diesen Bedarf zu decken, müssten mehr unabhängige Fachberatungsstellen zur Verfügung stehen für barrierefreie und ergebnisoffene Beratung zu Sexualität und SSV mit Menschen mit Lernschwierigkeiten. In Einrichtungen sollten verabreichte hormonelle Verhütungsmittel auf informierte Einwilligung hin überprüft werden. Zusätzlich müssen die strukturellen Bedingungen in Wohneinrichtungen (Personal, Ausbildung, Betreuungsschlüssel usw.) verbessert werden, um sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung zu ermöglichen. Die positiven Entwicklungen im Bereich der Förderung von sexueller Selbstbestimmung, die in dieser Arbeit deutlich wurden, lassen hoffen, dass Einrichtungen auch die Möglichkeiten reproduktiver Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Zukunft verbessern.

## 7 Literaturverzeichnis

- AG Reproduktive Gerechtigkeit (2023): Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung. Gunda-Werner-Institut (Hg.), Unter Mitarbeit von Antonia Götte Derya Binışık. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.
- Baab, Annabell (2018): Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe. Wo die Probleme liegen und was Mitarbeiter\_innen und Einrichtungen tun können. In: *Sozial Extra* 42 (6), S. 6–10. DOI: 10.1007/s12054-018-0006-6.
- Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2022): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhm, Maika; Kopitzke, Elisa; Herrath, Frank; Sielert, Uwe (Hg.) (2022): Praxishandbuch sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Bundesarchiv (2018): Euthanasie im Dritten Reich. Hinweise zu den Patientenakten aus dem Bestand R 179 Kanzlei des Führers, Hauptamt II b. Hg. v. Präsident des Bundesarchiv Dr. Michael Hollmann. Bundesarchiv. Online verfügbar unter <https://www.bundesarchiv.de/DE/Content/Artikel/Ueber-uns/Aus-unserer-Arbeit/euthanasie-im-dritten-reich.html>, zuletzt geprüft am 14.08.2024.
- Bundesärztekammer (1987): Zulässigkeit einer Sterilisation geistig Behinderter aus eugenischer oder sozialer Indikation. In: *Deutsches Ärzteblatt* 84 (43), S. 2846–2851.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe - Beeinträchtigung - Behinderung. Bonn.
- Bundestag (1993): Drucksache 12/4066. Bonn: Verlag Dr. Hans Heger, 05.01.93, S. 1–4. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/12/040/1204066.pdf>, zuletzt geprüft am: 15.08.2024.
- Bundestag (1996): Drucksache 13/3822. Bonn: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, 20.02.1996, S. 1–20. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/13/038/1303822.pdf>, zuletzt geprüft am: 15.08.2024.
- Bundestag (2007): Drucksache 16/5450. Berlin/Köln: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, 23.05.2007, S. 1–8. Online verfügbar unter <https://dserver.bundestag.de/btd/16/054/1605450.pdf>, zuletzt geprüft am: 15.08.2024.

- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (2011): Zur Prävention und zum Umgang bei (Verdachts-)Fällen von sexueller Gewalt. Eine Empfehlung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.lebenshilfe.de/fileadmin/Redaktion/PDF/Wissen/public/Stellungnahmen/2011-07-15-Empfehlung-Prävention-von-sexueller-Gewalt.pdf>, zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2001): Sexualität und Behinderung. Unter Mitarbeit von Heike Lauer: Köln: BZgA (Nr. 2/3).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2017): Junge Erwachsene mit Beeinträchtigung. Sexualität, Verhütung, Soziale Beziehungen. Ausgewählte Ergebnisse einer Befragung in Sachsen. Unter Mitarbeit von Sabine Wienholz, Anja Seidel und Marion Michel. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Eigenverlag BZgA. Online verfügbar unter [https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Kurzfassung\\_Junge\\_Erwachsene\\_mit\\_Beeintraechtigungen\\_Sachsen\\_Onlineversion.pdf](https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Kurzfassung_Junge_Erwachsene_mit_Beeintraechtigungen_Sachsen_Onlineversion.pdf), zuletzt geprüft am 03.02.2023.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2017): Sexualität und Behinderung. Unter Mitarbeit von Heike Lauer. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: BZgA (1/2017).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2018): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung. Köln: BZgA. Online verfügbar unter <file:///C:/Users/Admin/Downloads/13317300.pdf>, zuletzt geprüft am 01.07.2024.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2019): Sichergeh. Verhütung für sie und ihn. Hg. v. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln. Online verfügbar unter [file:///C:/Users/Admin/Downloads/13060000%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Admin/Downloads/13060000%20(1).pdf), zuletzt geprüft am 01.07.2024.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2020): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>, zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (2023): BZgA-Studie: „Verhütungsverhalten Erwachsener 2023“ – Repräsentative BZgA-Wiederholungsbefragung. Info-Blatt. Köln: BZgA.

- Chodan, Wencke; Häßler, Frank; Reis, Olaf (2021): Sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche mit Behinderungen: Erweiterter Forschungsstand seit 2014 und praktische Konsequenzen. In: *Z Sex Forsch* 34 (03), S. 137–151. DOI: 10.1055/a-1553-0435.
- Clausen, Jens; Herrath, Frank (2013): *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2014): General comment No. 1 (CRPD/C/GC/1). Article 12: Equal recognition before the law. Hg. v. Institut für Menschenrechte. Online verfügbar unter <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/datenbanken/datenbank-fuer-menschenrechte-und-behinderung/detail/crpd-2014-allgemeine-bemerkung-nr-1-gleiche-erkennung-vor-dem-recht>, zuletzt aktualisiert am 06.02.2024, zuletzt geprüft am 12.02.2024.
- Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Concluding observations on the initial report of Germany. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/DEU/CO/1, 13.05.2015, S. 1–11.
- Djanic, Daniela (2021): Das Projekt „ICH! liebe“ zur Förderung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: *Z Sex Forsch* 34 (03), S. 169–173. DOI: 10.1055/a-1551-7147.
- Döring, Nicola (2021): *Sexualität und Behinderung: Vom Doppeltabu zu Sichtbarkeit und Teilhabe*. In: *Z Sex Forsch* 34 (03), S. 133–136. DOI: 10.1055/a-1505-8669.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016): *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. 5., vollst. überarb., akt. u. erw. Aufl. 2016. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dörner, Klaus; Plog, Ursula; Bock, Thomas; Brieger, Peter; Heinz, Andreas; Wendt, Frank (Hg.) (2017): *Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie*. Unter Mitarbeit von Eva-Maria Franck. Psychiatrie Verlag. 24., vollständig überarbeitete Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Dresing, Thorsten; Pehl, Thorsten (2018): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 8. Aufl. Marburg: Eigenverl.
- Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard; Lehmkuhl, Ulrike (Hg.) (2006): *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim, München: Juventa Verlag.

- Habermann-Horstmeier, Lotte (2020): Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht ihrer Betreuungskräfte, S. 1–23.
- Harand, Julia; Kleudgen, Martin; Steinwede, Jacob (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Die Lebenssituation in Privathaushalten und Einrichtungen. In: Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin (Forschungsbericht / Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 598), S. 66–89.
- Heidenreich, Wolfgang (1991): Einleitung. In: Wolfgang Heidenreich und Gabriela Otto (Hg.): Sterilisation bei geistiger Behinderung. Beihefte der Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie (37). Stuttgart: Enke, S. 1–3.
- Heidenreich, Wolfgang (1991): Untersuchung zur Sterilisation geistig behinderter Frauen. In: Wolfgang Heidenreich und Gabriela Otto (Hg.): Sterilisation bei geistiger Behinderung. Beihefte der Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie (37). Stuttgart: Enke, S. 4–13.
- Heidenreich, Wolfgang; Otto, Gabriela (Hg.) (1991): Sterilisation bei geistiger Behinderung. *Beihefte der Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie* (37). Stuttgart: Enke.
- Helfferrich, Cornelia (2011): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Helfferrich, Cornelia (2022): Leitfaden- und Experteninterviews. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 559–574.
- Hornscheidt, Lann; Sammla, Ja'n (2021): Wie schreibe ich divers? Wie spreche ich gendergerecht? Ein Praxis-Handbuch zu Gender und Sprache. Hiddensee: w\_orten & meer.
- Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.) (2022): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Berlin.
- Katzer, Michaela; Voß, Heinz-Jürgen (Hg.) (2016): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kitchen Politics (2021): Einleitung: Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. In: Kitchen Politics (Hg.): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. 1. Auflage. Münster: edition assemblage (Kitchen Politics - Queerfeministische Interventionen, Band 4), S. 7–16.

