

## **Inhaltsverzeichnis**

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Anmerkungen</b>   | <b>4</b>  |
| <b>Abkürzungsverzeichnis</b>                                 | <b>5</b>  |
| <b>1. Einleitung</b>   | <b>6</b>  |
| <b>2. Geistige Behinderung</b>                               | <b>9</b>  |
| 2.1 Behinderung  | 9         |
| 2.2 Geistige Behinderung                                     | 10        |
| 2.3 Geistige Behinderungen aus verschiedenen Perspektiven    | 11        |
| 2.4 Ätiologische Faktoren einer geistigen Behinderung        | 14        |
| 2.4.1 Pränatale Faktoren                                     | 14        |
| 2.4.2 Perinatale Faktoren                                    | 15        |
| 2.4.3 Postnatale Faktoren                                    | 15        |
| 2.5 Zusammenfassung  | 16        |
| <b>3. Sexualität und geistige Behinderung</b>                | <b>17</b> |
| 3.1 Sexualität   | 17        |
| 3.1.1 Begriffsbestimmung                                     | 17        |
| 3.1.2 Bedeutung für das Individuum                           | 18        |
| 3.2 Sexualitäten von Menschen mit geistiger Behinderung      | 20        |
| 3.2.1 Gesellschaftliche Einstellungen und Vorurteile         | 20        |
| 3.2.2 Psychosexuelle Entwicklung                             | 22        |
| 3.2.3 Mögliche Erlebnisweisen von Sexualität                 | 24        |
| 3.3 Zusammenfassung  | 25        |
| <b>4. Sexuelle Selbstbestimmung und geistige Behinderung</b> | <b>27</b> |
| 4.1 Definitionsversuche von „Selbstbestimmung“               | 27        |
| 4.2 Ansprüche auf sexuelle Selbstbestimmung                  | 28        |
| 4.2.1 Von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung           | 28        |
| 4.2.2 UN-Behindertenrechtskonvention                         | 29        |
| 4.2.3 Grundrecht auf sexuelle Selbstbestimmung               | 30        |

|  |           |
|--|-----------|
| 4.3 Sexuelle Selbstbestimmung in Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung | 31        |
| 4.4 Zusammenfassung  | 34        |
| <b>5. Sexuelle Gewalt und geistige Behinderung</b>                                 | <b>35</b> |
| 5.1 Begriffsannäherung „Sexuelle Gewalt“   | 35        |
| 5.2 Häufigkeit   | 38        |
| 5.3 Risikofaktoren   | 39        |
| 5.4 Folgen für die Opfer   | 43        |
| 5.5 Potentielle Täter  | 45        |
| 5.6 Prävention in Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung                | 46        |
| 5.7 Zusammenfassung  | 50        |
| <b>6. Empirische Sozialforschung</b>   | <b>51</b> |
| 6.1 Methode: Experteninterview   | 52        |
| 6.2 Setting  | 52        |
| 6.3 Ergebnisse   | 53        |
| 6.4 Diskussion   | 58        |
| <b>7. Schlussbemerkungen</b>   | <b>63</b> |
| <b>8. Verzeichnis des Materials</b>  | <b>66</b> |
| <b>Anhang</b>  | <b>73</b> |
| <b>Eidesstaatliche Erklärung</b>   | <b>96</b> |

## **Anmerkungen**

Aufgrund der Leserfreundlichkeit wird in der vorliegenden Arbeit die männliche Form verwendet. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass auch weibliche Personen, inter- und transsexuelle Menschen sowie all jene, die sich keiner Geschlechtskonstruktion zugehörig fühlen, mitbedacht sind.

Zur besseren Übersicht und Verständlichkeit sind einige Wörter und Wortgruppen kursiv oder fett gekennzeichnet.

## Abkürzungsverzeichnis

|         |   |
|---------|---|
| BRD     | Bundesrepublik Deutschland  |
| BRK     | Behindertenrechtskonvention   |
| DIMDI   | Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information   |
| DSM     | Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen   |
| ebd.    | Ebenda  |
| f.      | die folgende Seite  |
| ff.     | die folgenden Seiten  |
| ICD     | International Classification of Diseases (Internationale Klassifikation psychischer Störungen)  |
| ICF     | International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) |
| IQ      | Intelligenzquotienten   |
| SGB IX  | Sozialgesetzbuch Neuntes Buch   |
| StGB    | Strafgesetzbuch   |
| UN      | United Nations  |
| UNO     | United Nations Organization   |
| vgl.    | vergleiche  |
| WAS     | World Association for Sexual Health   |
| WHO     | Weltgesundheitsorganisation   |
| zit. n. | zitiert nach  |

## 1. Einleitung

Sexualität ist Teil der menschlichen Existenz und stellt in ihren unterschiedlichsten Formen etwas Allgegenwärtiges dar. Gehört diese heutzutage in unserer Gesellschaft zur Normalität, so zeigt ein Blick in die Vergangenheit, dass dies nicht immer der Fall war. Die menschliche Sexualität wurde lange Zeit tabuisiert und in Verbindung mit behinderten Menschen wird sie das zum Teil nach wie vor.

In meiner Arbeit spreche ich von Menschen mit einer sogenannten *geistigen Behinderung*. Einige, die in der Öffentlichkeit so bezeichnet werden, habe ich in den vergangenen Jahren, während meiner praktischen Tätigkeit in verschiedenen Wohneinrichtungen kennen gelernt. In dieser Zeit habe ich festgestellt, dass Sexualität durchaus einen wichtigen Bestandteil im Leben meiner zu Betreuenden darstellte. Für mich war dies von Anfang an etwas ganz Selbstverständliches und ich hatte auch nie Probleme, mit ihnen offen über das Thema zu sprechen. Allerdings kann ich nicht verleugnen, dass es mich nachdenklich und betroffen machte, als ich zudem immer wieder mit dem Thema der sexuellen Gewalt konfrontiert wurde. Sowohl Mitarbeiter der Institutionen berichteten von sexuellen Übergriffen, die einige Bewohner einst erlebt hatten, als auch die Bewohner selbst. Mir wurde bewusst, dass sexuelle Gewalt in Einrichtungen der Behindertenhilfe ein ernst zu nehmendes Problem darzustellen scheint. Ich stellte mir oft die Frage, warum scheinbar besonders Menschen mit geistiger Behinderung der Gefahr laufen, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Aus diesem Grund stand für mich schnell fest, dass ich mich in meiner Arbeit intensiver mit den **Schwerpunkthemen** der *Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt* von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung auseinandersetzen möchte. Dabei liegt mein Hauptaugenmerk bei geistig Behinderte, die in stationären Wohnheimen leben. Neben der thematischen Auseinandersetzung verfolge ich mit meiner Arbeit das Ziel, Antworten auf folgende **Fragestellungen** zu finden:

- Wie wichtig ist die Sexualität im Leben eines Menschen mit geistiger Behinderung?
- Wie ist die gesellschaftliche Einstellung bezüglich der Sexualität geistig Behinderter?

- Sind Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohnheimen leben, besonders gefährdet, Opfer sexueller Gewalt zu werden?
- Wer sind potentielle Täter?
- Welche Auswirkungen von sexueller Gewalt bei geistig Behinderten sind möglich?
- Welche Maßnahmen zur Prävention gegen sexuellen Missbrauch gibt es in Wohnheimen für Erwachsene mit geistiger Behinderung?

Die vorliegende **Arbeit** ist wie folgt **aufgebaut**:

Das *erste Kapitel* widmet sich zunächst der terminologischen Klärung der Begriffe „Behinderung“ und „geistige Behinderung“, um die Voraussetzung zur wissenschaftlichen Behandlung der Thematik zu schaffen. Zur Erklärung der Bezeichnung „geistiger Behinderung“ werde ich die verschiedenen Betrachtungsweisen aus der Wissenschaft, Medizin, Psychologie, Soziologie und Pädagogik heranziehen.

Um einen tieferen Einblick in das Phänomen der geistigen Behinderung zu erhalten, bedarf es zudem der Klärung ihrer Entstehung. Daher werden im Anschluss Ursachen aufgezeigt, die entweder pränatal, perinatal oder postnatal bedingt sind. Am Ende eines jeden Kapitels folgt eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte.

Im *zweiten Kapitel* setze ich mich mit geistiger Behinderung und Sexualität auseinander. Als Basis wird auch hier zunächst geklärt, was die menschliche Sexualität im Allgemeinen bedeutet und welche Funktionen sie für das Individuum erfüllt. Auf dieser Grundlage kann daraufhin Bezug auf die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung genommen werden. In diesem Zusammenhang erarbeite ich die gesellschaftlichen Einstellungen bezüglich der Sexualität geistig Behinderter, die psychosexuelle Entwicklung sowie mögliche Erlebensweisen von Sexualität.

Das *dritte Kapitel* beschäftigt sich thematisch mit der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. Nach einer begrifflichen Auseinandersetzung, wird ein Blick darauf geworfen, inwiefern ihnen ein Recht auf ein sexuell selbstbestimmtes Leben zukommt. Anschließend gilt das Interesse, wie sich die aktuelle Situation in Wohnheimen in Hinsicht auf die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner gestaltet.

*Kapitel Fünf* beinhaltet eine Vertiefung in die Thematik sexuelle Gewalt in stationären Wohneinrichtungen. Zuerst erfolgt eine Beschreibung des Terminus.

Danach wird der Frage nachgegangen, inwieweit eine geistige Behinderung mit der Gefahr zusammenhängt, Opfer sexueller Übergriffe zu werden. Es folgt die Betrachtung potentieller Täter sowie welche Auswirkungen für die Opfer bekannt sind. Folglich werde ich mögliche Präventionsmaßnahmen, auf Ebene der Institution, der Leitung, der Mitarbeiter und der Bewohner, darstellen.

Im *sechsten Kapitel* beschäftige ich mich mit der empirischen Sozialforschung. Im Rahmen meiner Arbeit habe ich mich für eine empirische Methode entschieden, die ich in der Praxis umgesetzt habe. Diese wird von mir vorgestellt und das Setting meiner Untersuchung beschrieben. Folgend stelle ich in diesem Zusammenhang die gewonnenen Ergebnisse vor und diskutiere diese kurz.

Im *Kapitel Sieben* werde ich einen Überblick verschaffen, indem ich die wichtigsten Punkte des Inhaltes meiner Arbeit zusammenfassen.

Abschließend folgt im *Kapitel Acht* ein Verzeichnis, der verwendeten Literatur.

## 2. Geistige Behinderung

Um ein Grundverständnis für das Phänomen der geistigen Behinderung zu schaffen, ist es erforderlich, die Definitionen zu diesem Terminus im Folgenden näher zu beleuchten.

### 2.1 Behinderung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert „Behinderung“ mithilfe der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) (vgl. Fornefeld 2009).

In der ICF wird nicht mehr die Orientierung an Defiziten im Vordergrund gestellt, sondern das Ziel der Teilhabe an verschiedenen Lebensbereichen. Mit diesem Konzept wird Behinderung, als negative Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem bzw. der Gesundheitsstörung (ICD) einer Person und den verschiedenen Kontextfaktoren, wie Körperfunktionen- und -strukturen, Umweltfaktoren, personenbezogene Faktoren, Teilhabe an Lebensbereichen der Person, betrachtet (vgl. DIMDI 2005, 23). Demzufolge ist eine Behinderung nicht durch die bloße Funktionsbeeinträchtigung einer Person bereits eine Behinderung, sondern wird erst durch die Erschwerung der gesellschaftlichen Partizipation zur Behinderung.

In Übereinstimmung dazu vertritt Mickler die Ansicht, dass Behinderung in erster Linie ein soziales und nicht medizinisches Problem ist (vgl. Mickler 2009). Hier wird ebenfalls deutlich, dass erst durch die Reaktion der Gesellschaft auf bestimmte Beeinträchtigungen sowie durch unterschiedliche Barrieren, der Mensch in seiner Lebensführung behindert wird.

Der Behinderungsbegriff hat Eingang in die Sozialgesetzgebung gefunden. Der Personenkreis der Menschen mit Behinderung wird in §2 Abs.1 SGB IX wie folgt definiert: *„Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist“* (vgl. Internetquelle 1).

Der § 2 SGB IX lehnt sich mit dieser Definition der Behinderung an das Konzept der WHO an. Damit wird die Möglichkeit der Teilnahme bzw. Teilhabe an unterschiedlichen gesellschaftlichen Lebensbereichen in den Mittelpunkt gerückt,



neben der Berücksichtigung von körperlichen seelischen oder geistigen Defiziten.

## **2.2 Geistige Behinderung**

Im deutschen Sprachraum hat der Terminus „geistige Behinderung“ seit Ende der 1950er Jahre Verbreitung gefunden. Die Lebenshilfe, eine Elterninitiative zur Förderung geistig behinderter Kinder, bemühte sich um die Einführung dieser Bezeichnung. Der Ausdruck „geistige Behinderung“ sollte die damaligen gebräuchlichen, jedoch als diskriminierend empfundenen Termini wie Schwachsinn, Blödsinn, Idiotie, Depp oder Oligophrenie ablösen und durch einen weniger abwertenden Wissenschaftsbegriff ersetzen. Zudem sollte damit ein Anschluss an die amerikanische Terminologie „mental handicap“ sowie „mental retardation“ gefunden werden. Damit sollte darauf hingewiesen werden, dass dieser Personenkreis keinesfalls bildungs- und entwicklungsunfähig ist, sondern vielmehr wegen ihrer Beeinträchtigung besondere Lernbedingungen benötigen (vgl. Theunissen 2002)

Im Laufe der Zeit wurde allerdings der Begriff „geistige Behinderung“ ebenfalls in Frage gestellt, da dieser immer wieder in den Verdacht geriet, die Personengruppe zu stigmatisierenden (vgl. Theunissen et al. 2007). In der vorliegenden Arbeit werde ich jedoch die Begrifflichkeiten der geistigen Behinderung und Menschen mit geistiger Behinderung gebrauchen, da dieser Terminus im wissenschaftlichen Bereich fest verankert ist.

Eine einheitliche Definition gibt es bis dato nicht, da Menschen mit geistiger Behinderung keine einheitliche Gruppe mit fest umschriebenen Eigenschaften bilden (vgl. Nußbeck 2008). Hinter dem Begriff der geistigen Behinderung verbirgt sich demnach eine Menge an verschiedenen Erscheinungsformen, die sich nicht nur im Schweregrad, sondern auch in den individuellen Persönlichkeitsstrukturen eines jeden Individuums verdeutlichen.

Speck wirft die Frage auf, ob es nicht anmaßend sei, nach einer Definition für Menschen mit einer geistigen Behinderung zu suchen, ohne dass diese eine nennenswerte Chance haben, eigenen Gedanken Ausdruck zu verleihen, um so zu einer terminologischen Erklärung beitragen zu können. Er vertritt die Ansicht, dass geistig behinderte Personen auf diese Weise mehr oder weniger zu Objekten degradiert werden und der Begriff eher defizitorientiert ist (vgl. Speck 2005). Der Autor weist darauf hin, dass geistige Behinderung nicht sicher, objektiv und definitiv

festgelegt werden kann. Der Begriff der geistigen Behinderung ist stets von Einstellungen der Umwelt und gesellschaftlichen Einflüssen abhängig. Nach Speck ist eine geistige Behinderung eine sozial veränderbare Größe und kein fixierter Zustand (vgl. ebd.).

Nußbeck bestätigt diese Ansicht und sieht in dem Terminus vielmehr einer Art Sammelbezeichnung für vielfältige Erscheinungsformen und Ausprägungsgrade intellektueller Einschränkungen (vgl. Nußbeck 2008).

Laut Speck kann jedoch von einem Fortschritt gesprochen werden, dass statt der Bezeichnung "Geistigbehinderte" der Terminus "Menschen mit geistiger Behinderung" verwendet wird, da dieser zum Ausdruck bringen soll, dass die geistige Behinderung nur eine ganz bestimmte Eigenart einer Person darstellt und nicht sein ganzes Wesen ausmacht (vgl. Speck 2005).

### 2.3 Geistige Behinderung aus verschiedenen Perspektiven

Im wissenschaftlichen Diskurs haben sich verschiedene Fachbereiche mit dem Behinderungsbegriff beschäftigt. Je nachdem aus welcher Perspektive das Phänomen der geistigen Behinderung betrachtet wird, rückt ein anderer Aspekt von Behinderung in den Vordergrund (vgl. Fornefeld 2009). Um die Vielseitigkeit und Komplexität des Phänomens der geistigen Behinderung zu verdeutlichen, folgt eine Betrachtung aus medizinischer, psychologischer, pädagogischer und soziologischer Perspektive:

Bei der Fachwissenschaft **Medizin** wird davon ausgegangen, dass jede geistige Behinderung eine physische bzw. organische Basis hat und meist mit einer Schädigung des Gehirns zusammenhängt, die Auswirkungen auf die physischen und psychischen Funktionen eines Menschen haben. Die Aufgabe der Mediziner ist die Ursachenforschung und die Entwicklung therapeutischer Maßnahmen (vgl. ebd.).

Nach Thomas et al. wird eine geistige Behinderung als *„individuelle Fertigungs- und Fähigkeitsdefizit verstanden, das durch organische, neurologische oder genetische Schädigungen verursacht wird. Dabei werden prä-, peri-, und postnatal schädigende Faktoren unterschieden“* (Thomas et al. 2006, S.72, zit. n. Neuhäuser und Steinhausen 1999).

Es wird deutlich, dass in der medizinischen Perspektive der Fokus der

Betrachtungen bei der Schädigung einer Person liegt. Jedoch sei darauf hingewiesen, dass bei der Orientierung auf ein Defekt, lediglich ein Aspekt der Gesamtpersönlichkeit zur Kenntnis genommen. Der geistig behinderte Mensch und seine Bedürfnisse rücken dabei in den Hintergrund. Das Hauptaugenmerk liegt in der Bemühung der Behebung des Defekts bzw. diesen so unauffällig wie möglich erscheinen zu lassen (vgl. Leue-Käding 2004).

Im **psychologischen** Definitionsansatz steht die Intelligenzminderung im Zusammenhang mit einer Störung des sozialen Anpassungsverhaltens im Vordergrund. Mithilfe standardisierter Intelligenztests wird der Schweregrad einer Intelligenzstörung festgestellt und Menschen bedingt durch die Schwere ihrer Behinderung in Gruppen eingeteilt (vgl. Fornefeld 2009; Thomas et al. 2006, zit. n. Dilling et al. 1999).

Beispielhaft unterscheidet die WHO laut ICD-10 die Intelligenzminderung in vier Stufen. Dabei wird der Schweregrad zwischen der leichten (IQ 50-69), mittelgradigen (IQ 35-49), schweren (IQ 20-34) und schwersten (IQ unter 20) geistigen Behinderung unterteilt (vgl. Dilling et al. 2011).

Die Messung der Intelligenz und deren Aussagekraft sind allerdings in Kritik geraten. Kiechle und Wiedmaier wenden in diesem Zusammenhang ein, dass beim Intelligenzquotienten zu beachten sei, dass IQ Testverfahren schon bei Menschen ohne Behinderung nur begrenzt zuverlässig sind und mit zunehmender Schwere der geistigen Behinderung immer unzuverlässiger werden. Außerdem gibt ein gleicher IQ-Wert bei geistiger Behinderung keinen Aufschluss über eine einheitlich herabgesetzte Intelligenzminderung. Aus diesem Grund können IQ Testverfahren nur als Orientierungshilfe für intellektuelle Fähigkeiten dienen (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998).

Trotz aller Mängel werden die Testverfahren nach wie vor angewandt, da es bislang kein geeigneteres Instrument zur Grobeinschätzung intellektueller Leistungsfähigkeit gibt (vgl. Speck 2005).

Im Mittelpunkt der **pädagogischen** Betrachtung steht der Bildungs- und Erziehungsanspruch. Infolgedessen werden Menschen mit geistiger Behinderung aus der Perspektive ihrer Lernmöglichkeiten- und bedürfnisse betrachtet. Die Pädagogik zeigt, dass sich geistig beeinträchtigte Personen nicht nur in ihren behinderungsspezifischen Symptomen voneinander unterscheiden, sondern auch

ihre Lernmöglichkeiten- und bedürfnisse (vgl. Fornefeld 2009).

Jeder Mensch hat ein Recht auf Bildung unabhängig vom Grad der Behinderung. Diesen Anspruch zu erfüllen, ist Aufgabe der Geistigbehindertenpädagogik. Im Rahmen dessen werden gängige Auffassungen von Erziehung und Bildung in Hinblick auf ihre Relevanz für Menschen mit Lern- und Entwicklungsbeeinträchtigungen kritisch hinterfragt, um für diese spezifische Methoden und Konzepte zu entwickeln. Es geht dabei weder um die Kompensation von Defiziten, noch um die Anpassung der geistig behinderten Menschen an gesellschaftliche Bildungs- und Erziehungsnormen. Die Geistigbehindertenpädagogik rückt vielmehr den Menschen mit geistiger Behinderung als Person, mit seinen individuellen Entwicklungs- und Lernpotential, in den Mittelpunkt (vgl. ebd.).

Die pädagogische Sichtweise ist nicht auf lediglich das Kinder- und Jugendalter beschränkt, da ein Mensch ein Leben lang lernt. Bei Erwachsenen wird allerdings nicht mehr von Erziehung gesprochen, sondern Begriffe wie Bildung, Unterstützung oder Assistenz verwendet (vgl. ebd.).

In der **Soziologie** steht der wechselseitige Zusammenhang von geistiger Behinderung und Gesellschaft im Vordergrund. Soziologische Theorien gehen davon aus, dass es sich bei einer geistigen Behinderung um eine gesellschaftliche Zuschreibung handelt, das heißt um eine sozial konstruierte Kategorie (vgl. Thomas et al. 2006). Behinderung wird als Folge von Stigmatisierungsprozessen und Negativbeschreibungen bzw. als gesellschaftlicher Ausschließungsprozess gefasst. Aufgabe der Soziologie ist es zu untersuchen, inwieweit Integration und Teilhabe im Hilfesystem ermöglicht oder Barrieren abgebaut werden können (vgl. Fornefeld 2009).

Die verschiedenen Sichtweisen verdeutlichen, wie komplex das Phänomen der geistigen Behinderung ist. Voraussetzung aller Überlegungen und Begriffsbestimmungen sollte immer sein, dass der Mensch mit geistiger Behinderung in erster Linie ein Mensch mit speziellen Bedürfnissen und Eigenarten ist. Welche Faktoren dazu beitragen, dass eine geistige Behinderung verursacht werden kann, wird nachfolgend aufgeführt.

## **2.4 Ätiologische Faktoren einer geistigen Behinderung**

Eine geistige Behinderung lässt sich im Allgemeinen auf Schädigungen des Gehirns zurückführen, deren Ursache sich aufgrund des Zeitpunkts der Entstehung einteilen lässt. Im Folgenden beziehe ich mich auf Neuhäuser, der eine Differenzierung nach prä-, peri- oder postnataler Ursache vornimmt (vgl. Neuhäuser 2008).

### **2.4.1 Pränatale Ursache geistiger Behinderung**

Pränatal entstandene Behinderungen sind alle Schäden, die vor der Geburt entstehen. Eine geistige Behinderung kann vorgeburtlich sowohl endogen, als auch exogen verursacht werden.

**Endogene Faktoren** beinhalten die genetische Komponente. Innerhalb der ersten drei Schwangerschaftsmonate vollzieht sich die strukturelle Entwicklung des Gehirns. In den folgenden sechs Monaten finden Differenzierungsprozesse des Gehirns statt, die für die Funktionsfähigkeit entscheidend sind. Störungen der Funktionsfähigkeit können entstehen, wenn sich die an dem Differenzierungsprozess beteiligten Nervenzellen, falsch anordnen. Das heißt, eine geistige Behinderung kann pränatal durch Fehlbildungen des Nervensystems verursacht werden.

Außerdem können Genmutationen beeinträchtigende Auswirkungen auf Entwicklungs- und Differenzierungsvorgänge des Gehirns haben. Genmutationen und metabolische Stoffwechselerkrankungen können zu Fehlprogrammierung bei der Strukturbildung führen und sich somit auf funktionelle Prozesse negativ auswirken.

Ein weiterer Grund für die Entstehung einer geistigen Behinderung sind numerische oder strukturelle Anomalien der 46 Chromosomen. In der Regel entstehen Chromosomenanomalien bei der Zellteilung. Infolgedessen treten Körperwachstumsstörungen, Störungen bei der Entwicklung der Organe sowie Beeinträchtigungen des zentralen Nervensystems auf. Die am häufigsten beobachtete Chromosomenanomalie beim Menschen ist das Down-Syndrom, welches durch eine veränderte Verteilung der Chromosomen auf dem Gen 21, entsteht.

**Exogene Faktoren** sind erworbene Schädigungen des Embryos während der Schwangerschaft. Exogen kann eine geistige Behinderung durch Infektionen der Mutter während der Schwangerschaft verursacht werden. Vor allem eine Infektion mit dem Röteln-, Zytomegalie- oder HI-Virus kann beim Embryo pränatal Entwicklungsstörungen oder schweren Erkrankungen bewirken.

Der Konsum schädlicher Substanzen (z.B. Alkohol, illegale Drogen, Medikamente, Tabak) während der Schwangerschaft kann die Entwicklung des ungeborenen Kindes stören. Verschiedene Studien kamen zu dem Ergebnis, dass ein chronischer mütterlicher Alkoholmissbrauch zu langanhaltenden Funktionsstörungen des Zentralnervensystem des ungeborenen Kindes führen kann (Fetales Alkohol-Syndrom). Weiterhin kann eine radioaktive Bestrahlung oder die Unterernährung der Schwangeren die cerebrale Entwicklung stören (vgl. ebd.)

#### **2.4.2 Perinatale Ursache geistiger Behinderung**

Bedingt durch Fortschritte in der Geburtshilfe haben Komplikationen während der Geburt deutlich abgenommen. Dies hat dazu beigetragen, dass es heutzutage weniger geistige Behinderungen gibt, deren Entstehung auf perinatale Ursachen zurückzuführen ist.

Mögliche Ursache für Behinderungen während der Geburt ist das Auftreten einer Sauerstoffmangelsituation. Weiterhin zählen zu den perinatalen Komplikationen, die eine geistige Behinderung zur Folge haben können, eine vorzeitige Plazentaablösung, unnatürliche Position des Kindes mit erschwertem Geburtsverlauf, Geburtstrauma, Verengung des Geburtskanals oder Fruchtwasseraspiration. Zudem können Hirnblutungen geistige Behinderungen verursachen. Diese kommen vor allem bei Frühgeburten vor, da diese noch über sehr zarte Gefäße verfügen, die den, während der Geburt auftretenden, Schwankungen des Blutdrucks nicht standhalten können (vgl. ebd.).

#### **2.4.3 Postnatale Ursache geistiger Behinderung**

Ursachen, die nach einer Geburt zu einer geistigen Behinderung führen, sind verhältnismäßig selten. Grundsätzlich können alle Schädigungen, die das Gehirn treffen, dazu führen. Hierzu zählen beispielsweise Verletzungen des Schädels nach Unfällen, entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems wie

Hirnhautentzündung und Gehirnentzündung, Tumore, Hirnschädigung durch Vergiftungen oder Durchblutungsstörungen (vgl. ebd.).

## **2.5 Zusammenfassung**

Abschließend lässt sich feststellen, dass sich im wissenschaftlichen Diskurs, um die Bestimmung des Begriffs der geistigen Behinderung, verschiedene Fachbereiche mit der Problematik beschäftigen. Da das Phänomen der geistigen Behinderung aus dem Blickwinkel verschiedener Professionen betrachtet werden kann, existieren dementsprechend unterschiedliche Definitionen und Zugänge. Jedoch scheint eine Fixierung ausschließlich auf den verminderten Intelligenzkomplex als fragwürdig und erscheint längst überholt, da ein Individuum in seiner Gesamtpersönlichkeit zu sehen ist. Im wissenschaftlichen Diskurs herrscht Einigkeit, dass eine Defizitorientierung nicht mehr angemessen erscheint, sondern dass der Mensch mit seiner Behinderung in seiner konkreten Lebensumwelt betrachtet werden muss. Letztendlich zeigt die Vielfalt an verschiedenen theoretischen Konzepten lediglich, dass sich Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht durch eine einheitliche und allgemeingültige Definition beschreiben lassen. Jeder Mensch, egal ob mit oder ohne Behinderung, ist auf seine individuelle Art und Weise einmalig und einzigartig. Ersichtlich wurde zudem, dass eine geistige Behinderung verschiedene Ursachen haben kann. Obendrein kann es zu Kopplungen der Entstehungsbedingungen kommen, was oftmals eine genaue Ursachenfeststellung zusätzlich erschwert. Es sei auch darauf hingewiesen, dass der Zeitpunkt und die Art der diagnostizierten Schädigung, keine Aussagen zur Schwere der geistigen Behinderung liefern.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse, beschäftigt sich das nächste Kapitel mit der menschlichen Sexualität, die im Kontext der geistigen Behinderung betrachtet wird.