- Kitchen Politics (Hg.) (2021): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Kitchen Politics; Gunda-Werner-Institut. 1. Auflage. Münster: edition assemblage.
- Kitchen Politics; Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit (2021): Austausch mit und in einem Berliner Netzwerk. Was bringt uns das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit? In: Kitchen Politics (Hg.): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. 1. Auflage. Münster: edition assemblage, S. 73–95.
- Klee, Ernst (2010): "Euthanasie" im Dritten Reich. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Vollständig überarbeitete Neuauflage. Frankfurt, M.: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Köbsell, Swantje (1987): Eingriffe. Zwangssterilisation geistig behinderter Frauen. München: AG-SPAK-Publ.
- Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlagsgruppe.
- Kuckartz, Udo; Rädiker, Stefan (2022): Qualitative Inhaltsanalyse - Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 5. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kyere, Anthea (2021): Kämpfe verbinden. Reproductive Justice auf deutsche Verhältnisse übertragen. In: Kitchen Politics (Hg.): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. 1. Auflage. Münster: edition assemblage, S. 61–71.
- Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. (2023): Kampf gegen den Begriff "geistig behindert". Hg. v. Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V. Online verfügbar unter <http://www.menschzuerst.de/>, zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Mertens, Alina (2016): Behinderung und reproduktive Selbstbestimmung. In: Michaela Katzer und Heinz-Jürgen Voß (Hg.): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Ogette, Tupoka (2018): exit RACISM. Rassismuskritisch denken lernen. entspricht der 2., korrigierten Auflage der Printversion. Münster: UNRAST Verlag.
- Ortland, Barbara (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Ortland, Barbara (2016): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. 1. Auflage. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Ortland, Barbara; Jennessen, Sven; Römisch, Kathrin (2020): ReWiKs Grundlagen: Projektüberblick, Forschungs- und Entwicklungsprozess, Materialien. Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.).
- Ortland, Barbara; Jennessen, Sven; Römisch, Kathrin; Kusber-Merkens, Dorothea; Reichert, Leonie; Arlabosse, Anneke (2016): Das Modellprojekt ReWiKs: Aktuelle Forschungsergebnisse zu Teilhabechancen Erwachsener mit Behinderung im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 59 (9), S. 1085–1092. DOI: 10.1007/s00103-016-2399-3.
- Pixa-Kettner, Ursula; Rohmann, Kadidja (2012): Besondere Familien. Welche Unterstützung brauchen Eltern mit Lernschwierigkeiten. Universität Bremen. Bremen.
- Przyborski, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2021): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Ross, Loretta; Roberts, Lynn; Derkas, Erika (Hg.) (2017): Radical reproductive justice. Foundation, theory, practice, critique. First Feminist Press edition. New York City: Feminist Press at the City University of New York.
- Ross, Loretta J. (2006): Understanding Reproductive Justice. Hg. v. Sister Song Women of Color Reproductive Health Collective. Atlanta.
- Ross, Loretta J. (2021): Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In: Kitchen Politics (Hg.): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. 1. Auflage. Münster: edition assemblage, S. 17–60.
- Schachler, Viviane; Schäfers, Markus (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Selbstbestimmung und soziale Einbindung. In: Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, S. 116–134.
- Schachler, Viviane; Schäfers, Markus (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Selbstversorgung und Unterstützung bei Alltagstätigkeiten. In: Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, S. 90–102.
- Schachler, Viviane; Schäfers, Markus (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Barrieren in der Umwelt. In: Institut für Angewandte



- Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, S. 103–115.
- Scharmanski, Sara; Paschke, Stefanie; Tomse, Mirjam; Brockschmidt, Laura (2021): Auf dem Weg zur sexuellen Selbstbestimmung: Das Engagement der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) für Menschen mit Beeinträchtigungen. In: *Z Sex Forsch* 34 (03), S. 163–167. DOI: 10.1055/a-1551-7132.
- Schneijderberg, Christian; Wiczorek, Oliver; Steinhardt, Isabel (2022): Qualitative und quantitative Inhaltsanalyse: digital und automatisiert. Eine anwendungsorientierte Einführung mit empirischen Beispielen und Softwareanwendungen. 1. Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.
- Scholl, Armin (2018): Die Befragung. 4. bearb. Auflage. Stuttgart: UTB GmbH; UVK.
- Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2012): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.
- Schröttle, Monika; Hornberg, Claudia; Glammeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend.
- Schultz, Susanne (2021): Gefährliche Statistische Kurzschlüsse. Zur anti-malthusianischen Dimension reproduktiver Gerechtigkeit. In: Kitchen Politics (Hg.): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. 1. Auflage. Münster: edition assemblage, S. 97–123.
- Specht, Ralf (2021): Sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen. In: *Z Sex Forsch* 34 (03), S. 175–181. DOI: 10.1055/a-1551-7162.
- Specht, Ralf (2022): "Ich wusste gar nicht, dass man heiraten darf..." - Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung durch sexuelle Bildung. In: Maika Böhm, Elisa Kopitzke, Frank Herrath und Uwe Sielert (Hg.): Praxishandbuch sexuelle Bildung im Erwachsenenalter. 2. Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa, S. 292–306.
- Stein-Hilbers, Marlene (2000): Sexuell werden. Sexuelle Sozialisation und Geschlechterverhältnisse. Unter Mitarbeit von Birgitta Wrede. Opladen: Leske und Budrich.

- Steinwede, Jacob (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Einleitung. In: Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, S. 23–44.
- Steinwede, Jacob; Leinert, Johannes (2022): Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Empirische Ergebnisse zu Beeinträchtigung und Behinderung. In: Institut für Angewandte Sozialwissenschaft (Hg.): Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderung. Berlin, S. 45-65.
- Stiftung Liebenau Teilhabe (2017): Leitlinien zum Umgang mit sexuellem Missbrauch und Behinderung. Meckenbeuren. Online verfügbar unter [https://www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein\\_besonderes\\_Bed%C3%BCrfnis/leitlinien-zum-umgang-mit-sexuellem-missbrauch-web.PDF](https://www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein_besonderes_Bed%C3%BCrfnis/leitlinien-zum-umgang-mit-sexuellem-missbrauch-web.PDF), zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Thomas, Helgard; Wawrok, Silke; Lehmkuhl, Ulrike; Klein, Susanne; Jeschke, Karin; Martinsohn-Schittkowski, Wiebke et al. (2013): Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung - Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt. Saarbrücken: Universitäts- und Landesbibliothek.
- Unabhängige Beauftragte für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (o.J.): Schule gegen sexuelle Gewalt. Fachportal für Schutzkonzepte. Unter Mitarbeit von Manuela Stötzel. Hg. v. Initiative Kein Raum für Missbrauch. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Online verfügbar unter <https://www.schule-gegen-sexuelle-gewalt.de/bestandteile>, zuletzt geprüft am 14.08.2024.
- Unger, Hella von; Narimani, Petra; M'Bayo, Rosaline (Hg.) (2014): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS.
- Verein Ohrenschmaus (2023): Was wir damit meinen? Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit intellektueller Behinderung, Menschen mit Lernbehinderung, ... Menschen. Hg. v. Verein Ohrenschmaus. Online verfügbar unter <https://ohrenschmaus.net/mitmachen/was-wir-damit-meinen/>, zuletzt geprüft am 14.08.2024.
- Vereinte Nationen (Hg.) (2006): UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. für Deutschland 2009 in Kraft getreten.