### **3. Sexualität und geistige Behinderung**

Die Sexualität ist wohl ein Thema, das die Menschen seit jeher beschäftigt. Bereits Sigmund Freud vertrat den Standpunkt, dass alle Menschen sexuelle Wesen sind. Bei seinen Untersuchungen stellte er fest, dass die Menschen der damaligen Zeit wenig positiven Zugang zu ihrer eigenen Sexualität besaßen und deshalb häufig krank wurden (vgl. Hierholzer 2014, zit. n. Freud 2014). Dementsprechend nimmt die Sexualität, im Leben eines jeden Individuums, eine zentrale und bedeutende Rolle ein.

#### **3.1 Sexualität**

Um die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung erörtern zu können, bedarf es zuvor der allgemeinen thematischen Auseinandersetzung. Daher wird folgend der Frage nachgegangen, was unter Sexualität verstanden wird.

##### **3.1.1 Begriffsbestimmung**

Zahlreiche Autoren unternehmen in der Literatur den Versuch, den Begriff der Sexualität zu definieren. Dieser Terminus lässt sich jedoch nicht exakt und einheitlich definieren. Die Schwierigkeit liegt in der vielfältigen und vielschichtigen Erscheinungsform, die sich hinter diesem Begriff verbirgt. (vgl. Leue-Käding 2004). Aus diesem Grund werden im Folgenden Begriffsannäherungen und Definitionsversuche angeboten, die verschiedene Aspekte des Sexuellen berücksichtigen.

Erstmals verwendete der Botaniker Henschel 1820 den Begriff Sexualität. Dieser unterteilte zwischen weiblichen und männlichen Pflanzen und beschrieb, wie diese gegensätzlichen Geschlechter darauf ausgerichtet sind, sich fortzupflanzen (vgl. Hierholzer 2014, zit. n. Behörde für Schule, Jugend und Berufsbildung 2000). Diese Position betont lediglich den biologischen Aspekt der Fortpflanzung. Der Begriff wurde in diesem Sinn auf den Menschen übertragen und es erfolgte eine Fixierung auf die Genitalsexualität (vgl. Vernooij 2007).

Im Gegensatz dazu, appellierte Freud als Erster an den engen Zusammenhang zwischen Sexualität und Identität eines Individuums. Er vertrat den Standpunkt, dass alles sexuell ist, was dem Menschen Lust bereitet. Bei dem Aspekt der Lust



geht er von der Existenz eines Sexualtriebes aus, welcher dem Lustprinzip folgt und auf Befriedigung drängt. Das Lustprinzip fasste Freud, *„als Regulationsprinzip der psychischen Prozesse“* auf (Dittli & Furrer 1996, S.13, zit. n. Freud 1910).

In seinem Aufsatz *„Über die wilde Psychoanalyse“* schreibt Freud: *„[...] Der Begriff des Sexuellen umfaßt in der Psychoanalyse weit mehr, [...] wir rechnen zum Sexualleben auch alle Betätigungen zärtliche Gefühle [...] wir sprechen darum auch von der Psychosexualität, legen so Wert darauf, daß man den seelischen Faktor nicht übersehe“* (Vernooij 2007, zit. n. Freud 1910). Es zeigt sich, dass Freud sich gegen ein einseitiges und eingeengtes Verständnis des Sexualbegriffs wehrt. Er teilt nicht die Sichtweise, Sexualität würde rein der Fortpflanzung dienen. Viel mehr weitet er den Sexualbegriff erstmals aus, indem er auf die psychische Bedeutung des Sexuallebens hinweist.

Der Autor Sporken stimmt einem umfassenden Sexualverständnis zu. Er beschreibt Sexualität als eine *„Möglichkeit zur Selbstverwirklichung als Mann oder Frau und zugleich die Möglichkeit zu und der Ausdruck von Kontakt, Beziehung und Liebe (...) und umfaßt daher das ganze Gebiet von Verhaltensweisen in den allgemeinen menschlichen Beziehungen, im Mittelbereich von Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik und der Genitalsexualität“* (Sporken 1974, S.159).

Hierholzer sieht den Terminus in gleicher Weise umfangreich. Laut dem Autor ist Sexualität *„eine humane Triebenergie, die lebenslang besteht, die kulturell, historisch, biografisch, geschlechts- und schichtspezifisch geprägt ist, verschiedenartige sexuelle Ausdrucksformen annehmen kann (...) und sowohl körperliche als auch seelische Aspekte umfasst“* (Hierholzer 2014, S.13).

Aus den verschiedenen Ausführungen geht hervor, dass sich der Sexualitätsbegriff nicht auf ein biologisches Phänomen, wie der Genitalsexualität, beschränken lässt. Eine große Bedeutung hat obendrein die zwischenmenschliche Ebene und die Selbstverwirklichung eines Individuums. Hinzuzufügen ist außerdem, dass Sexualität auch ohne Partner gelebt werden kann. Das Sexualverhalten ist von Mensch zu Mensch ganz individuell und steht in Abhängigkeit zu biologischen, soziokulturellen sowie Entwicklungsprägenden Faktoren. Zweifelsfrei spielt Sexualität im Dasein eines Menschen lebenslang eine bedeutungsvolle Rolle. So vielfältig die Definitionsversuche sind, so vielschichtig ist die menschliche Sexualität.

Der Autor Sielert versteht Sexualität als Lebensenergie, wobei die Bedeutung in der Verwirklichung verschiedener Funktionen liegt (vgl. Sielert 2005). Im nächsten

Abschnitt wird die Bedeutung von Sexualität aufgezeigt, indem auf die vier Funktionen nach Sielert Bezug genommen wird.

### **3.1.2 Bedeutung von Sexualität für das Individuum**

Die menschliche Sexualität stellt einen lebenslangen Prozess dar, der bereits vorgeburtlich beginnt und sich bis zum Tod erstreckt. Die Bedürfnisse nach Sexualität sind immer individuell gewichtet und verändern sich im Laufe des Lebens (vgl. ebd.). Sielert verweist auf die folgenden vier Funktionen, die die menschliche Sexualität stets kennzeichnen, egal wie diese gelebt wird oder sich zeigt:

Der Autor führt zum einen die Funktion der **Identitätsfindung** an. Sexualität befähigt den Menschen zur Selbstfindung bzw. zur Entwicklung der eigenen Identität. Durch Zuwendung, Bestätigung, Wertschätzung und Zärtlichkeit kann das eigene Selbst bestätigt werden und zudem das Selbstwertgefühl sowie die Selbstannahme eines Menschen positiv gefördert werden. Der Aufbau einer eigenen ICH- Identität spielt dabei eine große Bedeutung (vgl. ebd.).

Zum anderen verweist Sielert auf die **Beziehungsfunktion**. Mithilfe von Sexualität wird Kommunikation im zwischenmenschlichen Bereich geschaffen und ausgedrückt. Kommunikation bezieht sich hierbei nicht nur auf den verbalen Aspekt, sondern umfasst vor allem auch die Verständigung über den Körper und der Körpersprache. Durch intime Begegnungen, gemeint sind damit unter anderem Streicheln, Küssen, Haut- und Blickkontakte, können u.a. Vertrauen, Wärme und Geborgenheit gegeben und empfangen werden (vgl. ebd.).

Weiterhin umfasst Sexualität die Funktionen der **Lust**. Dies beinhaltet den Umstand, dass sexuelle Lust als Kraftquelle sowie ausgeübte Leidenschaft erlebt werden kann. Lusterfahrung muss nicht zwangsweise zu zweit erlebt werden, sondern kann auch am eigenen Körper in Form von Selbstbefriedigung praktiziert werden (vgl. ebd.).

Zudem weist der Autor auf die **Fortpflanzungsfunktion** hin. Dieser Aspekt umfasst die Genitalsexualität zur Erhaltung des menschlichen Geschlechts, welche sich im Geschlechtsakt vollzieht. Bis 1968 war dies die einzig anerkannte Funktion von

Sexualität in der Gesellschaft. Heutzutage wird der Fortpflanzungsaspekt keineswegs mehr absolut gesehen bzw. die Sexualität lediglich auf diese einzige Funktion reduziert (vgl. ebd.).

Die vier Funktionen nach Sielert erscheinen plausibel, zumal er diese als gleichwertig ansieht und keiner einen absoluten Anspruch zukommen lässt. Es zeigt sich, dass Sexualität einen sehr bedeutungsvollen Bereich im menschlichen Leben einnimmt. Sie spielt im Leben eines Menschen eine elementare Rolle, egal ob mit oder ohne Behinderung. Sexualität erfüllt umfangreiche Aspekte und ist in ihrer Erscheinungsform so vielfältig. Allein der Fakt, dass es nicht um die bloße Genitalsexualität bzw. Fortpflanzung geht, zeigt wie bedeutsam sie für ein Individuum ist. Sie trägt zur Persönlichkeitsentwicklung eines Menschen bei, befähigt zur individuellen Selbstverwirklichung und bietet die Möglichkeit zwischenmenschlicher Beziehungen. All dies trägt zu einer zufriedenen Lebensverwirklichung bei.

Kiechle und Wiedmaier sind der gleichen Ansicht. Die Autoren bemerken, dass eine Unterdrückung, Negierung oder Hemmung der zu Frustrationsspannungen und unter Umständen zu Verhaltensauffälligkeiten führen kann (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998). Im weiteren Verlauf wird in diesem Zusammenhang die Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung genauer beleuchtet.

### **3.2 Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung**

Im vergangenen Abschnitt wurde deutlich, dass die Sexualität eines Individuums immer auch von gesellschaftlichen Faktoren abhängig ist. Aus diesem Grund wird nachfolgend aufgezeigt, welche Ansichten in der Gesellschaft bezüglich der Sexualität geistig Behinderter existieren.

#### **3.2.1 Gesellschaftliche Einstellungen und Vorurteile**

Der gesellschaftliche Umgang mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung schwankt zwischen Tabuisierung und Mystifizierung. Oftmals ist das Menschenbild von geistiger Behinderung und dessen Sexualität sehr vorurteilsbehaftet und wird mit negativen Vorstellungen in Verbindung gebracht. Oftmalig bestehen bei Nichtbehinderten Ängste, dass geistig beeinträchtigte

Personen sich fortpflanzen und somit deren Behinderung vererbt werden könnte. Die behinderte Person wird häufig nicht als ein sexuelles Wesen angesehen. Viele Leute behaupten, dass Menschen mit geistiger Behinderung keine oder allenfalls eine kindliche Sexualität besitzen. Sie betrachten diesen Personenkreis als asexuelle Lebewesen, die eine lebenslange Unreife aufweisen (vgl. Walter 2002). Wenn jedoch deutlich wird, dass Behinderte die gleichen Sexualverhaltensweisen zeigen, wie jeder andere auch, stößt dies nicht selten auf Gefühle des Ekels (vgl. Offenhausen 1995). Hier wird deutlich, das was sonst als ganz "normal" angesehen wird, auf einmal nun abstößt.

Paradoxerweise herrschen im Gegensatz dazu Vorurteile vor, wie beispielsweise eine ausgeprägte Scham- und Distanzlosigkeit, Sexbessenheit, häufiger Partnerwechsel, Onanieren in allen möglichen Situationen oder auch Offenherzigkeit im Zeigen von Nacktheit. Die Sexualität wird auf übersteigerte Triebhaftigkeit und Triebbefriedigung reduziert (vgl. Mattke 2004).

Die verbalen Ausdrucksmöglichkeiten sind häufig aufgrund der Behinderung stark eingeschränkt. Folglich kommt der non-verbalen Kommunikation bzw. der Körpersprache ein höherer Stellenwert zu. Wenn dem Behinderten Wörter und Begriffe fehlen, kann er sich aber anders mitteilen, indem er sich beispielsweise an seinem Gesprächspartner anschmiegt oder ihn versucht zu streicheln. Die non-verbale Ausdrucksform kann auch eine Äußerungsform darstellen, um auf sich aufmerksam machen zu wollen. Die Schwierigkeit liegt darin, dass ihre körperlichen Ausdrucksversuche oft als distanzlose Triebhaftigkeit falsch interpretiert werden (vgl. Walter 1994).

Zweifelsfrei könnten diese Sichtweisen unterschiedlicher und widersprüchlicher nicht sein. Zum einen die scheinbare Asexualität und unschuldige Kindlichkeit, zum anderen die angenommene Sexbessenheit und Triebbestimmtheit. Diese Ambivalenz zeigt die Unsicherheit und Unbehaglichkeit, die ein Großteil der Bevölkerung gegenüber diesem Sachverhalt verspürt. Abgesehen davon, wird laut Plaute der Geschlechtsverkehr geistig behinderter Menschen in der Regel überschätzt. Mit zunehmender geistiger Beeinträchtigung nimmt in der Regel auch die sexuelle Aktivität und Häufigkeit der Schwangerschaften ab (vgl. Plaute 2006). Laut Leue-Käding bemerkt kritisch, dass sich die, über die Jahrzehnte hinweg entstandenen, Mythen und Vorurteile immer noch als Hemmnis auswirken (vgl. Leue-Käding 2004). Die Autorin meint damit, dass sich die negativen Einstellungen,

Ambivalenzen und Unsicherheiten gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung und deren Sexualverhalten erschwerend auf deren sexuelle Entwicklung auswirken. Die psychosexuelle Entwicklung von geistig Behinderten wird im weiteren Verlauf betrachtet. Im Mittelpunkt steht, ob und wenn ja, welche Besonderheiten dabei durch die Behinderung auftreten können.

### **3.2.2 Psychosexuelle Entwicklung**

Vorab sei gesagt, dass sich die Sexualität und sexuelle Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung nicht pauschalisieren lassen (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005). Das heißt, genauso wie es nicht *den* geistig behinderten Menschen gibt, gibt es auch nicht *die* Sexualität des geistig Behinderten. Die Entwicklung der Sexualität eines Menschen, egal ob mit oder ohne Behinderung ist stets individuell und hängt von persönlichen Kriterien, Erfahrungen und der Lerngeschichte ab.

Im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung eines Individuums wird in der Fachliteratur überwiegend auf das Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung nach Freud Bezug genommen. An dieser Stelle sei darauf verzichtet diese im Einzelnen zu erörtern, da dies den Rahmen dieser Arbeit übersteigen würde. Daher soll sich darauf beschränkt werden, welche Besonderheiten sich in der sexuellen Entwicklung in Hinblick einer geistigen Behinderung auf tun.

Grundsätzlich lässt sich festhalten, dass es keinen Unterschied zwischen der Sexualität von behinderten und nichtbehinderten Menschen gibt. (vgl. Bosch, 2013). In der Regel verläuft die körperliche bzw. Entwicklung und sexuelle Reife altersgemäß und unabhängig von der Intelligenzminderung. Das äußere Erscheinungsbild und die Geschlechtsmerkmale entsprechen dem Lebensalter. Menschen mit geistiger Behinderung durchlaufen dieselben sexuellen Entwicklungsstufen, wie Menschen ohne Behinderung, allerdings im Allgemeinen häufig später. Die Besonderheit liegt folglich darin, dass die intellektuellen und psychosozialen Entwicklungsprozesse nicht dem Alter entsprechend verlaufen, sie treten verzögert auf und sind meist länger andauernd (vgl. Hierholzer). Mit anderen Worten, es liegt eine Diskrepanz zwischen dem Intelligenz- und Sexualalter.