- Online verfügbar unter [https://www.institut-fuermenschrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB\\_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD\\_Konvention\\_und\\_Fakultativprotokoll.pdf](https://www.institut-fuermenschrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CRPD/CRPD_Konvention_und_Fakultativprotokoll.pdf), zuletzt geprüft am 14.08.2024.
- Walter, Joachim (2005): Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema "Sexualität und geistige Behinderung". In: *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg: Winter.
- Walther, Kerstin; Römisch, Kathrin (2019): *Gesundheit inklusive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, zuletzt geprüft am 17.01.2023.
- Weichbold, Martin (2022): Pretest. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 299–304.
- Wolff, Caroline (2023): Erstellung und Pretest eines Leitfadeninterviews zur Vorbereitung der Masterthesis zum Thema Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten. Werkstatt II, praxisorientierte Studie. unveröffentlicht, Merseburg.
- Wright, Michael T. (2020): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.): *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Online verfügbar unter <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>, zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Zartbitter Münster e.V. (o.J.): *Sexualisierte Gewalt - ein gesellschaftliches Thema. Sexualisierte Gewalt - was ist das?* Unter Mitarbeit von Astrid-Maria Kreyerhoff. Beratungsstelle gegen sexualisierte Gewalt. Online verfügbar unter <https://www.zartbitter-muenster.de/informationen/sexualisierte-gewalt/begriffsdefinition>, zuletzt geprüft am 15.08.2024.
- Zinsmeister, Julia (2010): Sexuelle Selbstbestimmung im betreuten Wohnen? Vom Recht und der Rechtswirklichkeit. In: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung. Sexualität und Behinderung* (1), S. 13–18. Online verfügbar unter <https://forum.sexualaufklaerung.de/ausgaben-ab-2010/2010/ausgabe-1/sexuelle-selbstbestimmung-im-betreuten-wohnen-vom-recht-und-der-rechtswirklichkeit/>, zuletzt geprüft am 17.01.2023.
- Zinsmeister, Julia (2012): Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. In: *Betreuungsrechtliche Praxis* (6), S. 227–232.

Zinsmeister, Julia (2013): Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung.

In: Sexualität leben ohne Behinderung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Zinsmeister, Julia (2023): Reproduktive Gerechtigkeit im Kontext von Geschlecht und Be-

hinderung. Zum Einfluss bevölkerungspolitischer Steuerungsinteressen auf die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit von Frauen mit und ohne Behinderung. In: *Kritische*

*Justiz* (1), 56-68. DOI: 10.5771/0023-4834-2023-1-56.

## 8 Anhang

### 8.1 Interviewaufruf Kurztex

Sehr geehrte Mitarbeiter\*innen und Fachkräfte,

ich bin selbst Sozialarbeiterin und studiere den Masterstudiengang Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg. In meiner Masterarbeit untersuche ich den Umgang mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bzw. kognitiven Beeinträchtigungen.

Ich möchte durch Ihre Expertise herausfinden, wie in Wohneinrichtungen mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung umgegangen wird: Wo liegen besondere Herausforderungen? Welche Bedarfe sehen Sie? Mich interessieren Ihr Arbeitsalltag und Ihre Perspektiven!

Ich suche dazu **Teilnehmende für Interviews**: Sie können **Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Sozialarbeiter\*innen, Heilerziehungspfleger\*innen, Honorarkräfte oder andere Mitarbeiter\*innen** sein, die in Wohneinrichtungen arbeiten oder gearbeitet haben. Ich plane ca. **60-90 Minuten** pro Interview ein, welche ich möglichst **im Zeitraum Juni/Juli 2023** durchführen möchte. Im Raum Berlin/Brandenburg kann es gern persönlich stattfinden, online per Videokonferenz ist auch möglich.

Mir ist bewusst, dass ein Interview Ihre Zeit und Ihr Engagement in Anspruch nehmen. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich dennoch entscheiden an dem Interview teilzunehmen und dieses spannende und wichtige Thema zu unterstützen. Ich hoffe auf positive Rückmeldungen und freue mich sehr, Sie und Ihre Arbeit kennen zu lernen. Für eine Terminfindung wenden Sie sich gerne per Mail an mich.

Herzliche Grüße  
Caroline Wolff

## 8.2 Interviewaufruf Langform

**Interviewpartner\*innen gesucht für eine  
Forschung zum Thema:**

*Bedarfe, Standards und Hindernisse in der  
Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit  
Lernschwierigkeiten*



Sehr geehrte Interessent\*innen,

im Rahmen meiner Masterarbeit für Angewandte Sexualwissenschaft an der Hochschule Merseburg suche ich **Teilnehmende für Expert\*inneninterviews**, auf die folgende Kriterien zutreffen:

**Pflegefachkräfte, Pflegehilfskräfte, Sozialarbeiter\*innen, Heilerziehungspfleger\*innen, Honorarkräfte u.a.** mit entsprechender Tätigkeit in Wohneinrichtungen.

Auf die Zielgruppe, mit denen in Wohneinrichtungen gearbeitet wird, sollen zusätzlich folgende Kriterien zutreffen:

1. Die Bewohner\*innen sind u.a. **Menschen mit Lernschwierigkeiten**.
2. Die Bewohner\*innen leben in **Wohneinrichtungen**.

Hintergrund und Ziel der Forschung:

Es gibt aus den letzten 20 Jahren vermehrt Studien, die sich dem Thema Sexualität und Sexueller Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung widmen. Das Thema Verhütung ist dabei deutlich weniger in den Blick genommen worden. Die geplante Masterarbeit untersucht deshalb Bedarfe, Standards und Hindernisse, die beim Thema Schwangerschaftsverhütung auftreten.

Ich plane in meiner Masterarbeit Expert\*inneninterviews mit Fachkräften wie z.B. Pflegefachkräften, Pflegehilfskräften, Sozialarbeiter\*innen oder Heilerziehungspfleger\*innen durchzuführen, die Menschen mit Lernschwierigkeiten begleiten/begleitet haben. Ich möchte durch Ihre Expertise herausfinden, wie in Wohneinrichtungen mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung umgegangen wird.

Ablauf der Interviews:

Das Interview soll wenn möglich persönlich stattfinden (ich werde gern an den gewünschten Ort im Umkreis von Berlin kommen) und wird auditiv aufgezeichnet. Alternativ kann das Interview per Videokonferenz durchgeführt werden.

Als Methode nutze ich das leitfadengestützte Expert\*inneninterview und plane ca. ca. **60-90 Minuten** dafür ein. Die Interviews sollen möglichst **im Zeitraum Juni/Juli 2023** stattfinden.

Datenschutz:

Die Datenerhebung dient Forschungszwecken im Rahmen meiner Abschlussarbeit. Alle personalisierten Angaben werden anonymisiert und die Tonaufnahmen der Interviews nach Abgabe der Masterarbeit gelöscht. Die Daten werden in anonymisierter Form wissenschaftlich weiterverwendet und publiziert.

Mir ist bewusst, dass eine Teilnahme Ihre Zeit und Ihr Engagement in Anspruch nehmen. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich dennoch entscheiden an dem Interview teilzunehmen und mich in meiner Forschung zu unterstützen.

Für eine Terminfindung wenden Sie sich gerne per Mail an mich. Ich freue mich sehr auf eine Zusammenarbeit!

Herzliche Grüße,

Caroline Wolff

[caroline@wolffhome.de](mailto:caroline@wolffhome.de)

### 8.3 Interviewleitfaden

#### Leitfaden zur Masterarbeit

**Forschungsprojekt:** Zum Thema Bedarfe, Standards und Hindernisse in der Wahrung reproduktiver Rechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen am Beispiel Schwangerschaftsverhütung

Zur Beantwortung folgender Forschungsfrage:

*Inwiefern können Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen selbstbestimmt über eine Schwangerschaftsverhütung entscheiden und Verhütungsmittel frei auswählen?*

**Datum:**

**Ort:**

**Pseudonym:**

#### Vor Beginn des Interviews:

(1) Begrüßung

Ich begrüße Sie ganz herzlich und bedanke mich für Ihre Bereitschaft, dieses Interview mit mir zu führen. Mein Name ist Caroline Wolff, ich bin Sozialarbeiterin und Studentin im Masterstudiengang Angewandte Sexualwissenschaft.

(2) Worum geht es?

Sie als Mitarbeiter\*in dieser Einrichtung können hilfreiche Einblicke in die Umsetzung sexueller Selbstbestimmung bei der Schwangerschaftsverhütung von Menschen mit Lernschwierigkeiten geben. In unserem Gespräch geht es mir darum, Ihre Erfahrungen, vorhandene Herausforderungen und Ihre persönliche Sicht zur Thematik zu erfahren.

(3) Ablauf

Unser Gespräch wird in etwa eine bis eineinhalb Stunden dauern. Ich werde Ihnen Fragen stellen und Sie bitten, sich zu verschiedenen Themen zu äußern. Gehen Sie dabei gern auf alles ein, was Ihnen zum jeweiligen Thema einfällt. Antworten Sie möglichst spontan ohne große Überlegungen. Nehmen Sie sich so viel Zeit, wie Sie möchten.

Ich werde mir zwischendurch Notizen machen und vielleicht Nachfragen stellen, wenn mir etwas noch unklar ist.

Möglicherweise gibt es im Verlauf unseres Gesprächs Fragen, über die Sie nicht sprechen möchten. Das brauchen Sie nur zu sagen, dann lassen wir diese einfach aus.