Der Autor Plaute verweist darauf, dass diese Missverhältnisse oftmals in einer mangelnden bzw. fehlenden Sexualerziehung begründet liegen, so dass der geistig

behinderte Jugendliche die körperlichen Veränderungen und sexuellen Bedürfnisse, die im Zuge der Pubertät auftreten, nur sehr schwer oder gar nicht versteht. Dieser erlebt Verwirrung und Unsicherheit beim Einordnen sexueller Gefühle und Emotionen, weil ihm das Verständnis dafür fehlt. Hinzu kommt, dass das zunehmende Körperbewusstsein in dieser Phase erstmals die bewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung auslöst (vgl. Plaute 2006).

Eine weitere Schwierigkeit liegt darin, dass der geistig Behinderte auf dem Weg ins Jugendalter seine unschuldige, kindliche Niedlichkeit verliert und die Merkmale der Behinderung auffälliger werden. Bezugspersonen distanzieren sich oft körperlich und emotional. Zuwendungen, wie Umarmen und Geben von menschlicher Wärme, erscheinen als unpassend. Demnach büßt der Jugendliche häufig an Körperkontakte und damit an Kommunikation ein, obwohl er diese bräuchte (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998). Infolgedessen müssen die jungen Menschen mit geistiger Behinderung ihre behinderte Identität erkennen und die damit verbundenen Grenzen. Das Anderssein wird bewusster wahrgenommen, worunter das Selbstbild und Selbstvertrauen leidet. Die Andersartigkeit wird als Minderwertigkeit erlebt. Die Behinderung wird von Außenstehenden schneller erkannt, welche deshalb den geistig Behinderten deutlicher stigmatisieren (vgl. ebd.).

In der Pubertät hat die Gruppe der Gleichaltrigen eine hohe Wichtigkeit, erste Erfahrungen werden gesammelt und das Selbstbewusstsein der Jugendlichen definiert sich vor allem über die eigene Attraktivität als sexuelle Person, besonders dem anderen Geschlecht gegenüber. Mädchen und Jungen, die geistig behindert sind, ist es problematisch, dass sie aufgrund ihrer Beeinträchtigung selten erotische Beachtung finden. Dadurch können Schwierigkeiten in Bezug der Akzeptanz des eigenen Körpers entstehen. Sie sehnen sich jedoch gleichermaßen nach Anerkennung und Bestätigung. Weiterhin wird die Situation zusätzlich erschwert, da Eltern oftmals die Sexualität ihres geistig behinderten Kindes tabuisieren (vgl. Plaute 2006, zit. n. Walter 1987).

Eine weitere Besonderheit liegt nach Achilles darin, dass der überwiegende Teil der nichtbehinderten Jugendlichen ihren Körper in Form der Selbstbefriedigung entdecken, jedoch machen sie es heimlich. Viele geistig behinderte Jugendliche entdecken ihren Körper ebenfalls auf diese Weise. Ein gravierender Unterschied liegt allerdings darin, dass diese dabei weder auf Raum noch Zeit achten (vgl. Achilles 2002). Das heißt, dass es keine Rolle spielt, ob ein Jugendlicher geistig

behindert ist oder nicht. In der Regel wird in dieser Altersphase der eigene Körper durch Masturbation erkundet. Allerdings achten nichtbehinderte Jugendliche mehr darauf, wann und wo sie dies machen, damit sie nicht „entdeckt“ werden. Da geistig behinderte Jugendliche darauf weniger achten, wird dies häufiger von der Umwelt wahrgenommen. Folglich bestärkt sich dadurch nicht selten die Fehleinschätzung, sie seien triebhafter.

Jedoch stellt Walter klar, dass die sexuelle Triebhaftigkeit geistig Behinderter keineswegs stärker ist, als bei Nichtbehinderten. Bei ihnen sind genauso alle Formen des Sexualverhaltens zu finden, wie bei anderen Menschen auch (vgl. Walter 1994). Im Folgenden werden Erlebnisweisen der Sexualität dargestellt, die auch für Menschen mit geistiger Behinderung von Bedeutung sind.

### 3.2.3 Mögliche Erlebensweisen von Sexualität

Deutlich wurde bereits, dass die Sexualität für geistig behinderte Menschen genauso bedeutend und individuell ist, wie für Menschen ohne Behinderung. Die Bereiche Körperlichkeit und Sexualität sind im Erleben nicht voneinander trennbar (vgl. Kiechle & Wiedmaier, 1998). Die Autoren möchten damit sagen, dass Sexualität durch Körpergefühle und Körperkontakt erst spürbar wird (z.B. Bauchkribbeln, Austausch von Zärtlichkeit).

Das sexuelle Verhalten von Menschen mit oder ohne Behinderung ist durch verschiedene Ausdrucksformen gekennzeichnet (vgl. Walter 1994). Das heißt, dass Sexualität neben **Heterosexualität** auch in Form von **homo- oder bisexuellen** Kontakten gelebt werden kann. Es ist bekannt, dass manche Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohneinrichtungen leben, durchaus auch homosexuelles Verhalten zeigen können (vgl. Bosch & Suykerbuy 2006).

Ebenfalls ist die **Selbstbefriedigung** eine mögliche Ausdrucksform, um die eigene sexuelle Lust zu erfüllen. Mittlerweile stellt Selbstbefriedigung etwas Natürlicheres im Leben eines Individuums dar, als sie es einst tat. Zumindest werden ihr keine schädlichen Folgen, wie zum Beispiel Geisteskrankheit mehr zugerechnet (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998). Es lässt sich keine generelle Aussage darüber treffen, ob Menschen mit geistiger Behinderung sich häufiger selbstbefriedigen, als andere. Allerdings ist bekannt, dass Selbstbefriedigung häufiger dort auftritt, wo es an anregenden Betätigungsmöglichkeiten und Freizeitbeschäftigung fehlt. Neben der sexuellen Lustbefriedigung kann Selbstbefriedigung für geistig Behinderte eine

Form des Abreagierens sein. Bei Anlässen, wie zum Beispiel Ärger, Angst oder Unbehagen kann eine „Flucht“ in die Masturbation erfolgen, da sie weniger Möglichkeiten haben, sich durch andere geeignete Verhaltensweise abzureagieren bzw. dies intellektuell zu verarbeiten (vgl. ebd.).

Walter stellt zudem fest, dass Menschen mit geistiger Behinderung in der Regel weniger Scheu zeigen, in der Öffentlichkeit zu masturbieren (vgl. Walter 1994).

Der Autor Walter betont die Wichtigkeit, **partnerschaftliche Beziehung** für den geistig behinderten Menschen zuzulassen. Eine Partnerschaft hat zur Folge, dass sich dieser sich selbst und seiner Bedeutung bzw. Attraktivität für andere bewusst werden kann. Der Mensch, der ihm Zuwendung schenkt, handelt nicht aufgrund einer Verpflichtung (z.B. des Berufes wegen), sondern aus Interesse an ihm als Person. Diese Erfahrung bedeutet für ihn, ein großes Stück an Ich-Identität zu erlangen. Er kann sich auch seiner Geschlechtsrolle, als Mann oder Frau bewusst werden und sich als „vollwertiger“ Mensch akzeptiert fühlen (vgl. Walter 1994).

Verglichen zur Selbstbefriedigung stellen hetero- oder homosexuelle zwischenmenschliche Beziehungen einen sozialen Fortschritt dar, dass der geistig Behinderte sich über die Ich-Bezogenheit hinaus an ein Gegenüber wendet. Daher raten die Autoren Kiechle und Wiedmaier dazu, partnerschaftliche Beziehungen pädagogisch zu unterstützen (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998).

An dieser Stelle sei nochmals betont, dass Menschen mit geistiger Behinderung nicht triebhafter sind und vor allem auch sexuelle Fehlhandlungen bzw. Auffälligkeiten nicht häufiger vorkommen, als bei Menschen ohne Behinderung. Treten auffällige Verhaltensweisen auf, wie beispielsweise exzessive Masturbation, dann sind dies keine Symptome der geistigen Behinderung, sondern entstehen aufgrund der sozialen Lebenssituation, beispielsweise durch Isolation oder fehlender Sexualerziehung (Walter 1994).

### **3.3 Zusammenfassung**

Zusammenfassend lässt sich zur Sexualität festhalten, dass alle Menschen sexuelle Wesen sind, egal ob mit oder ohne geistige Behinderung. Die menschliche Sexualität nimmt im gesamten Leben eines Individuums eine bedeutende Rolle ein. Sie geht weit über die reine Genitalsexualität hinaus bzw. dient nicht ausschließlich der bloßen Fortpflanzung. Die Sexualität ist von so hoher Bedeutung für den Menschen, da sie ganz verschiedene Funktionen und Aspekte erfüllt, insbesondere



im zwischenmenschlichen Bereich und der Persönlichkeitsentfaltung. In der Literatur wird sie als Lebensenergie bezeichnet, die jedes Lebewesen in sich trägt. Erkennbar wurde, dass Menschen mit geistiger Behinderung keine "andere" oder gar "besondere" Sexualität haben. Im Gegenteil, sie haben genauso sexuelle Grundbedürfnisse, wie Nichtbehinderte auch. Eine geistig behinderte Person kann durch die Behinderung in seinen Fähigkeiten oder seinem Potential eingeschränkt sein, den Geschlechtsakt ohne Hilfestellung zu bewältigen. Das heißt aber nicht, dass er keine Sexualität hat. Unterdrückte sexuelle Gefühle können seelisches und körperliches Wohlbefinden beeinträchtigen.

Es sind vielmehr die gesellschaftlichen Vorurteile und negativen Einstellungen gegenüber der Sexualität geistig Behinderter, die sich als störend auf deren sexuelle Selbstentfaltung auswirken. Dabei könnten die Vorstellungen paradoxer und ambivalenter nicht sein. Zum einem wird vom asexuellen Wesen und zum anderen von der völligen Triebbesessenheit ausgegangen. Es ist das Unwissen und die Unsicherheit der Gesellschaft, die die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung erst zu einem Mythos werden lässt.

Unverkennbar wurde, dass die sich die sexuelle Entwicklung nicht wesentlich zu derjenigen ohne Behinderung unterscheidet. Die körperliche Entwicklung verläuft in den meisten Fällen altersgemäß und unabhängig von intellektuellen Faktoren.

Die Erlebnisweisen und Ausdrucksformen ihres Sexualverhaltens sind genauso vielfältig. Sie haben sexuelle Vorlieben oder Abneigungen, wie jeder andere Mensch auch. Sexuelle Bedürfnisse werden ebenfalls in Form von hetero-, homo-, oder bisexuellen Kontakten oder auch durch Selbstbefriedigung ausgelebt.

Im Anschluss an dieses Kapitel findet die thematische Auseinandersetzung mit der sexuellen Selbstbestimmtheit von Menschen mit geistiger Behinderung statt.

## 4. Sexuelle Selbstbestimmung und geistige Behinderung

Zunächst bedarf es der Erläuterung der Begrifflichkeit „Selbstbestimmung“, um im Anschluss die Thematik der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung genauer zu betrachten.

### 4.1 Definitionsversuch von „Selbstbestimmung“

Laut Dommermuth beinhaltet die Selbstbestimmtheit, dass *„[...] eine Willensfreiheit besteht betreffend der eigenen Lebensbereiche“* (Dommermuth 2004, S.27).

In Übereinstimmung dazu versteht Speck Selbstbestimmung aus anthropologischer und ethischer Sicht, als Ausdruck von Freiheit, welche eine *„[...] Unabhängigkeit von Fremdbestimmung in psycho-physischer Sicht, biologischer, sozialer, wirtschaftliche und politischer Hinsicht“* beinhaltet (Speck 1997, S. 15). Speck weist zudem darauf hin, dass jeder Mensch ein autonomes Lebenssystem ist. Der Autor meint damit, dass jedes Individuum darauf angelegt ist, eine Selbststeuerung zu erreichen (vgl. ebd.).

Ebenfalls wird diese Sichtweise von Weinwurm-Krause geteilt. Sie erklärt, dass Selbstbestimmung ein dynamischer Prozess ist. Dieser zielt darauf ab, dass das Individuum im höchsten Maße frei gewählte und selbstverantwortliche Entscheidungen treffen kann. Die Autorin macht darauf aufmerksam, dass Selbstbestimmung als ein relativer Begriff zu betrachten ist, da kein Mensch das absolute Maß an Selbstbestimmung bzw. absoluter Entscheidungsfreiheit erreichen kann. Jeder Einzelne ist in die Gesellschaftsstrukturen eingebunden und erfordert eine gewisse Kompromissfähigkeit (Weinwurm-Krause 1999).

Auf den Punkt gebracht, bedeutet Selbstbestimmung folglich, dass jede Person über das eigene Leben eigenständig entscheiden kann. Die individuelle Lebensgestaltung soll das Ergebnis eigener Entscheidungen sein. Jedoch ist der Einzelne immer auch Teil der Gesellschaft, wodurch gewisse Kompromisseingeständnisse unumgänglich sind, da auf die Interessen anderer Rücksicht genommen werden muss.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass Selbstbestimmung nicht mit Selbstständigkeit gleichgesetzt werden darf. Selbstbestimmung heißt nicht, dass Menschen mit geistiger Behinderung ohne Hilfe leben können. Sie sind auf Unterstützung angewiesen, jedoch kann Selbstbestimmung in Form von

Mitbestimmung gewährleistet werden (vgl. Weinwurm-Krause 1999). Demnach geht es darum, sie nicht länger zu bevormunden. Sie sollen Alternativen zur Auswahl gestellt bekommen, sodass ihnen selbst die Entscheidung überbleibt. Ihnen soll die Möglichkeit eingeräumt werden, so weit wie möglich, ihre Angelegenheiten selbst zu entscheiden. Ein selbstbestimmtes Leben und damit einhergehend eine selbstbestimmte Sexualität war lange Zeit nichts Selbstverständliches für Menschen mit geistiger Behinderung, doch dazu im Folgenden mehr.

## **4.2 Anspruch auf sexuelle Selbstbestimmung**

Zunächst soll kurz gezeigt werden, dass der Personenkreis mit geistiger Behinderung nicht immer zugestanden wurde, eigene Entscheidungen zu treffen und ein autonomes Leben zu führen. Ein Blick darauf erscheint als notwendig, um ein Verständnis dafür zu entwickeln, welchen hohen Stellenwert die Forderung nach einem selbstbestimmten sexuellen Leben für Menschen mit geistiger Behinderung hat.