(4) Datenschutzerklärung, Anonymität, Freiwilligkeit, Widerrufsrecht

Alle Angaben, die Sie hier machen, bleiben selbstverständlich anonym und unterliegen dem Datenschutz. Ihr Name wird nicht gemeinsam mit dem Interview vermerkt, sondern das Interview wird mit einem anonymisierenden Codenamen versehen. D.h. wenn das Interview



abgetippt wurde, taucht Ihr Name nicht mehr auf. Anschließend wird die Aufnahme gelöscht.

Ich weise Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass die Teilnahme am Interview freiwillig ist und Sie jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview zu unterbrechen oder abzubrechen.

(5) Anliegen Interviewte Person

Haben Sie dazu noch Fragen? Haben Sie andere Anliegen vorab?

Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, fange ich jetzt an.

(6) Hinweis Start Audioaufnahme

## **Interview**

### **Einstieg**

- Ich danke Ihnen, dass Sie sich für dieses Interview bereit erklärt haben. Heute ist der xxx (Datum). Wir haben schon die Formalitäten und Rahmenbedingungen besprochen, jetzt würde ich gern das Interview beginnen.
- Ich würde Sie bitten eingangs ein paar Dinge über sich zu erzählen: Wer sind Sie? Und wo arbeiten Sie? Was hat Sie an diesem Gespräch gereizt?
- In was für einer Art von Einrichtung arbeiten Sie?

### **Erzählimpuls: Was sind Ihre Erfahrungen mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit Lernschwierigkeiten?**

1. **Klima und Atmosphäre in der Einrichtung:** Wie würden Sie das Klima bzw. die Atmosphäre in ihrer Einrichtung beschreiben? Wie ist das Miteinander?
  - Welche Umgangsweisen beobachten Sie zwischen Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen? Oder auch zur Leitung?
  - Wie funktioniert die Kommunikation untereinander?
  - Wie spielt denn in der beschriebenen Einrichtungskultur Sexualität eine Rolle?
2. **Standards und Strukturelles:** Jetzt kommen wir noch mehr zum Thema Sexualität: welchen Umgang und welche Regelungen haben Sie damit? Auch mit den Themen Verhütung und Kinderwunsch?
  - Welche Hindernisse erschweren denn ihrer Meinung nach die Selbstbestimmung in diesen Bereichen?
    - > strukturell, institutionell, individuell

- Welche Möglichkeiten zur Mitwirkung gibt es für Bewohner\*innen? Und an wen können sich Bewohner\*innen wenden, wenn es Anregungen, Kritik oder ein Problem gibt?
  - Was bräuchte es hier vor Ort, damit mehr Selbstbestimmung in Sexualität und Verhütung möglich sind? Was würden Sie sich für Ihre Einrichtung und Kolleg\*innen wünschen? Und für die Bewohner\*innen?
3. **Sexualität und Selbstbestimmung:** Wie wird Sexualität im Alltag thematisiert? Wer ruft das Thema vorwiegend auf?
- Wie wird Sexualität gelebt? Welche Formen Sexualität werden gelebt?
  - Welche Angebote gibt es im Alltag? Wie wird Sexualität verstanden?
4. **Schwangerschaftsverhütung:** Erzählen Sie doch mal, wie wird in ihrer Einrichtung mit dem Thema Verhütung umgegangen? Wie mit einem Kinderwunsch?
- Welche Regelungen haben sie dazu vor Ort?
  - Jenseits Ihrer Erfahrungen und Handhabungen in Ihrer jetzigen Einrichtung: Was hören Sie sonst so darüber aus anderen Einrichtungen?
  - Bitte schildern sie eine konkrete Situation, in der sie jemanden dazu begleitet haben.
  - Wer ist alles an der Entscheidung zur Schwangerschaftsverhütung beteiligt?
  - Wie begreifen Sie ihre Rolle in diesem Prozess zur Entscheidungsfindung?
  - Welche Unterschiede nehmen Sie in der Handhabung zu und zwischen Kolleg\*innen wahr?
  - Wie wird das Thema Verhütung mit Bewohnern besprochen?
5. **Kompetenzen:** Was denken Sie, welche Kompetenzen brauchen Sie als Mitarbeiter\*in im Umgang mit dem Thema Sexualität und Verhütung?
- In welchen Themenbereichen dazu fühlen Sie sich sicher im Umgang?
  - Wo sehen Sie Ausbildungs- und Weiterbildungsbedarf in ihrer Einrichtung?

## 6. Abschluss

Wir sind jetzt am Ende des Interviews angelangt.

Gibt es etwas zu dem Thema, was im Gespräch zu kurz gekommen ist?

Ich bedanke mich für das Gespräch, für Ihre Offenheit und Bereitschaft, Ihre Erfahrungen mit mir zu teilen.

## 8.4 Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten

### **Einwilligungserklärung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Interviewdaten**

**Forschungsprojekt:** Zum Thema Bedarfe, Standards und Hindernisse in der Wahrung reproduktiver Rechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen am Beispiel Schwangerschaftsverhütung

**Institut und Fach:** Hochschule Merseburg, Angewandte Sexualwissenschaft M.A.

**Interviewerin:** Caroline Wolff

**Interviewdatum:**

### **Beschreibung des Forschungsvorgehens:**

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet. Sollte das Interview digital durchgeführt werden, wird hierfür die Plattform Zoom genutzt und das Interview zusätzlich darüber aufgezeichnet. Anschließend wird es in Schriftform gebracht (mithilfe der Transkriptionssoftware f4x), es wird sorgfältig mit allem Erzählten umgegangen. Für die weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviewtextes werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnten, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen werden Interviews nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der entstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann. Personenbezogene Angaben werden von Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert. Die Daten werden in anonymisierter Form wissenschaftlich weiterverwendet und publiziert.

Nach Abschluss der Forschungsarbeit, spätestens am 30.06.2024, werden diese Aufzeichnungen sicher gelöscht und die Löschung protokolliert. Die Teilnahme an den Interviews ist freiwillig. Sie haben zu jeder Zeit die Möglichkeit, ein Interview abubrechen und Ihr Einverständnis in eine Aufzeichnung und Niederschrift des Interviews zurückziehen, ohne dass Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des genannten Forschungsprojekts an einem Interview teilzunehmen.

ja nein

**Vorname, Nachname in Druckschrift:**

---

**Ort, Datum / Unterschrift**

## 8.5 Soziodemografischer Kurzfragebogen

### Soziodemografischer Kurzfragebogen

#### Forschungsprojekt:

Zum Thema Bedarfe, Standards und Hindernisse in der Wahrung reproduktiver Rechte von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen am Beispiel Schwangerschaftsverhütung

#### Ort:

#### Pseudonym:

(1) Alter:

(2) Geschlechtszuordnung

weiblich    männlich    trans\*    inter\*    nicht-binär

\_\_\_\_\_

(3) Welche Ausbildung/Studium/Zusatzqualifikationen haben Sie?

Soziale Arbeit    Pflegefachkraft    Pflegehilfskraft    Heilerziehungspfleger\*in    Erzieher\*in    \_\_\_\_\_    \_\_\_\_\_

(4) Berufsjahre/Tätigkeitsjahre:

(5) Position innerhalb der Einrichtung:

(6) Jahre in der Einrichtung:

#### Einrichtung

(7) Anzahl Mitarbeiter\*innen:

(8) Anzahl Bewohner\*innen:

(9) Größe Träger (einziges Projekt oder mehrere?):

(10) Arbeitsort:

## 8.6 Kategoriensystem: Codierleitfaden und Kategoriendefinitionen

Kategorien	Subkategorien	Definition und Anwendung	Ankerbeispiele	Kategorienart
<b>1. formelle Bedingungen</b>		Die Kategorie „formelle Bedingungen“ erfasst alle strukturellen Bedingungen für sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung.		Deduktiv
	1.1 Interviewte Person	Alle Informationen zur interviewten Person wie z.B. Ausbildung, besondere Position.	„Ich bin jetzt in meinem 47. Berufsjahr, habe auch immer in der gleichen Einrichtung gearbeitet. Schon seit meinem 16. Lebensjahr. Ich habe auch meine Ausbildung gemacht und habe aber mit der Kinderpflegerin angefangen und habe dann immer nebenberuflich weitergelernt: Heilerziehungspflegerin und dann durch dieses Fachabi dann eben auch studiert, Sozialpädagogik.“ (P8, Pos. 3)	Induktiv
	1.2 Einrichtung	Alle Aussagen zu räumlichen Gegebenheiten, Betreuungssituation, Informationen zur Wohngruppe wie z.B. Bewohner*innen, Einrichtungsart und Betreuungsschlüssel.	„Ähm Wohngemeinschaften, das ist eine Betreuungsform, wo nur betreut wird von in der Regel 12:00 bis 19:00 Uhr am Tag. Das ist immer ein Ansprechpartner in der Wohnung. In der WG, wo wir aktuell sind, sind fünf Betreute und wir sind ein Team aus im Moment drei Kollegen inklusive mir oder meiner Person und wir teilen uns die Arbeit.“ (P5, Pos. 3)  „Genau, es sind sieben Bewohner. Also in der einen Wohngruppe, die ich leite, sind die so vom Alter Anfang 20 bis Anfang 60. Also eine sehr bunt gemischte Gruppe auch, wir haben drei Frauen und vier Männer in der Wohngruppe. Und in der anderen Wohngruppe sind sie alle so zwischen Ende 20 bis Ende 30 ähm und dort leben zwei Frauen und fünf Männer.“ (P3, Pos. 7)	Deduktiv/induktiv
	1.3 Team/Personal	Alle Aussagen zur Team-Dynamik wie z.B. Harmonie, Zusammenarbeit, Kommunikation, Konfliktlösungen aber auch zur Personalsituation und Personalwechsel.	„Zu meinen Kollegen hier habe ich ein sehr gutes Verhältnis, aber wir sind nicht freundschaftlich verbandelt irgendwie. Also ich habe mit meinen Kollegen hier persönlich privat keinen Austausch und trotzdem: wir verstehen uns als Team sehr gut. Wir arbeiten miteinander. Ich sehe meine Kollegen auch nur in der Regel zweimal im Monat hier aus der WG. Also ich sehe [sie] zum Team und zum Gesamtteam und ab und zu noch mal ein Dienst zusammen. Aber mit einer Kollegin, die hier arbeitet, hatte ich in acht Jahren – was es ungefähr sind? – zwei Dienste zusammen.“ (P5, Pos. 23)	Deduktiv/induktiv

			<p>„Und wir merken als Team, auch weil wir unterbesetzt sind, dass das eine große Belastung ist. (...) Auch wenn ein Dienst an sich ganz ruhig war, kommt es so / wenn du zu viele Dienste hast, weil alles unterbesetzt ist, kommt es irgendwann / ist es irgendwann zu viel, so insgesamt. (...) Ja, und ehrlich gesagt, da hilft wirklich nur irgendwie mehr Personal anschaffen.“ (P4, Pos. 13)</p>	
	1.4 Leitung/ Träger	Alle Aussagen zu speziellen internen Weisungen und Gestaltung der Leitungsverantwortungsübernahme, aber auch Informationen zum Träger.	<p>„Manchmal (...) würde ich mir wünschen, dass die Leitung / natürlich verstehe ich, es kann nicht so oft vorkommen, aber dass die Leitung ab und zu mal eigentlich einen Dienst mitläuft, um ein bisschen mehr die alltägliche Situation zu erfahren.“ (P4, Pos. 11)</p> <p>„Ja, [Träger] selber, ist auch / tritt auch als Vermieter auf. Also [Einrichtung] zum Beispiel da sind wir selber Vermieter. Und auch da ist es wichtig, dass jeder Klient einen eigenen Mietvertrag hat, so dass selbst, wenn er unsere Assistenz ablehnt, theoretisch könnte er unsere Assistenz ablehnen, einen anderen Anbieter nehmen, aber bleibt in der Wohnung wohnen.“ (P8, Pos. 5)</p>	Deduktiv/induktiv
	1.5 Konzept	Alle Informationen zu offiziellen pädagogischen Konzepten, Handlungsempfehlungen u.ä.	<p>„Also auf einer konzeptionellen Ebene haben wir ein sexualpädagogisches Konzept. Ich würde sagen, das orientiert sich aber oder legt den Hauptfokus eigentlich darauf, was passiert, wenn ein Übergriff passiert, und welchen Handlungsfaden haben wir dann. Es ist noch wenig im Fokus, ähm, Sexualpädagogik allgemein, also Aufklärung und ja, die Begleitung im Alltag, den Verweis an zum Beispiel externe Beratungsstellen. (P6, Pos. 17)</p>	Deduktiv/induktiv
<b>2. Aushandlungen</b>		Die Kategorie „Aushandlungen“ erfasst, wie das soziale Miteinander in der Wohngruppe organisiert ist zum Alltag, Formen der Mitbestimmung (insbesondere im Kontext Wohnen-Sexualität), Intim-/Privatsphäre, Grenzen, Konflikte. Die Kategorie wird nicht codiert, wenn es um die individuelle Selbstbestimmung in der Ausübung der sexuellen Praktiken an sich geht		Deduktiv

		(dann wird Kategorie Sexualität codiert). Die Auslebung der sexuellen Praktiken kann wiederum ein Anlass zu Aushandlungen im sozialen Miteinander der Wohngruppe darstellen (nur dann wird auch Kategorie Aushandlungen codiert).		
	2.1 Mitbestimmung	Aussagen zu formellen und informellen Mitbestimmungsmöglichkeiten in der Wohngruppe, Handhabung der Ambivalenzen von Fremd- und Selbstbestimmung.	„Wir haben jede Woche Gruppengespräch. Wir haben immer montags oder dienstags, je nachdem, wie es gerade so passt, machen wir ein Gruppengespräch. Da sind alle vier anwesend und wir Betreuer, wir zwei bzw. grade eine, und dann gucken wir, was es zu klären gibt, ob jemand gerade ein Bedarf hat, was geändert werden soll und dann redet man drüber. Und also richtig durchsetzen, sowas tun wir dann nicht. Wir versuchen schon mit dem pädagogischen Zauberkoffer dann denen einfach so klar zu machen, dass die sagen ‚Ja stimmt, da hast du recht.‘, so irgendwie. Das ist so das Maß der Dinge. Und bis jetzt klappt es auch immer ganz gut, dass man das denen einfach irgendwie erklären kann, dass sie das verstehen, [...].“ (P2, Pos. 41)	Deduktiv
	2.2 Grenzen	Aussagen zu Aushandlungen und Handhabungen bzgl. Grenzen und Intim-/Privatsphäre als Wohngruppe.	„Wir haben auch einen Bewohner, der früher auch regelmäßig in seinem Zimmer bei offener Tür masturbiert hat und der wurde dann, mit dem wurde ganz viel darüber gesprochen. Und auch so mit Bildern damals noch erklärt, ‚Was ist okay? Wann macht man die Tür zu?‘ Ähm. ‚Wann muss man sich anziehen?‘.“ (P3, Pos. 43)	Induktiv
	2.3 Gruppenregeln	Alle Aussagen, in denen im Umgang eine Regelförmigkeit sichtbar wird. Diese müssen jedoch nicht in Form eines Leitfadens oder Konzepts bzw. team-/trägerintern festgeschrieben sein. Alle Regeln in der Wohngruppe, Handhabungen zu Konflikten, Konfliktstrategien und Klärungen.	„Aber wir haben keine allgemeinen <u>Regeln</u> bisher, würde ich sagen. Also, wir haben so interne Gruppenregeln, dass wäre zum Beispiel so ein Thema, was ich gerne mal angehen würde, wofür bisher immer die Zeit gefehlt hat, dass wir in der Gruppe mit den Bewohner*innen mal wirklich unsere gemeinsamen Gruppenregeln aufstellen. Bisher sind es halt Regeln, die von uns gemacht sind, von den Mitarbeiter*innen, die wir ihnen rückmelden, so wie, dass man sich bis zu einer Begrenzung / Also dass man sich im Gemeinschaftsraum nicht selbst befriedigt ist so eine allgemeine Regel, die halt ganz klar ist <u>für uns</u> , nicht für alle Menschen, die dort wohnen.“ (P6, Pos. 17)	Induktiv
<b>3. Sexualität</b>		Die Kategorie „Sexualität“ beschreibt, wie Sexualität in der Wohneinrichtung gelebt wird bzw. werden kann.		Deduktiv