### **4.2.1 Von der Fremdbestimmung zur Selbstbestimmung**

In unserer Gesellschaft kann **Selbstbestimmung** als ein grundlegender Wert angesehen werden, wodurch ein erfülltes Leben ermöglicht werden kann. Ein autonomes Leben wurde allerdings Menschen mit geistiger Behinderung in der Vergangenheit lange Zeit verwehrt. Ihr Leben galt aufgrund ihrer Behinderung, als minderwertig oder gar lebensunwert. Sie galten, als nicht in der Lage ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten und wurden als total abhängig betrachtet. Menschen mit geistiger Behinderung wurden gesellschaftlich ausgegrenzt und in Anstalten untergebracht, wo ihre Lebenssituation vielfach von **Fremdbestimmung** und massiven Menschenrechtsverletzung sowie Gewalterfahrungen geprägt war. Unter anderem gehörten Zwangssterilisation, Verbot von Heirat und Familiengründung sowie Gewalterfahrungen zum Lebensalltag. Eigene Entscheidungen treffen, daran war nicht zu denken (vgl. Walter 2005).

Ein sexuelles Leben wurde ihnen gar nicht erst zugestanden. Menschen mit Behinderungen sollten keine Sexualität haben und sich erst recht nicht fortpflanzen. Als eines der wichtigsten pädagogischen Ziele galt die Verhinderung oder Ablenkung sexueller Wünsche (vgl. Hierholzer 2014). In Anstalten wurden sie

getrennt vom anderen Geschlecht untergebracht, da dies als sicherste Form der Empfängnisverhütung (vgl. Walter 2005).

Erst seit den 1970er ist in der pädagogischen Theorie und Praxis ein **Perspektivwechsel** erkennbar. Die geistig behinderten Menschen wurden nicht mehr als Objekt der Fürsorge betrachtet, sondern galten als selbstbestimmte Subjekte (vgl. Weinwurm-Krause 1999, zit. n. Heiden 1993). Vor allem mit Inkrafttreten der UN-BRK gilt in Deutschland die **Selbstbestimmung** für Menschen mit geistiger Behinderung ebenso, wie für alle anderen Bürger. Selbstbestimmung ist sozusagen zu einem Schlagwort der Behindertenhilfe geworden. Im nächsten Punkt wird zur Verständlichkeit, die BRK genauer erklärt.

#### 4.2.2 UN-Behindertenrechtskonvention

Die UN-BRK ist ein internationales Übereinkommen der Vereinten Nationen, über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, welches 2006 von der UNO verabschiedet wurde und am 26. März 2009 in der BRD wirksam wurde. Damit hat sich die BRD verpflichtet, das Übereinkommen als innerstaatliches Recht anzuerkennen, das heißt, den Inhalt der im Übereinkommen geregelten Menschenrechte, wie deutsches Recht zu behandeln. Zentrales Anliegen der Konvention ist die Anerkennung von Menschen mit Behinderungen, als vollwertige Bürger ihrer jeweiligen Gesellschaft (vgl. Internetquelle 2).

Mit der Verabschiedung der BRK haben sich emanzipatorische Sichtweisen durchgesetzt, denn erstmals in der Geschichte sind Menschen mit Behinderungen nicht mehr ausschließlich als defizitäre Personen zu betrachten, die medizinisch versorgt werden müssen. Erstmals wurde anerkannt, dass Behinderung eine Vorstellung der Gesellschaft ist bzw. gesellschaftliche Umstände eine Person erst zum Behinderten machen (vgl. Hierholzer 2014).

Letztendlich ist die Einführung der BRK deshalb so bedeutsam, da Menschen mit Behinderungen zum ersten Mal in der Geschichte unveräußerliche Menschenrechte zugestanden wurden.

Dies wirft die Frage auf, welche **Bedeutung** die verabschiedeten Konventionen **für die sexuelle Selbstbestimmung** haben. In Verbindung mit den Selbstbestimmungsgedanken steht zweifelsfrei die sexuelle Selbstbestimmung. Innerhalb der Konvention ist der Begriff der sexuellen Selbstbestimmung an sich nicht explizit zu finden. Allerdings lässt sich aus der Rechtstradition ableiten, dass

die sexuelle Selbstbestimmung durch das internationale Übereinkommen abgedeckt ist, da die sexuelle Selbstbestimmung ein Aspekt der Menschenrechte ist. Unter sexueller Selbstbestimmung fallen beispielweise der Schutz der Privatsphäre, der Schutz der Würde und der Schutz vor Diskriminierung jeglicher Art (vgl. Hierholzer 2014). Werden den Menschen mit geistiger Behinderung ein Anrecht auf die Menschenrechte zugestanden, schließt dies folgendermaßen das Recht auf selbstbestimmte Sexualität mit ein.

#### **4.2.3 Grundrecht auf sexuelle Selbstbestimmung**

Im Zuge des Perspektivwechsels setzte sich die Auffassung durch, dass Menschen mit geistiger Behinderung dasselbe Grundrecht auf Entfaltung ihrer Persönlichkeit zusteht, wie alle anderen Menschen auch (vgl. Bargfrede et al. 1997).

*Artikel 1 und 2 des GG* sichern den Rechtsanspruch auf die Unantastbarkeit der Würde des Menschen sowie der freien Persönlichkeitsentfaltung (vgl. Internetquelle 3). Die Menschenwürde beinhaltet die menschliche Selbstbestimmung. Daraus lässt sich das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben ableiten. In diesem Zusammenhang stellt die sexuelle Selbstbestimmung für jede Person ein schützendes Rechtsgut dar (vgl. Weinwurm-Krause 1999, S).

Darüber hinaus besagt *Artikel 3 Absatz 3 GG*, dass niemand wegen einer Behinderung benachteiligt werden darf (vgl. Internetquelle 3). Demnach gelten die Grundrechte für Menschen mit Behinderungen in gleicher Weise, wie für alle anderen Menschen in der Gesellschaft. In Hinsicht auf ihr selbstbestimmtes sexuelles Leben darf infolgedessen keine Diskriminierung erfolgen (vgl. Thomas et al. 2006, Kiechle & Wiedmaier, 1998).

Weiterhin ist in den *§ 1, § 4* sowie *§ 9 des SGB IX* die Selbstbestimmung und damit einhergehend die sexuelle Selbstbestimmung, als Aufgabe und Ziel von Rehabilitationsmaßnahmen verankert (vgl. ebd.; Internetquelle 4).

In der Theorie ist die sexuelle Selbstbestimmung geistig behinderter Menschen nachweisbar durch verschiedene Rechtsgrundlagen gesichert. Nachfolgend soll ein Blick darauf geworfen werden, wie es in der Praxis, genauer gesagt in den Wohnheimen, aussieht.

### **4.3 Sexuelle Selbstbestimmung in Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung**

In der Fachliteratur wird deutlich, dass sekundäre Faktoren bzw. spezielle Umstände, die selbstbestimmte Sexualität im Leben der geistig behinderten Menschen beeinflussen und beeinträchtigen. Dadurch entsteht sozusagen eine sekundäre soziale Behinderung (vgl. Walter 1994). Laut Theunissen leben etwa sechzig Prozent aller Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Wohnheimen (vgl. Theunissen 2006). Nachfolgend soll in diesem Zusammenhang ein Blick darauf geworfen werden, wie sich die Lebenssituation in Wohnheimen für Erwachsene mit geistiger Behinderung auf deren Sexualität auswirkt bzw. welche Erschwernisse auftreten können.

Positiv ist zu betonen, dass sich seit den 70er Jahren in Deutschland allgemein sexualfreundlichere Rahmenbedingungen für die Lebenssituation in Wohnheimen ergeben haben. Beispielsweise wird u.a. vermehrt eine Versorgung in kleinen Wohneinheiten angestrebt, die die Unterbringung in großen Einrichtungen mit „Massencharakter“ sowie persönlichkeits- und sexualfeindlichen Bedingungen ablösen sollen. Ebenso wird längst keine Geschlechtertrennung mehr praktiziert (vgl. Vernooij 2007). Weiterhin hat sich die Einstellung zur Sexualität und Partnerschaft allgemein verändert bzw. liberalisiert. Nach jahrelanger Unterdrückung wird vermehrt die Möglichkeit für einen freieren Umgang mit Sexualität angestrebt (vgl. Gossel 2002).

Allerdings lassen sich trotz Bemühungen weiterhin Defizite erkennen. Den Bewohnern wurde im Zuge des Perspektivwandels zwar mehr Freiraum für Partnerschaft und Sexualität zugestanden, jedoch wurde meist versäumt, neben diesen Freiräumen auch eine sexualpädagogische Förderung und Begleitung anzubieten. Hilfeleistung in Form von Informationen und Aufklärung wären jedoch auf dem Weg zu einem individuell befriedigenden Sexualleben notwendig gewesen (vgl. Gossel 2002). Bisher haben in den meisten Wohnheimen kaum kontinuierliche Bildungsangebote zum Thema Sexualität stattgefunden. Dieses Versäumnis zeigt sich bei vielen Bewohnern im fehlenden Wissen, nicht gemachten Erfahrungen sowie der geringen Fähigkeit eigene Wünsche zu differenzieren (vgl. ebd.)

Generell haben sich zwar die Wohngegebenheiten, allerdings herrschen mancherorts immer noch bauliche und strukturelle Rahmenbedingungen vor, die ein

sexuell selbstbestimmtes Leben erschweren. Die Grundlage für ein individuelles Sexualleben ist eine selbstbestimmte Intimsphäre bzw. eine geschützte Privatsphäre, aber diese wird oft in Wohnheimen noch missachtet (vgl. Hierholzer 2014). Zum Beispiel ist ein Einzelzimmer nicht überall der Regelfall. In Zwei- oder Mehrbettzimmern ist es aber schwierig, sich ungestört sinnliche Körpererfahrungen zu verschaffen (vgl. ebd.). Weitere Beispiele sind u.a. fehlende Rückzugsräume oder Toiletten ohne Schloss (vgl. Kiechle & Wiedmair 1998).

Außerdem steht die Forderung nach einem selbstbestimmten sexuellen Leben im Spannungsverhältnis zu der Gegebenheit, dass die Bewohner gezwungen sind, sich der vor Ort herrschenden Heimordnung und einem festgelegten Personalschlüssel unterzuordnen. Der Personalschlüssel und finanzielle Mittel sind von außen vorgegeben und haben gravierende Auswirkungen auf die Lebenssituation der Bewohner, die in Wohnheimen leben. Ein Personalmangel führt in der Regel zu Zeitmangel. Dies zieht wiederum Einschränkungen von individuellen Entfaltungsmöglichkeiten und Selbstbestimmungsmöglichkeiten nach sich (vgl. Weinwurm-Krause 1999).

Der Autor Gossel sieht ebenfalls im Zeitmangel ein Problem. Aufgrund der mangelnden Zeit können die Mitarbeiter eine sexualpädagogische Begleitung und Förderung nur schwer realisieren. Neben den alltäglichen Aufgaben bleibt dem Personal zu wenig Zeit für geplante, längerfristige sexualpädagogische Maßnahmen (vgl. Gossel 2002).

Durch vorhandene Strukturen in den Wohnheimen kommt hinzu, dass Bewohner und Personal gezwungen sind, sich bestimmten Regeln zu unterwerfen. Für die Heimleitung ist es nahezu unmöglich, den Bedürfnissen aller Bewohner gerecht zu werden. Einerseits soll zwar den Forderungen nach Rechten und Lebensnormen, wie sie Nichtbehinderte auch beanspruchen, gerecht werden. Andererseits unterliegt die Heimleitung aber den Sachzwängen des Heimlebens und ist an bestimmten Vorgaben gebunden (vgl. Weinwurm-Krause 1999).

Laut Walter liegt eine weitere Schwierigkeit darin, dass mit zunehmender Verweildauer der Bewohner in der Wohneinrichtung, sich dessen Außenkontakte zunehmend vermindern. Der Bewohner passt sich verstärkend an den Verhaltensanforderungen der Institution an. Das Interesse der Wohnheime liegt vor allem in einer reibungslosen Unterbringung, die durch einen möglichst optimalen ökonomischen und verwaltungsaufwand minimierenden Ablauf gekennzeichnet ist (vgl. Walter 2002a). Je mehr sich der Bewohner anpasst und sich den

Routinemaßnahmen unterordnet, desto mehr steht dies im Kontrast zu einem selbstbestimmten Leben.

Der Autor Achilles kritisiert zudem, dass zwar in der Mehrzahl der Wohneinrichtungen befürwortet wird, ein selbstständigen Entscheiden und Handeln auf dem Gebiet der Sexualität zu fördern. Dieser Weg jedoch oftmals noch nicht immer konsequent verfolgt wird (vgl. Achilles 2002).

In Übereinstimmung dazu, stützt sich Hierholzer auf Ergebnisse von Studien, die ergaben, dass in Wohnheimen kaum fest verankerte sexualpädagogische Vorstellungen existieren und demgemäß kaum entsprechende Maßnahmen durchgeführt werden. Für eine praktische Umsetzung sexualpädagogischer Angebote fehlen oft konkrete Konzepte und Materialien in den Wohnheimen. Zudem wird Sexualität eher nur dann thematisiert, wenn Probleme auftreten. Als Bestätigung für diesen Umstand, verweist Hierholzer auf folgende Floskeln, die in der Praxis auf Nachfrage fallen, weshalb vor Ort keine sexualpädagogischen Angebote gemacht werden: *„Unsere haben kein Interesse an Sexualität bzw. würden das ja doch nicht verstehen, die haben ganz andere Sorgen“*, *„So was machen wir hier erst gar nicht, damit wir keinen auf dumme Gedanken bringen“*, *„Wir brauchen sowas nicht, das ist kein Thema hier im Haus“* (Hierholzer 2014, S.76f.).

Zweifelslos ist eine sexuell selbstbestimmte Lebensführung immer abhängig von der Einstellung aller daran Beteiligten und der Organisationsform des Lebensalltages, die aus dieser Einstellung resultiert (vgl. Weinwurm-Krause 1999). In diesem Zusammenhang hebt die Bundesvereinigung Lebenshilfe hervor, dass der Umgang mit Sexualität im Allgemeinen kein Problem für die Menschen mit geistiger Behinderung darstellt, sondern eher für die Betreuer. Jeder Mensch hat seine persönliche Grundhaltung zum Thema Sexualität. Folglich haben die Mitarbeiter des Wohnheimes jeweils eine subjektive Vorstellung von der Sexualität geistig behinderter Menschen. Diese hat Auswirkungen auf die sexuelle Selbstverwirklichung der Bewohner, da sich diese in vielfältigen alltäglichen Abhängigkeiten zum jeweiligen Mitarbeiter befinden (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995). Das heißt, die Sexualität und das Sexualverhalten der Bewohner sind stets von der Toleranz und Offenheit ihrer Bezugspersonen abhängig. Ob die sexuelle Selbstverwirklichung gefördert bzw. sich entwickeln kann oder ob diese blockiert wird, steht immer in Abhängigkeit zu den ethischen Werthaltungen und moralischen Normen des Personals. Ethisch und moralische Vorurteile oder sogar



die Leugnung bzw. Verdrängung der Sexualität von den geistig behinderten Bewohnern, können wie soziale Barrieren wirken.