	<p>3.1 Formen</p> <p><u>Sub-Subkategorien:</u>  3.1.1 Partnerschaft/  Paarsexualität  3.1.2 Sexualassistenz/  Sexarbeit  3.1.3 Solosexualität  3.1.4 Affären/kurzfris-  tige Kontakte  3.1.5 keine/wenig aus-  gelebte Sexualität  3.1.6 Pflegesituation</p>	<p>Formen gelebter Sexualität, von denen Mitarbeiter*innen berichten: konkrete Praktiken bzw. Facetten sexuellen Lebens. Die Sub-Subkategorien wurden induktiv hergeleitet, sie werden bei Aussagen zu den jeweiligen Formen von Sexualität codiert.</p>	<p>Zu 3.1.1 „Und bei dem Paar, würde ich sagen, [gibt es] auch teilweise kuscheln, was schon hin zu / ja, sehr intensiv [ist] und vielleicht auch mal mit einer Erektion und dann aber auch im Gemeinschaftsraum. Was halt schon recht kritisch ist im Hinblick auf die anderen Nutzer*innen.“ (P6, Pos. 33)</p> <p>Zu 3.1.2 „Der ist sehr offen an Sexualität, der ist sehr interessiert an diesem Thema, der arbeitet unheimlich gerne mit mir an diesem Thema. Das ist ich auch Bedarf. Der geht auch zu Sexualbegleitung, Sexualassistenz, heute ist auch einen Termin ab 19:00 abends. Und da wird mit ihm so ein bisschen Körperarbeit gemacht und da gibt es ein bisschen Masturbationshilfe, weil das funktioniert auch nicht.“ (P2, Pos. 31)</p> <p>Zu 3.1.3 „Wir haben eine Person, (...) die sehr stark masturbiert. Aber das ist auch / Neuerdings tritt das erst auf, zwei, drei Tage am Stück durchgängig und nicht schlafen kann deswegen auch und das auch in allen Räumen macht, wo es gerade passt, aber dann auch die Grenze mitbekommen kann und wieder ins eigene Zimmer geht.“ (P6, Pos. 33)</p> <p>Zu 3.1.4 „Die hatte eben nicht unbedingt einen festen Partner, sondern eben wechselnde Partner.“ (P7, Pos. 43)</p> <p>Zu 3.1.5 „[...] wir haben einige Bewohner, die Sexualität gar nicht ausleben, die das, sich da, ich glaube, unsicher fühlen und auch äußern, dass sie das nicht möchten.“ (P3, Pos. 17)</p> <p>Zu 3.1.6 „Ja, also es ist so, dass man gerade in Pflegesituationen sozusagen, sei es unter der Dusche oder sei es beim Wechseln des Inkontinenzmaterials, ja auch einfach mit den Genitalien der zu betreuenden Personen oder der Personen, die da eben lebt, in Verbindung kommt, in Kontakt kommt. Und man dann auch schon gerade bei äh ja Bewohnenden irgendwie mit Penis merkt, dass Erektionen auftreten, dass vielleicht Körperkontakt gesucht wird in der Situation, in der Pflegesituation selber, der jetzt so auf diese Art und Weise nicht gesucht werden würde im normalen Alltag. Was natürlich dazu führt, dass man sich da strikt abgrenzen muss und irgendwie seinen eigenen Umgang finden muss. Was aber natürlich je nach Vehemenz sozusagen der Sexualallüren oder der (...) Bedürfnispflege sozusagen einfach schwierig ist. Ähm, da ich selbst jetzt beobachten</p>	<p>Induktiv</p> <p>Sub-Subkategorien: induktiv</p>
--	--	--	--	--



			konnte, dass manche Personen bei uns aus dem Klientel auch gerade gegenüber weiblich gelesene Mitarbeiterinnen schon sehr (..) – wie soll ich sagen? – kontaktfreudig sind, im Sinne von Körperkontakt. Was dann natürlich versucht wird strikt abzuweisen, aber es ist auch nicht in jeder Situation möglich, das von vorneherein auszuschließen.“ (P1, Pos. 27)	
	3.2 Konsens/Gewalt	Alle Ausführungen zu Gewalterfahrungen, Konsens und Einverständnis in der Sexualität.	„Das ist natürlich alles auf einem, wie soll ich sagen? (...) teilweise recht unbeholfen im Niveau und auch nicht immer von Anfang an gleich erkennbar, ob das wirklich von beiden Personen auch so gewollt wird, wenn es da zu Kontakten kommt. Von daher ist man dann selbst als Mitarbeiter auch in einer komischen Moderationsrolle, obwohl es eigentlich nicht mein Anliegen ist, da irgendwas zu moderieren. Aber da muss man teilweise dann auch ja tatsächlich körperlich dazwischengehen, weil man einfach nicht einschätzen kann, ob das Ganze ja auf Gegenseitigkeit beruht und wirklich mit Einverständnis passiert.“ (P1, Pos. 29)	Induktiv
	3.3 Einflussfaktoren	Alle Aussagen zu bedingende Faktoren, die die Auslebung der Sexualität beeinflussen, befördern oder behindern.	„Ähm, was ich da zu beobachten konnte, würde ich sagen, ist vor allen Dingen die Elternarbeit. Da es jetzt bei uns im speziellen Fall oftmals so gehandhabt ist oder geregelt ist, dass die Eltern dementsprechend auch gesetzliche Betreuung übernehmen von unserem Klientel und dementsprechend können jetzt solche Sachen wie sexuelle Assistenz oder einfach einen Raum geben sozusagen für sexuelle Selbstentfaltung nicht immer ohne das Einbeziehen der gesetzlichen Betreuung stattfinden [kann]. Und gerade durch den Fakt, dass das bei uns jetzt speziell im Haus eben oftmals die Eltern übernehmen, ähm, ist es schon ein Reizthema und ein schwieriges Thema. Und da sind teilweise dicke Bretter zu bohren, um da den gesetzlichen Betreuungen erst mal klar zu machen, dass das Bedürfnis überhaupt vorhanden ist und wie man dann am besten damit umgeht. Weil ich persönlich oftmals erlebt habe, dass bei Menschen mit Beeinträchtigungen, gerade wenn das von der Seite der Eltern kommt, eher die Sexualität abgesprochen wird und behauptet wird, das wäre nicht vorhanden oder es wäre irgendwie kein Thema. Ähm, ich kann mir auch vorstellen, dass das viel schambehaftet ist, tatsächlich. Ähm, wenn man dann sich über die Sexualität seines eigenen Kindes Gedanken machen muss und ist allerdings auch / nach meiner Beobachtung korreliert es stark mit dem Alter der Eltern. Also ich habe die Erfahrung gemacht, je jünger die Eltern sind, desto offener ist man auch für dieses Thema. (P1, Pos. 15)	Induktiv

			<p>Also ja halt einmal, dass man sich nicht frei bewegen kann. Der Zugang zu Wissen ist, glaube ich, also, dass man sich selbstständig irgendwie Wissen aneignen kann, Sachen aufsuchen kann, ähm, ist auf jeden Fall eingegrenzt. Dadurch, dass gar nicht alle die Möglichkeit haben, sich an einen Computer zu setzen oder da auch Unterstützung bräuchten, um sich vielleicht mit Themen auseinanderzusetzen. Dann ist es auf jeden Fall zeitliche Ressourcen, die fehlen. Also, dass zu zweit in einer Gruppe mit neun Leuten, also zwei Mitarbeiter*innen mit neun Menschen, hast du halt eigentlich keine Zeit, dich noch mit extra Themen auseinanderzusetzen. Also man müsste das ausgliedern. Selbst das Besuchen von Workshops ist teilweise schwierig, weil wir den Hin- und Rückweg nicht realisieren können und die Leute dort hin und wieder abzuholen. Also so, da fängt es schon an. Dann würde ich sagen, dass halt dieser ganze Teilhabebereich / Was auf jeden Fall / Also wenn man sich außerhalb der Wohngruppe bewegen kann und andere Kontakte knüpfen kann, dann kann man sich auch, also das hat auch alles mit Sexualität und Selbstbestimmung zu tun, so dass man sich da andere Kontakte, andere Hilfe, anderen Input als in diesem kleinen Kosmos / Also es ist halt alles total stark eingeschränkt. Und bestimmt auch, ja, durch Bilder von Mitarbeiter*innen wie: Kinderwunsch ist nicht. Also ein Kind zu bekommen, ist in dem Rahmen nicht möglich für die Person. Das so was auf jeden Fall auch schon einschränkt, das ist klar, dass es bei vielen verankert ist, dass das keine Perspektive für die Menschen sein könnte, die dort leben. Oder andere Vorstellungen, die einfach in den Köpfen der Mitarbeiter*innen feststecken durch die Bilder, die wir so mit uns bringen. (P6, Pos. 25)</p>	
	<p>3.4 Differenzkategorien</p> <p><u>Sub-Subkategorien</u></p> <p>3.4.1 Alter</p> <p>3.4.2 Geschlecht</p> <p>3.4.3 Beeinträchtigung</p>	<p>Aussagen dazu, wie die Sexualität der Bewohnenden unterschiedlich gelebt und behandelt wird je nach Alter, Geschlecht und Beeinträchtigung.</p>	<p>3.4.1 „Das ist deswegen wichtig zu erwähnen, weil viele ältere Frauen eben ja Sexualität nur mit dem, was auch in den Geschichtsbüchern steht, dass sie eben zwangssterilisiert wurden, und eben dadurch auch Sexualität immer was Böses war oder was Schlimmes war oder was man nicht darf. Und ja, also das betrifft die ältere Generation natürlich heute und die jüngere ist da deutlich aufgeklärter.“ (P8, Pos. 5)</p> <p>3.4.2 „Also es ist immer wieder ein Thema und ich bin da nach einigen Jahren gerade durch diese Erfahrung sehr sensibel geworden, habe immer gesagt, auch gerade bei männlichen Klienten, natürlich auch so, dass da ein sexuelles Bedürfnis besteht.“ (P8, Pos. 15)</p>	<p>Deduktiv/induktiv</p>