Da Sexualität und das jeweilige Sexualverhalten geistig behinderter Menschen, die in Wohnheimen leben, ist immer auch von der Toleranzbreite und der moralischen Einstellungen der Mitarbeiter abhängig. Nach den Ausführungen von Walter, besteht beim Personal oftmals Unsicherheit in Bezug auf die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner besteht. Er selbst hat jahrelang zu dieser Thematik geforscht. Immer wieder sind Betreuer bzw. Fachkräfte der Behindertenarbeit mit Fragen an ihn herangetreten und erbatene konkrete Ratschläge. Dies waren Fragen wie: *„Was sollen wir tun, wenn wir z. B. 2 männliche Behinderte beim gegenseitigen Masturbieren überraschen; wenn wir Pornohefte unterm Bett finden; eine erwachsene Behinderte im Speisesaal ihre Bluse öffnet und sich selbst zu Schau stellt...?“* (Walter 1994, S.11). Walter erklärt, dass die einst tabuisierten Fragen nun gewagt werden, auszusprechen. Zugleich aber auch die Ratlosigkeit, Ängste und Unsicherheiten ersichtlich werden (vgl. ebd.).

#### **4.4 Zusammenfassung**

In der Vergangenheit wurde dem Menschen mit geistiger Behinderung lange Zeit das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben untersagt. Insbesondere ihre Sexualität wurde unterdrückt und tabuisiert. Bis in die 1970er stand die Frage im Vordergrund, ob Menschen mit einer geistigen Behinderung überhaupt ein Recht auf Sexualität haben. Mittlerweile ist bekannt, dass Sexualität ein Grundbedürfnis darstellt.

Jeder Mensch hat ein Recht auf Entfaltung von sexuellen Wünschen, Bedürfnissen und Vorlieben unter der Voraussetzung niemanden zu schaden. Vor allem durch das Inkrafttreten der UN-BRK wurde geistig behinderten Menschen dieses Recht zugesprochen. Heutige Problempunkte sind eher bezogen auf die praktische Realisierung der Möglichkeiten. Bei der Umsetzung eines selbstbestimmten sexuellen Lebens sind die geistig behinderten Bewohner eines Wohnheimes sehr stark von der Toleranz, Unterstützung und dem Wohlwollen des Personals abhängig.

Im starken Kontrast zur sexuellen Selbstbestimmung steht die sexuelle Gewalt, mit der sich im nächsten Kapitel genauer beschäftigt wird.

## 5. Sexuelle Gewalt und geistige Behinderung

Bisher wurde die positive Seite der Sexualität betrachtet. Es steht außer Frage, dass es neben der bunten Vielfalt der Sexualität auch eine dunkle, negative Seite gibt - die sexualisierte Gewalt. Wir leben in einer Zeit, in der das Thema „sexuelle Gewalt“ in der Öffentlichkeit zunehmend Aufmerksamkeit findet. Doch in Verbindung mit Menschen mit einer geistigen Behinderung wird diese leider immer noch nicht ausreichend thematisiert und zu oft tabuisiert. Lange Zeit wurde sogar davon ausgegangen, dass sexuelle Gewalt diesbezüglich undenkbar sei (vgl. Hallstein 1997). Mittlerweile ist jedoch der Umkehrschluss zum Tragen gekommen. Offensichtlich sind vor allem Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Um für ein Grundverständnis hinsichtlich der Begrifflichkeit zu sorgen, wird diese im Folgenden näher beleuchtet.

### 5.1 Begriffsannäherung

In der Fachliteratur existiert eine Vielzahl von Begrifflichkeiten nebeneinander, die synonym verwendet werden. Neben der Bezeichnung „sexuelle Gewalt“ am häufigsten verwendeter Begriff ist "sexueller Missbrauch". Außerdem lassen sich Bezeichnungen wie "sexuelle Ausbeutung", "sexuelle Misshandlung", "sexueller Übergriff", "sexualisierte Gewalt" oder "sexuelle Belästigung" finden (vgl. Bange 2004).

Eine ähnliche Uneinigkeit herrscht bezüglich der Definition. Bis heute gibt es in der Literatur keine allgemeingültige Definition des Begriffs „Sexuelle Gewalt“, da es vielerlei Aspekte gibt, die zur Beurteilung herangezogen werden können. Die begriffliche Bestimmung kann je nach theoretischer Herangehensweise und weltanschaulichen, ethischen und juristischen Hintergründen differieren (vgl. Hartwig & Hensen 2003).

Prinzipiell lassen sich zwei definitorische Grundsatzformen voneinander unterscheiden. Dies ist die Kategorisierung in die „enge“ und die „weite“ Begriffsfassung. **Enge** Definitionen bezeichnen ausschließlich Handlungen mit unmittelbarem Körperkontakt zwischen Täter und Opfer als sexuelle Gewaltausübung. Dazu zählt u.a. oraler, analer und genitaler Geschlechtsverkehr. Sexuelle Übergriffe ohne körperlichen Kontakt werden in diesen Definitionen nicht berücksichtigt (vgl. Thomas et al. 2006). **Weite** Definitionen versuchen sämtliche

unerwünschte, sexuelle Aktivitäten mit oder ohne körperlichen Kontakt zu erfassen. Beispielhaft kann es sich dabei um verbale und sexistische Belästigung, Exhibitionismus, Anstiftung zur Prostitution oder Konsum pornographischer Materials im Beisein des Opfers handeln (vgl. ebd.). Die Autoren Hartwig und Hensen kritisieren an dieser Stelle zurecht, dass bei dieser groben Unterteilung dem komplexen Ursachen- und Entstehungshintergrund kaum Beachtung findet (vgl. Hartwig & Hensen 2003).

Im Zusammenhang mit der groben Unterteilung folgt eine Definition von „sexueller Gewalt“ nach Jeschke und Thomas, die den Terminus wie folgt beschreiben: „1. *Eine Person wird von einer anderen als Objekt zur Befriedigung von bestimmten Bedürfnissen benutzt. Diese Bedürfnisse sind entweder sexueller Natur und/oder es sind nicht sexuelle Bedürfnisse, die in sexualisierter Form ausgelebt werden [...].* 2. *Dabei werden vor oder an der Person Handlungen vorgenommen oder von ihr verlangt, die kulturell mit Sexualität assoziiert sind. Dazu zählen nicht nur Handlungen, die im engeren Sinne sexuell sind, wie beispielsweise Berührungen der Geschlechtsorgane oder Geschlechtsverkehr, sondern auch solche, die in unserer Gesellschaft im weiteren Sinne mit Sexualität in Verbindung gebracht werden, wie z.B. anzügliche Bemerkungen, Nachpfeifen oder Nacktphotos.* 3. *Die Handlungen erfolgen unter Ausnutzung von Ressourcen- bzw. Machtunterschieden gegen den Willen der Person“* (Jeschke & Thomas 2006, S.35; zit. n. Brockhaus & Kohlshorn 1993). Hier sei hervorgehoben, dass Jeschke und Thomas in ihrer Definition schildern, dass bei einem sexuellen Übergriff Macht- und Ressourcenunterschiede ausgenutzt werden. Es besteht demnach ein Machtgefälle, bei dem das Opfer unterlegen ist. In dieser Hinsicht herrscht unter den Wissenschaftlern Einigkeit. In Übereinstimmung wird davon ausgegangen, dass sexuelle Gewalt zumeist unter Drohung, körperlicher Gewalt und Ausnutzung bestehender Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse stattfindet (vgl. Hartwig & Hensen 2003). Unter anderem vertreten Bosch und Suykerbuyk diese Ansicht. Sie beschreiben sexuelle Gewalt, „*als jede Form sexuell gefärbter Aufmerksamkeit oder sexuellen Kontakts, die vom Empfänger nicht erwünscht ist. Die betroffene Person empfindet dabei infolge des bestehenden Machtgefälles das Gefühl, sich nicht weigern zu dürfen*“ (Bosch & Suykerbuyk 2010, S.23).

So vielfältig die Definitionen und Begriffe auch sind, so lässt sich zusammenfassend schlussfolgern, dass „sexuelle Gewalt“ lediglich einen Oberbegriff darstellt, der jegliche Form des Übergriffs auf die sexuelle Selbstbestimmung eines Menschen

beinhaltet und immer eine Grenzüberschreitung darstellt. Der Terminus beschreibt sexuelle Kontakte, die nicht im gegenseitigen Einverständnis erfolgen und denen ein Machtgefälle zugrunde liegt. Ich verwende nachfolgend bewusst die Begriffe „sexuelle Gewalt“ und „sexuelle Übergriffe“, da diese das gesamte Spektrum der Handlungen erfasst, das die sexuelle Selbstbestimmung missachtet.

Erwähnt sei an dieser Stelle, dass die sexuelle Selbstbestimmung im Strafgesetzbuch durch die §§ 174 – 184 StGB geschützt ist (vgl. Internetquelle 5).

In Hinblick auf **sexuelle Gewalt und Menschen mit geistiger Behinderung** ist zu erwähnen, dass sich die Betroffenen aufgrund ihrer eingeschränkten intellektuellen Entwicklung, nicht immer bewusst sind, was mit ihnen geschieht. Einige verstehen dementsprechend gar nicht, dass etwas als sexualisierte Gewalt bezeichnet werden müsste.

In der Literatur lässt sich der Ausdruck „Tabu im Tabu“ finden (vgl. Leue-Käding 2004). Das Thema sexuelle Gewalt ist an sich schon etwas, worüber mit Vorsicht gesprochen wird. Doch in Verbindung mit geistig behinderten Menschen stellte dies Jahrzehnte lang erst recht etwas Tabuisiertes und vor allem Unvorstellbares dar. Sexuelle Übergriffe an ihnen wurden für völlig ausgeschlossen gehalten. Ein Grund dafür liegt wohl in der gesellschaftlichen Sichtweise, Menschen mit geistiger Behinderung seien unattraktiv und kämen daher als Opfer nicht in Frage (vgl. ebd.). Mittlerweile wurde erkannt, dass dies nicht der Fall ist, im Gegenteil.

Achilles macht darauf aufmerksam, dass in der öffentlichen Meinung, sexuelle Gewalt an Personen mit geistiger Behinderung trotz allem immer noch, als nicht „ganz so schlimm“ gilt, wie die sexuelle Gewalt an Nichtbehinderten. Dieser Ansicht liegen drei Irrtümer zugrunde. Zum einen besteht das Denken, dass geistig Behinderte über ein schlechtes Langzeitgedächtnis verfügen und aus diesem Grund gar nicht so recht verstehen, was mit ihnen passiert bzw. sie es eh bald wieder vergessen (Achilles 2002). Eine weitere Fehlspekulation ist, dass geistig behinderte Personen überhaupt nicht wissen, was sexuelle Selbstbestimmung ist. Demnach würden sie sexuelle Übergriffe nicht als etwas Außergewöhnliches empfinden (vgl. ebd.). Überdies würden Menschen mit geistiger Behinderung auf der Suche nach Zuneigung, Wärme und Zärtlichkeit sein. Da sie diese nicht immer in Worte fassen können, würden sie dies durch ihre Körpersprache ausdrücken, indem sie selbst zärtlich werden (ebd.).

Die Autorin distanziert sich deutlich von diesen irrtümlichen Denkweisen. Für sie verfügen geistig Behinderte in gleicher Weise über Schamgefühle, Stolz und Würde, die ihnen nicht abgesprochen werden dürfen. Viele von ihnen lassen zwar sexuelle Manipulation eher über sich ergehen, da sie kaum Intimsphäre kennen und daran gewöhnt sind, ohne ihr Einverständnis gepflegt und untersucht zu werden. Doch dies darf kein Freifahrtschein für Täter darstellen. Viele Täter verstehen die Körpersignale der geistig Behinderten falsch und rechtfertigen auf dieser Grundlage ihre Tat. Achilles nimmt von solch einer Sichtweise Abstand, denn das Opfer darf deswegen nicht zum Mitschuldigen gemacht werden (vgl. ebd.).

Im nächsten Punkt soll beleuchtet werden, ob Aussagen getroffen werden können, wie häufig Menschen mit geistiger Behinderung tatsächlich Opfer sexueller Gewalt werden.

## **5.2 Häufigkeit**

In der polizeilichen Kriminalstatistik wird die sexuelle Gewalt von Menschen mit geistiger Behinderung nicht explizit erfasst (vgl. Internetquelle 6).

Obendrein existieren in Deutschland bis dato nur wenige Forschungen, die sich mit der Thematik der sexuellen Gewalt an Menschen mit geistiger Behinderung befassen. Bedingt durch die Forschungslücke gibt es keine genauen Zahlenangaben. Erschwerend kommt hinzu, dass die Dunkelziffer vermutet hoch liegt, da sehr viele Fälle nicht angezeigt oder dokumentiert wird (vgl. Hierholzer 2014). Die geschätzte Dunkelziffer gegen das sexuelle Selbstbestimmungsrecht liegt bei Menschen mit geistiger Behinderung wesentlich höher, als bei Menschen ohne Behinderung. Eine Aufdeckung sexueller Gewalt ist u.a. dadurch verhindert, weil die Kommunikationsbarrieren für sie viel größer sind (vgl. Kiechle & Wiedmaier 1998). Dies hat zur Folge, dass die wenigsten Fälle der sexuellen Übergriffe auf geistig Behinderte strafrechtlich verfolgt werden. Die hohe Dunkelziffer liegt ebenfalls darin begründet, dass die Aufdeckung dadurch erschwert wird, weil dieser Personengruppe häufig kein Glauben geschenkt wird, wenn sie von sexuellen Übergriffen berichten (vgl. Becker 1995).

Nach einer Literaturzusammenschau zeigt sich, dass sich die Fachleute einig sind, dass Menschen mit geistiger Behinderung häufiger Opfer von sexueller Gewalt werden. Allerdings sind im deutschsprachigen Raum kaum aussagekräftige Untersuchungsergebnisse zu finden, die genaue Zahlenangaben liefern.

In der Literatur wird sich zum einen auf die Studie von Noack und Schmid gestützt. Diese führten 1996 eine Fragebogen-Erhebung über das Ausmaß sexuellen Missbrauchs durch. Dazu befragten sie Professionelle einer Wohneinrichtung der Behindertenhilfe. In der Studie gaben 51,3% der Befragten an, ihnen seien Fälle von sexueller Gewalt an Menschen mit geistiger Behinderung bekannt (vgl. Leue-Käding 1999, zit. n. Noack & Schmid 1996).

Zum anderen wird sich in Fachliteratur auf die Studie von Zemp, Pircher und Neubauer bezogen. Diese führten 1996 in Österreich eine Untersuchung durch. Befragt wurden 130 Frauen mit verschiedenen Behinderungen, die in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe lebten. Davon gaben 63,8% an, dass sie im Laufe ihres Lebens ein- bis mehrmals sexuelle Gewalt erfahren haben. Unter dem Begriff der sexuellen Gewalt sind dabei folgende Handlungen zusammengefasst worden: *„Exhibitionismus, gegen den eigenen Willen an den Geschlechtsteilen berührt werden oder gezwungen werden, diese von anderen zu berühren, Zwang zu (versuchten) Geschlechtsverkehr oder anderen sexuellen Handlungen oder zum Anschauen von Pornofilmen“* (Unterstaller 2009, S.11, zit. n. Zemp et al. 1996). Fraglich bleibt, inwieweit diese Studien repräsentative Ergebnisse liefern. Allerdings geben sie eine Richtung dafür, wie hoch das Ausmaß sexueller Gewalt ist.

Schlussfolgernd lässt sich sagen, dass Personen mit einer geistigen Behinderung besonders gefährdet sind, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Demzufolge scheint es eine Verbindung zu geben, zwischen einer geistigen Behinderung und der Gefahr Opfer von einem sexueller Gewalt zu werden. Im nächsten Abschnitt wird aufgezeigt, welche möglichen Risikofaktoren dabei eine Rolle spielen können.

### **5.3 Risikofaktoren**

Es steht zur Frage, warum vor allem Menschen mit einer geistigen Behinderung besonders gefährdet sind, Opfer sexuellen Gewalt zu werden. In der Fachliteratur wird häufig die Bezeichnung „ideale Opfer“ verwendet (vgl. Bosch & Suykerbuyk 2010). Nachfolgend sind denkbare Ursachen aufgeführt, die das Risiko erhöhen. Allerdings ist von einer Verallgemeinerung abzusehen, da dabei auch immer der Schweregrad und die Art der geistigen Behinderung eine entscheidende Rolle spielt.

Für Menschen mit geistiger Behinderung gehört die Erfahrung von

**Fremdbestimmung** zum Alltagserleben, insbesondere in institutionellen Einrichtungen ist ihr Lebensalltag davon geprägt. Dies erschwert für sie zwischen einer gegenseitig einvernehmlichen Handlung und der Unterdrückung durch den Fremdwillen zu unterscheiden. Sie sind gewöhnt, sich bei ihrem Handeln an den Forderungen anderer zu orientieren. Hinzu kommt, dass die fremdbestimmte Abhängigkeit von Bezugspersonen, wie beispielsweise Eltern, Betreuer oder Pflegepersonal, den Erwerb an selbstbestimmten Nein-Sagen schwierig machen (vgl. Walter 2002).

Aufgrund der geistigen Behinderung leben die Betroffenen häufig in **Abhängigkeitsverhältnissen** zu anderen Personen, schon allein, weil sie auf die Hilfe und Unterstützung durch Dritte angewiesen sind. Ein Beziehungskonstrukt, das durch Abhängigkeit gekennzeichnet ist, erhöht die Wahrscheinlichkeit, Opfer sexueller Gewalt zu werden, da beim Täter das Gefühl von Macht hervorgerufen wird (vgl. Bungart 2005). Durch diese Abhängigkeit und der hinzukommenden **eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten** sind sie leichter zu manipulieren und letztlich leichter zu beeinflussen (vgl. Bosch & Suykerbuyk 2010).

Erschwerend kommt hinzu, dass geistig behinderte Menschen gewohnheitsmäßig in **Isolation von Außenkontakten** leben. Das heißt, sie haben wenig eigenständige Kontakte zu Personen außerhalb ihres Umfeldes, was wiederum die Abhängigkeit von den sie betreuenden Personen noch stärker werden lässt (vgl. Thomas et al. 2006).

Die **äußeren Strukturen**, in denen Menschen mit geistiger Behinderung häufig wohnen, tragen weiterhin zu einem erhöhten Risiko bei. Wenn sie in Institutionen, wie zum Beispiel einem Wohnheim leben, müssen sie sich im Allgemeinen an die die strukturelle Organisation ihrer Umgebung anpassen und ihre eignen Bedürfnisse zurückstellen (vgl. ebd.).

Des Weiteren erleben Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder **Grenzüberschreitungen** sowie, dass ihr Körper gewissermaßen öffentlich ist. Sie sind in ihrem Lebensalltag gewöhnt, andere Personen über ihren Körper verfügen zu lassen. Zum Beispiel können sie meistens nicht selbst bestimmen, wer ihnen bei der Körper- und Intimpflege hilft. Im Rahmen der Pflege werden ihre Geschlechtsteile angefasst, manchmal auch unnötigerweise. Da viele von ihnen bei der täglichen Körperpflege auf Unterstützung angewiesen sind, stellt es für sie nichts Ungewöhnliches dar, wenn andere ihren Körper betrachten und berühren. Sie sind häufig von der Geburt daran gewöhnt, dass ihr Körper von Ärzten,

therapeutischen und pflegerischem Personal behandelt wird und machen selten die Erfahrung, dass sie bei diesen Behandlungen bestimmen können, wie sie verlaufen und ob sie geschehen sollen (vgl. Bungart 2005, zit. n. Mickler 1998).

Ferner sind sie gewöhnt, von anderen zugefügte Schmerzen zu ertragen, die beispielsweise bei einer ärztlichen Untersuchung nicht immer auszuschließen sind. Sie haben sich daran gewöhnt, Gefühle wie Scham und Wut zu unterdrücken. Solche Grenzüberschreitungen können dazu führen, dass geistig Behinderte sexuelle Übergriffe nicht als solche erkennen (vgl. ebd.).

Der Autor Walter führt als weiteren Risikofaktor ein **geringes Selbstwertgefühl** und eine **fehlende Identität** an. Er erläutert, dass geistig behinderte Menschen ständig mit Eingriffen in ihrer Intimsphäre konfrontiert sind. Beispielsweise ist es in der Praxis überwiegend nicht üblich, dass sie auf eine geschlechtsspezifische Intimpflege bestehen können. Dies kann zur Verletzung des Schamgefühls führen, wodurch das Gefühl der eigenen Identität verloren gehen kann. Allerdings sind Gefühle für die eigene Identität sowie für die eigenen Grenzen bedeutende Voraussetzungen für die richtige Einschätzung zwischen einvernehmlicher oder aufgezwungener Handlungen (vgl. Walter 2005). In Übereinstimmung dazu, sieht der Autor Bungart ebenfalls eine Gefahr in den täglichen Grenzüberschreitungen und der Fremdbestimmung in vielen Lebensbereichen. Denn diese wirken der Identitätsentwicklung und der Entwicklung eines gesunden Selbstbewusstseins entgegen. Hinzukommt das Gefühl des Andersseins, weshalb viele von ihnen es nicht schaffen, ein positives Gefühl zu ihrem eigenen Körper aufzubauen. Sie empfinden ihn als wertlos. Eine fehlende Identität und ein geringes Selbstwertgefühl seitens des Behinderten stellen eine erleichternde Situation für den Täter dar (vgl. Bungart 2005, zit. n. Mickler 1998).

Ein Täter kann aus der geistigen Behinderung einer Person einen Vorteil für sich ziehen, indem er dessen **Bedürfnis nach Normalität, Anerkennung und körperlicher Nähe** ausnutzt. Dies kann dazu führen, dass das Opfer die Handlung des Täters nicht als sexuelle Ausbeutung erkennt (vgl. Walter 2002).

Achilles weist darauf hin, dass vor allem geistig behinderte Frauen durch sexuelle Verfügbarkeit versuchen, die Zuwendung, Anerkennung, Liebe und Bestätigung nicht behinderter Männer zu erlangen. Der Kontakt zu einem nichtbehinderten Mann kann den Wunsch nach der eigenen Normalität bedeuten. Die eigene Behinderung soll auf diesem Wege kompensiert werden. Die Sehnsucht nach Zuneigung und Zärtlichkeit wird von den Frauen mit einer geistigen Behinderung häufig über die



Körpersprache ausgedrückt. Diese Signale können jedoch von einem Männern verkehrt aufgefasst und als Aufforderung zum Sex verstanden werden (vgl. Achilles 2005).

Darüber hinaus können geistig behinderte Personen in besonderem Maße von der Sorge bestimmt sein, Zuwendung und Hilfe zu verlieren, wenn sie sich gegen Übergriffe einer versorgenden Person wehren und erdulden daher Gewalthandlungen öfter (vgl. Senn 1993).

Zusätzlich verhalten sie sich nicht distanziert genug gegenüber fremden Personen. Wenn sie Kontakte schließen, wirken sie häufig sehr offen, gehen auf andere zu und suchen den Körperkontakt, der für sie ein Mittel der Kommunikation darstellt. Aufgrund der **Distanzlosigkeit** wird dem Täter eine körperliche Annäherung erleichtert (vgl. Mickler 2009).

Ein weiteres Risiko stellen **Kommunikationsschwierigkeiten** bzw. **fehlende Artikulationsmöglichkeiten** dar. Täter können es ausnutzen, wenn sie wissen, dass sich ihr Opfer verbal nicht mitteilen kann und somit nicht über das Geschehene sprechen wird. Manche geistig Behinderte können nicht benennen, was mit ihnen passiert ist, weil sie über eine **unzureichende Sexuaufklärung** verfügen und somit der entsprechende Wortschatz fehlt (vgl. Bungart 2005, zit. n. Friske 1995). Unaufgeklärte und überbeschützte Menschen mit geistiger Behinderung sind am meisten gefährdet, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Für viele Erwachsene mit geistiger Behinderung ist Sexualität noch ein Tabuthema, das mit Schamgefühlen besetzt ist. Vielfach sind Fragen und Themen, die während der körperlichen Reifung auftreten, aus Hemmungen von den Bezugspersonen nicht aufgegriffen und beantwortet worden. Dieses Versäumnis äußert sich bei der Mehrzahl der Menschen mit geistiger Behinderung im fehlenden Wissen, in nicht gemachte Erfahrungen sowie in einer gering ausgeprägten Fähigkeit zum Erkennen und Abwägen persönlicher Bedürfnisse und Wünsche (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995).

Mangelnde Kenntnisse über Sexualität haben zur Folge, dass geistig Behinderte das Geschehene oftmals nicht adäquat einschätzen können und somit die Möglichkeit verringert wird, ungewollte sexuelle Handlungen an der eigenen Person erkennen zu können (vgl. Thomas et al. 2006).

Eine weitere Schwierigkeit stellen **fehlende Anlaufstellen** dar. Geistig Behinderte, die sexuell missbraucht werden oder wurden, wissen oft nicht, an welche Stelle sie sich wenden können. Die meisten Anlaufstellen gegen sexuelle Gewalt sprechen

Menschen mit geistiger Behinderung nicht direkt an. Zum Beispiel werden Informationsmaterialien in den meisten Fällen nicht in leichter Sprache angeboten. Aufgrund dieser Tatsache fühlen sich Täter sicherer, da sie eine Aufdeckung nicht so sehr fürchten müssen (vgl. Mickler 2009).

Somit lässt sich schlussfolgern, dass Menschen mit geistiger Behinderung durch verschiedene Faktoren, die ihr Leben bedingen, besonders gefährdet sind Opfer sexueller Gewalt zu werden. Das Risiko ist vor allem dort sehr hoch, wo Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse vorliegen. Genau dies kennzeichnet jedoch die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung, die in stationären Wohnheimen leben.

#### **5.4 Folgen für die Opfer sexueller Gewalt**

In der Zusammenschau der zum Thema vorhandenen Literatur zeigt sich, dass Menschen, die sexuelle Gewalt erlebt haben bzw. erleben, sehr unterschiedliche und vielfältige Symptome zeigen (vgl. Achilles 2002).

Der Autor Zemp geht davon aus, dass die Folgen sexualisierter Gewalt für Menschen mit Behinderung grundsätzlich keine anderen sind, als bei Menschen ohne Behinderung. Das Entstehen von Symptomen wird von der Schwere, Art und Weise, Dauer und Umstände der sexuellen Übergriffigkeit sowie von der Nähe bzw. Beziehung zum Täter und der Reaktionen bei Bekannt werden der Tat beeinflusst. Die Auswirkungen betreffen die gesamte Persönlichkeit. Sie können unmittelbar oder verzögert auftreten sowie körperlicher und / oder psychischer Natur sein (vgl. Zemp 1993). Die Folgen sexueller Gewalterfahrungen sind dementsprechend sehr vielfältig, von verschiedenen Aspekten abhängig und von Opfer zu Opfer individuell. Folgeschäden lassen sich neben den körperlichen Verletzungen, in psychosomatische sowie psychische und psychosoziale Folgen unterteilen.

**Körperliche Folgen** resultieren direkt aus der Gewaltanwendung, während des sexuellen Übergriffs. Dies können Verletzungen sein, wie beispielsweise striemenartige Spuren an der Innenseite der Oberschenkel, Hämatome, Bisswunden oder auch Schädigungen im Genitalbereich. Mögliche Folgen sind zudem eine Schwangerschaft oder auch die Übertragung von Pilzkrankungen, Geschlechtskrankheiten oder des HIV-Virus. Denkbar sind weiterhin die Übertragung von Geschlechtskrankheiten im Kehlkopf, durch oralen Missbrauch

oder Hämatome im Rachenbereich (vgl. Becker 2001, zit. n. Enders & Stumpf 1990). Dies ist allerdings nur eine Auswahl denkbarer körperlicher Auswirkungen. Nicht ausgeschlossen ist, dass keine körperliche Schädigung beim sexuellen Übergriff stattfand.

**Psychosomatische Folgeschäden** sind Überlebensstrategien, die den Opfern zur Bewältigung ihrer Situation helfen. Dazu zählen unter anderem chronische Schmerzen (z.B. Bauch- und Unterleibsschmerzen), Lähmungen, Schwindelanfälle und Phobien. Des Weiteren können sich die Folgen des sexuellen Missbrauchs in Formen klinischer Störungen, wie Ess- und Zwangsstörungen, Schlafstörungen oder Suchtverhalten, zeigen (vgl. ebd.).