			3.4.3 „Also da wurde Sexualität schon auch mehr so in der WG ausgelebt. Es waren aber auch Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, die das auch nicht, die nicht das Verständnis, so Nähe Distanz und dieses Schamgefühl auch gar nicht hatten.“ (P3, Pos. 41)	
<b>4. Reproduktive Selbstbestimmung</b>		Die Kategorie „reproduktive Selbstbestimmung“ beschreibt, wie reproduktive Selbstbestimmung in der Wohneinrichtung gehandhabt wird. Es werden Aussagen zu SSV, Heirat, Zusammenziehen, Kinderwunsch, sexuelle Gesundheit und Differenzkategorien, denen die reproduktive Selbstbestimmung unterliegen, erfasst.		Deduktiv
4.1 Schwangerschaftsverhütung  <u>Sub-Subkategorien:</u>  4.1.1 Formen SSV > <i>Pille</i> > <i>Spirale</i> > <i>Dreimonatsspritze</i> > <i>Kondom</i> > <i>Diaphragma</i> > <i>Sterilisation</i>  4.1.2 Anlass SSV 4.1.3 Einflussfaktoren 4.1.4 Entscheidung Klient*in	Alle Aussagen, in denen SSV thematisiert wird. Es wurden Sub-Subkategorien induktiv abgeleitet: welche verschiedenen Formen an SSV-Mitteln werden genutzt, welcher Anlass und welche Gründe werden für den Einsatz der SSV genannt, welche Faktoren beeinflussen, befördern und behindern die SSV, wie ist der Entscheidungsprozess gestaltet.  Zu 4.1.1 Formen SSV: Wird jeweils nach SSV-Mitteln in Sub-Sub-Subkategorien aufgeteilt.	4.1.1 „Deswegen hat sie jetzt eine Hormonspritze, die sie alle drei Monate bekommt, um eine erneute Schwangerschaft zu verhindern.“ (P3, Pos. 13)  4.1.2 „Bei der Dame, die jetzt die Pille nimmt, war das sogar so, als sie hier eingezogen ist, vor 17 Jahren, hat die Mutter erst mal, bevor sie hier einzieht, ihr die Pille gegeben. Also verhüten lassen. Mit einer Spritze damals noch eben, weil die Mutter Angst vor einer Vergewaltigung hatte und Angst hatte, dass da noch ein Baby daraus entsteht.“ (P2, Pos. 47)  4.1.3 „Und beim Thema Verhütungsmittel, da bin ich mit dabei und dann verlassen wir uns eigentlich immer auf die (..) Dinge, die die Ärzt*innen sagen. Und (..) genau da haben wir eine gute Ärztin, die da auch jetzt nicht irgendwie was über hilft oder so, wo man jetzt keine Sorge haben muss, dass Sie jetzt irgendwas verschreibt, was irgendwie keine gute Idee ist oder so. Denke ich zumindest.“ (P3, Pos. 29)  4.1.4 „Und das war jetzt aber nicht so, dass wir gesagt haben: ‚So, du musst jetzt aber irgendwas für deine Verhütung tun, damit du jetzt nicht noch ein Kind bekommst!‘, sondern es war auch ihr Wunsch, dass sie jetzt irgendwas machen muss, damit das nicht wieder passiert.“ (P3, Pos. 23)	Deduktiv  Sub-Subkategorien: induktiv  Sub-Sub-Subkategorien: induktiv	
4.2 Kinderwunsch	Aussagen zum Umgang mit Kinderwunsch und Familienplanung.	„Die Frau hat am Ende nicht lange bei uns gewohnt, aber was ich weiß, ist, kurz nachdem sie ausgezogen ist, war sie auch schwanger und hatte ein Kind. Also da hat man mit ihr auch drüber geredet, dass sie da vielleicht	Deduktiv	

			noch ein bisschen warten soll. Aber das hat nicht gefruchtet. Entweder wollte sie ein Kind bekommen, das weiß ich nicht, das hat sie so direkt nie geäußert.“ (P5, Pos. 53)	
	4.3 Heirat/Verlobung /Zusammenziehen	Alle Aussagen zur Begleitung bei Wunsch nach langfristiger Beziehungsplanung wie Heirat, Verlobung und Zusammenziehen.	„Er hat wirklich seine Freundin seit über mehrere Jahre. Verlobt hat er sich mit ihr. Ich habe ihm / Aber da ist ja dann schon wieder die Sache: ‚Weißt du überhaupt, was Verlobung bedeutet? Das bedeutet eigentlich, dass man ja später heiratet.‘ ‚Nee, die Freundin wollte sich verloben, weil dann gibt es schöne Ringe.‘. So also, schwierige Situation zu sagen: ‚Na ja, eigentlich steht ja hinter einer Verlobung was anderes als wie ein Paar Ringe zu kaufen.‘. Aber das machen wir dann alles. Haben habe ich begleitet, habe ich organisiert, Ringe Kauf etc. pp. Und beide sind happy. Er trägt seinen Ring, sie auch wohl [...].“ (P5, Pos. 35)	Deduktiv
	4.4 Sexuelle Gesundheit	Aussagen zur Rolle der sexuellen Gesundheit im Alltag und bei SSV.	„Die hatte eben nicht unbedingt einen festen Partner, sondern eben wechselnde Partner. Deshalb war ja Verhütung auch noch mal besonders wichtig. Was aber auch total wichtig war, war eben AIDS-Verhütung.“ (P7, Pos. 43)	Deduktiv
	4.5 Differenzkategorien <u>Sub-Subkategorien</u> 4.5.1 Alter 4.5.2 Geschlecht 4.5.3 Beeinträchtigung	Aussagen dazu, wie reproduktive Selbstbestimmung der Bewohnenden unterschiedlich behandelt wird je nach Geschlecht, Alter, Beeinträchtigung der Bewohnenden.	4.5.1 nicht codiert  4.5.2 „Das finde ich schon ziemlich heftig, aber in der Regel die Frauen und die wenigsten Männer, also auch wieder dieser Unterschied.“ (P7, Pos. 7)  4.5.3 „[...] also wir begleiten die meisten Termine dann auch gerade bei Gynäkolog*innen, weil da viele Dinge einfach falsch verstanden werden und auch die Einnahme von Medikamenten dann nicht richtig gemacht wird, weil bestimmte Sachen falsch verstanden werden. Also auch gerade dieses Pille nehmen und eine Pause machen und so, ist immer ganz schwierig für die Bewohner.“ (P3, Pos. 27)	Deduktiv
<b>5. Informelle Bedingungen</b>		Die Kategorie „informelle Bedingungen“ erfasst Aussagen, die die implizite Bedingungen in Einrichtungen sichtbar machen. So können vorhandenes Handlungswissen und alltägliche Praxen erfasst werden. Sie wird codiert, wenn folgende Aspekte auftauchen: Handlungsstrate-		Induktiv

		gien, Methoden, Ressourcen, pädagogische Positionierungen und Differenzkategorien.		
	5.1 Handlungsstrategien	Aussagen zu Handlungsstrategien und bewusst eingesetztes Vorgehen, auch bei Herausforderungen im Team und mit Bewohnenden.	<p>„Von daher ist man dann selbst als Mitarbeiter auch in einer komischen Moderationsrolle, obwohl es eigentlich nicht mein Anliegen ist, da irgendwas zu moderieren. Aber da muss man teilweise dann auch ja tatsächlich körperlich dazwischengehen, weil man einfach nicht einschätzen kann, ob das Ganze ja auf Gegenseitigkeit beruht und wirklich mit Einverständnis passiert.“ (P1, Pos. 29)</p> <p>„Und wenn's gar nicht ging, also wir können nicht zu tief in manche Materie reingehen, wenn es zu persönlich wird, weil wir wollen ja irgendwo doch eine Distanz halten, dann hat man immer die Möglichkeit der Balance hier in [Großstadt]. Die haben wir gerne in Anspruch genommen und dort Termine gemacht. Und das ist ja auch nochmal eine Sexualberatung, wenn es denn zu tiefgründig/[...].“ (P5, Pos. 31)</p>	Induktiv
	5.2 Werkzeuge/Methoden	Aussagen zu konkreten Methoden und Ressourcen, die genutzt werden.	<p>„Ich gehe mit denen in Sexshops und kaufe Materialien. Ich kaufe es aber auch stellvertretend, wenn man da nicht so weit ist. Jetzt letztens musste ich eine Großbestellung an Vibratoren bei [Online Anbieter] mal aufgeben, weil die sich das noch nicht zugetraut hat, aber schon den Drang hatte, mal Sexspielzeug auszuprobieren, damit sie ein Orgasmus bekommt.“ (P2, Pos. 33)</p> <p>„Wir haben dann auch so Kalender installiert oder sowas, damit sie irgendwie dran denken ‚Okay, jetzt mache ich wieder drei Wochen Pause, jetzt geht es weiter.‘“ (P3, Pos. 27)</p>	Induktiv
	5.3 Haltung	Aussagen mit bewussten pädagogischen Positionierungen.	<p>„Von daher ist für alle Mitarbeitenden klar, dass Sexualität ein ganz normales Grundbedürfnis ist, was irgendwie gelebt werden muss, und wir dann eben versuchen, den Rahmen zu schaffen, dass das Ganze auch möglich ist.“ (P1, Pos. 13)</p> <p>„Und sie hat auf jeden Fall kein Verständnis dafür, dass sie diese Pille einnimmt und warum sie die einnimmt, so. Ich glaube, dass da schon schnell eher der Schutzgedanke im Vordergrund steht als die Selbstbestimmung der Person und auch die Aufklärung.“ (P6, Pos. 13)</p>	Induktiv

	<p>5.6 Differenzkategorien</p> <p><u>Sub-Subkategorien:</u></p> <p>5.6.1 Alter</p> <p>5.6.2 Geschlecht</p> <p>5.6.3 Beeinträchtigung</p>	<p>Aussagen und Annahmen zur Rolle von Geschlecht, Alter, Beeinträchtigung der Mitarbeitenden, auch im Verhältnis zu Merkmalen der Bewohnenden.</p>	<p>5.6.1 „Und da gibt es schon so eine gewisse Hilflosigkeit mit dem Thema den Männern gegenüber. Und ich finde, umso jünger die Männer werden, umso besser wird es, aber gerade die Generation, die jetzt 50/60 ist, die tut sich damit noch ein bisschen schwieriger mit den Themen und auch mit den Themen Schwangerschaft, Verhütung. Und ich glaube, die haben auch ein bisschen den Anschluss verloren, was einfach aufklärungstechnisch so möglich ist heutzutage.“ (P2, Pos. 57)</p> <p>5.6.2 „Es ist natürlich auch gerade schwierig als männlicher Mitarbeiter sich in solche Themen – wie soll ich sagen? – einzubringen und einzuflechten. Weil ich jetzt / also bzw. ich kann nur für mich persönlich sprechen, ich persönlich natürlich auch da einfach den professionellen Abstand dazu wahren möchte und ähm Themen, die dann besprochen werden müssen, gerade wie Schwangerschaftsverhütung, jetzt nicht klassisch, meine Themen sind sozusagen. Dementsprechend haben wir es für uns im Team so geregelt, dass wir das den weiblichen Mitarbeiterinnen so ein bisschen überlassen das Feld sozusagen.“ (P1, Pos. 13)</p> <p>5.6.3 „Das habe ich jetzt mit der Dame noch nie geführt, weil es schwierig ist, mit einer Frau als Mann über Sexualität zu reden, gerade wenn Behinderung eine Rolle spielt. Das machen denn so, ist so schon klassisch, dass die Männer so mit den Männern sprechen und die Frauen mit den Frauen sprechen. Weil es einfach schwierig ist, ein schwieriges Thema wird, ohne da vielleicht zu persönlich zu werden oder irgendwelche Sachen zu Situationen zu schaffen, die vielleicht für beide unvorteilhaft sind, indem sich vielleicht doch die Klientin sagt: ‚Oh, der interessiert sich für mich.‘ Das geht auch ganz schnell in so einer, in so einer Betreuungsgeschichte, weil man ja doch als Betreuer irgendwo eine Respektsperson ist, aber irgendwo auch jemand, zu dem man aufschaut.“ (P5, Pos. 43)</p>	<p>Deduktiv/Induktiv</p>
<p><b>6. Bedarfe</b></p>		<p>Alle Aussagen zu Leerstellen und Bedarfen: was sich Mitarbeitende wünschen, was sie brauchen, wo sie Kompetenzen benötigen.</p>	<p>„Dann ist es auf jeden Fall zeitliche Ressourcen, die fehlen. Also, dass zu zweit in einer Gruppe mit neun Leuten, also zwei Mitarbeiter*innen mit neun Menschen, hast du halt eigentlich keine Zeit, dich noch mit extra Themen auseinanderzusetzen. Also man müsste das ausgliedern. Selbst das Besuchen von Workshops ist teilweise schwierig, weil wir den Hin- und Rückweg nicht realisieren können und die Leute dort hin und wieder abzuholen.“ (P6, Pos. 25)</p>	<p>Deduktiv/induktiv</p>

## 8.7 Kategorie 2, Tabelle 4: Formelle Mitbestimmungsmöglichkeiten

	Mitbestimmungsgremium	Turnus	Struktur	Inhalte	Quellen
P1	Ja	2x im Monat	Offen, direkte Umsetzung bei leicht umsetzbaren Anliegen, bei größerem Umfang Beteiligung Leitungshierarchien	Themen und Anliegen werden besprochen	P1, Pos. 19
P2	Ja	Wöchentlich	Offen, Alle Bewohner*innen, wenn möglich auch Betreuende anwesend	- allgemeine Bedarfe - Klärungsbedarfe - Änderungswünsche - Kompromisse finden (Wünsche validieren, Vermittlung)	P2, Pos. 41
P3	Ja	Wöchentlich	Strukturierte Abfolge	1. Verteilung Putzdienste 2. Themen Bewohner*innen (z.B. zu Konflikten) 3. Themen Betreuer*innen	P3, Pos. 53
P4	Informell	i.d.R. jedes 2. Wochenende	Wenn viele Bewohner*innen anwesend	- Wochenendplanung - Ausflüge - Unstimmigkeiten - Versuch Einführung Beteiligung bei Haushaltsaufgaben	P4, Pos. 33
P5	Ja	Wöchentlich	Strukturierte Abfolge, Teilnahme ist Pflicht (vermerkt im Betreuungs- und Nutzungsvertrag)	- rotierende Putzämter - Allgemeines - Rahmenbedingungen	P5, Pos. 45
P6	jahrelang nicht, jetzt im Aufbau	Keine Angabe		- Gruppenzusammenhalt - Mitsprechen im Alltag - Essensplanung	P6, Pos. 11
P7	Ja	Wöchentlich	Offen	- Gemeinsames Essen - Unternehmungen planen - Haushaltsdienste	P7, Pos. 27
P8	k.A.				

Tabelle 4: Formelle Mitbestimmungsmöglichkeiten

## 8.8 Selbstständigkeitserklärung

### SELBSTSTÄNDIGKEITSERKLÄRUNG

---

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel: „Reproduktive Gerechtigkeit für Menschen mit Lernschwierigkeiten in Wohneinrichtungen in Deutschland? Eine qualitative Studie zur Selbstbestimmung in der Schwangerschaftsverhütung“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfsmittel verfasst habe und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet habe.

Caroline Wolff

Berlin, den 16. August 2024