**Psychische und psychosoziale Folgen** sexueller Gewalt können sich in Form plötzlicher Verhaltensauffälligkeiten und Verhaltensänderungen ausdrücken. Beispielweise Verhaltensänderungen in sozialen Beziehungen, wie eine übermäßige Anhänglichkeit des Betroffenen an Bezugspersonen. Im Gegensatz dazu kann es auch zu Misstrauen oder sozialem Rückzug kommen. Erlebte sexuelle Gewalt kann zu unterwürfigen Verhaltensweisen, Gefühlen der Ohnmacht sowie zu Unsicherheiten der eigenen Wahrnehmung führen. Ebenso können sich emotionale Reaktionen wie Schuldgefühle, Selbstzweifel, Minderwertigkeitskomplexe aber auch Feindseligkeit und Auto- oder Fremdaggressionen entwickeln (vgl. Becker 2001, zit. n. Stein 1988).

Ein zentrales Problem besteht darin, dass Auffälligkeiten, egal in welcher Form, bei Menschen mit Behinderung oft als Symptome der Behinderung interpretiert oder als Nebenwirkungen der Medikamenteneinnahme fehlgedeutet werden. Dies hat zur Folge, dass eine Aufdeckung sexueller Übergriffe und Hilfe für das Opfer unterbleiben (vgl. Thomas et al. 2006).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Auswirkungen für die Opfer sexueller Gewalt, ob mit oder ohne Behinderung, gravierend sind. Diese können sowohl körperlich, als auch seelisch zum Ausdruck kommen. Menschen mit geistiger Behinderung reagieren sehr unterschiedlich auf sexuelle Gewalt.

Der nachfolgende Abschnitt zeigt auf, wer potentielle Täter sein können.

## 5.5 Potentielle Täter

Nach den Ausführungen von Bungart kommen die Täter vorwiegend aus dem sozialen Umfeld des Opfers. In Hinsicht auf Behindertenwohnheimen zählen dazu beispielsweise Familienangehörige, Personen aus dem Freundeskreis sowie Mitbewohner oder Betreuungspersonal. Zudem ist es möglich, dass sich in der Umgebung von Wohnheimen für Menschen mit geistiger Behinderung Täter aufhalten, die die Behinderung zum Zwecke ihres Vorhabens ausnutzen (vgl. Bungart 2005, zit. n. Mattern 1997).

In Wohnheimen sollen den geistig behinderten Bewohnern ein Schutzraum geboten werden. Doch weiß der Täter genau diese Tatsache oft zu nutzen, um sich selbst zu schützen (vgl. Hallstein 1997). Die Autorin meint damit, dass Wohneinrichtungen ein recht sicheres Täterfeld darstellen, da sexuelle Übergriffe dort relativ gefahrlos verlaufen können. Die Gefahr der Aufdeckung ist gering, vor allem weil die sexuelle Gewalt hier in der Regel ohne Zeugen erfolgt und der Täter die geistige Behinderung aus- und zu benutzen weiß.

Bungart verdeutlicht zudem, dass der Schutz vor sexuellen Übergriffen besonders schwierig ist, wenn der Täter ein Mitarbeiter der Einrichtung ist, da dieser die beste Möglichkeit hat, die Tat unbemerkt zu begehen und im Falle der Aufdeckung auf die Vertuschung der Einrichtung hoffen kann. Um die Institution nicht in Verruf zu bringen, wird unter Umständen die Glaubwürdigkeit des Opfers angezweifelt und die Geschehnisse abgestritten (vgl. Bungart 2005, zit. n. Mattern 1997).

Die Autorin Hallstein bestätigt dies. Sie sieht ebenfalls die Schwierigkeit darin, dass die Tat viel zu oft vertuscht, verharmlost oder verschwiegen wird. Wenn sexuelle Gewalt offensichtlich wird, drohen dem Täter nicht unbedingt strafrechtliche Folgen, Arbeitsplatzverlust oder gesellschaftliche Diskriminierung (vgl. Hallstein 1997).

Die Täter sind häufig bemüht, enge emotionale Abhängigkeitsbindungen zu ihren Opfern aufzubauen. Nicht selten werden die Taten geplant, da der Täter nicht auffallen möchte. Im Entdeckungsfall verhalten sie sich strategisch geschickt. Der Täter neigt dazu, entweder alles abzustreiten oder leichte Grenzüberschreitungen zu zugeben, die sie aber herunterspielen (vgl. Hierholzer 2014).

Wird sich mit so einem sensiblen Thema, wie der sexuellen Gewalt an Menschen mit geistiger Behinderung auseinandergesetzt, eröffnet sich unvermeidlich die Frage, was getan werden kann, damit sexuelle Gewalt gar nicht erst in so einem

hohen Ausmaß stattfindet. Im weiteren Verlauf widmet sich daher der Prävention von sexueller Gewalt.

## **5.6 Prävention in Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung**

Die Bezeichnung Prävention bedeutet Vorbeugung bzw. Verhütung und hat dementsprechend das Anliegen, vorbeugend zu wirken (vgl. Hierholzer 2014).

Da die sexuelle Gewalt in ihrer Erscheinungsform so vielfältig ist, müssen auch die Präventionsstrategien vielfältig sein. In Hinsicht auf Wohnheime für Erwachsene mit geistiger Behinderung bedeutet dies, dass es verschiedene Ebenen gibt, auf denen Prävention ansetzen kann (vgl. Jeschke & Fegert 2006). In diesem Fall ist es sinnvoll, dass präventive Maßnahmen sowohl auf der Ebene der Mitarbeiter, der Leitung, als auch bei den Bewohnern stattfinden. Denkbare präventive Ansätze werden nachkommend aufgezeigt.

### **Prävention auf der Leitungsebene**

In einer Wohneinrichtung ist es vor allem die Aufgabe der Leitung, sexuelle Gewalt und damit einhergehend sexuelle Selbstbestimmung zu thematisieren. Eine Institution sollte im Rahmen ihrer pädagogischen Konzeption zentrale Aussagen zu diesen Themenbereichen formulieren, die als Orientierungshilfe für das Personal dient. Für die Mitarbeiter sollte ein Orientierungsrahmen erarbeitet werden, der ein strukturiertes und planvolles Handeln ermöglicht. Auf diese Weise kann Handlungssicherheit vermittelt werden. Wichtig ist es, dass die erarbeiteten Maßnahmen, Strategien und Möglichkeiten sich festhalten werden, dass sie für alle nachvollziehbar und transparent sind. Weiterhin sollte auch das Leitungspersonal ihre Kenntnisse in Form von Weiterbildungen erweitern (vgl. ebd.).

Sinnvoll könnte es sein, dass die Leitung das Personal vor Dienstantritt auf Delikte gegen die sexuelle Selbstbestimmung zu überprüfen, indem diese bevor sie eingestellt werden, ein erweitertes polizeiliches Führungszeugnis vorlegen müssen (vgl. Hierholzer 2014).

### **Prävention auf der Ebene der Mitarbeiter**

Wie bereits festgestellt wurde, sind Menschen mit geistiger Behinderung, die in Wohnheimen leben, in vielen Fällen abhängig vom Personal. Umso wichtiger ist es, dass sich die Mitarbeiter mit Fragen der selbstbestimmten Sexualität, sexuellen

Gewalt und vor allem auch der Sexualaufklärung geistig behinderter Menschen intensiver auseinandersetzen. Für das Personal sind kontinuierliche Fort- und Weiterbildungen zu sexualpädagogischen Themen unerlässlich, damit zusätzliche Qualifikationen erworben werden können. Es ist notwendig, dass Mitarbeiter Fachkenntnisse bzw. Sachinformationen vermittelt bekommen, die dem neusten Stand wissenschaftlicher Erkenntnisse entsprechen. Die erworbene sexualpädagogische Kompetenz soll den Mitarbeitern ermöglichen, sich in alltäglichen Begebenheiten und bei möglichen Konfliktsituationen adäquat zu verhalten (vgl. Gossel 2002).

Vor allem sind Fortbildungen in Bezug auf sexualisierte Gewalt von hoher Notwendigkeit, um die Mitarbeiter wachsam zu machen. Das Personal sollte für die Signale sexueller Gewalt sensibilisiert werden (vgl. Bosch 2013). Die Mitarbeiter benötigen Wissen über diese Problematik, nur so können sie in entscheidenden Momenten entsprechend professionell reagieren. Durch Weiterbildungen können sie befähigt werden, angemessene Reaktionsweisen bei Verdachtsfällen umzusetzen sowie einfühlsame Gespräche mit dem betroffenen Opfer führen zu können. Jeschke und Fegert kommen zu dem Schluss, dass in den Wohneinrichtungen ein dringender Weiterbildungsbedarf besteht und die Teilnahme an Fortbildungen verpflichtend sein sollte (vgl. Jeschke & Fegert 2006).

Die Autoren heben gleichzeitig die Bedeutung einer professionellen Einstellung und Haltung eines jeden Mitarbeiters hervor. In diesem Zusammenhang plädieren sie für Selbst- und Rollenreflexionen. Auf diese Weise kann die fachliche Handlungskompetenz erweitert werden (vgl. ebd.). Neben der Auseinandersetzung mit sich selbst, stellt ein gut funktionierendes Team eine weitere wichtige Komponente dar. In diesem Sinn empfehlen die Autoren regelmäßige Supervisionen innerhalb des Teams.

### **Prävention auf der Ebene der Bewohner**

Eine Prävention in Bezug auf sexuellen Missbrauch ist die **Sexualerziehung bzw. Sexualaufklärung** zu nennen. Die Aufklärung durch sexualpädagogische Gespräche bietet den geistig behinderten Menschen die Möglichkeit, sich selbst zu schützen (vgl. Achilles 2002).

Sexualerziehung beginnt beim Kind und hört beim Erwachsenen nicht auf. Die Aufklärung im Erwachsenenalter ist zudem so wichtig, da die geistig Behinderten im Kinder- und Jugendalter oftmals nicht ausreichend aufgeklärt wurden. Besonders

Menschen mit geistiger Behinderung müssen wiederholt aufgeklärt werden, da in der Regel zeitlich begrenzte, einmalige Aufklärungsgespräche wenig hilfreich sind. Sexuaufklärung sollte vielmehr ein integrierter Teil des gesamten Betreuungsprozesses sein, welche einen lebenslangen Bestandteil der Begleitung behinderter Menschen bildet (vgl. Bundesvereinigung 1995).

**Sexuelle Aufklärung** bedeutet „*Informationen über medizinische, emotionale und psychosoziale Aspekte von Sexualität zu geben*“ (Bosch & Suyerbuyk 2006, S.47) Plaute benennt wichtige Themenbereiche, die in einer umfassenden Aufklärung nicht fehlen sollten. Besonders wichtig ist das Wissen um sexuelle Rechte, Verhütungsmethoden, Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten und dem eigenen Körper bzw. der Körperidentifikation. Bedeutend sind weiterhin Themen wie persönliche Hygiene, Menstruation, sexuelle Begegnungen, Partnerschaften, Homosexualität und die Selbstbefriedigung. Um sich besser schützen zu können sollten Menschen mit geistiger Behinderung auch Wissen über sexuelle Gewalt vermittelt bekommen, u.a. Grenzen, sexuelle Abhängigkeit und sexuelle Ausbeutung etc. sind dabei notwendig (vgl. Plaute 2006, zit. n. McCabe & Schreck 1992).

Sexuelle Aufklärung ist notwendig, da diese zur Förderung der Emanzipation von Menschen mit geistiger Behinderung beiträgt. Die Wissensvermittlung leistet einen Beitrag zur Förderung der Mündigkeit, Individualität, Autonomie und vor allem auch zum Selbstschutz der Behinderten. Je mehr Wissen ein Mensch hat, umso besser kann dieser Situationen einschätzen und sich gegebenenfalls zu Wehr setzen (vgl. Bosch & Suyerbuyk 2006).

Bei sexueller Gewalt handelt es sich immer um Grenzüberschreitungen, daher ist ein wichtiges Ziel der sexuellen Aufklärung, Grenzen kennen zu lernen und auch Grenzen setzen zu können, damit sich Menschen mit geistiger Behinderung schützen können. Um Grenzen setzen zu können, müssen sie diese aber auch kennen (vgl. Bosch & Suyerbuyk 2006).

Viele Menschen mit geistiger Behinderung haben ein negatives Selbstbild, daher ist von hoher Bedeutung, ihr Selbstbewusstsein und ihre Selbstbehauptung präventiv zu fördern. Dadurch sollen sie befähigt werden, ihren eigenen Willen zu äußern und sich nicht durch Druck zu Handlungen zwingen zu lassen (vgl. Bosch & Suyerbuyk 2006). Sinnvoll ist es, Kompetenzen zu vermitteln, wie Bestimmungsrecht über den eigenen Körper, Nein-Sagen-Können, unterscheiden können zwischen „guten“ und „schlechten“ Berührungen und auf die eigene Intuition vertrauen zu können.

Menschen mit geistiger Behinderung müssen sich ihrer sexuellen Selbstbestimmung bewusst werden. Dazu sind beispielsweise Rollenspielen oder wiederholte Übungen, welche Körperteile durch welche Personen berührt werden dürfen, hilfreich (vgl. Achilles 2002).

Grundsätzlich können alle Menschen mit Behinderungen **Sexualassistenz und Sexualbegleitung** in Anspruch nehmen. Unter Sexualassistent werden Unterstützungshandlungen verstanden, die Menschen mit geistiger Behinderung bei der Entwicklung und Gestaltung ihrer Sinnlichkeit und Sexualität unterstützen sollen. Die Sexualassistenz ist in ihrer Erscheinungsform sehr vielfältig, dennoch lässt sich zwischen der aktiven und passiven Assistenzformen unterscheiden (vgl. Hierholzer 2014).

Die **passive Sexualassistenz** beinhaltet, dass konkrete Voraussetzungen für die Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität geschaffen werden. Hierzu zählen unter anderem sexualpädagogischen Angebote, die Informationsvermittlung über Sexpraktiken oder auch die Hilfestellung, um Selbstbefriedigung zu ermöglichen. Beispielhaft ist zudem die Beschaffung von Materialien und Hilfsmitteln, wie Sexspielzeug, pornografisches Filmmaterial, Vibratoren und Verhütungsmitteln. Möglich ist auch die Kontaktvermittlung zu sexuellen Dienstleistern oder Körperkontakte für behinderte Paare untereinander zu eröffnen (vgl. Hierholzer, 2014; Achilles 2002).

Dahingehend werden unter **aktiver Sexualassistenz** *„(...) alle Formen und Unterstützungen verstanden, bei denen AssistentInnen in eine sexuelle Situation handelnd einbezogen sind, z.B. durch manuelle Hilfe zur Selbstbefriedigung, das praktische Ausprobieren eines Hilfsmittels oder die Assistenz für Paare, die miteinander Sex haben wollen“* (Krott & Walter 2007, S.308). Das heißt, es wird mit dem Behinderten aktiv eine sexuelle Begegnung gestaltet. Krott und Walter weisen darauf hin, dass zu externen Assistenten geraten wird, die nicht im direkten Pflege- oder Betreuungskontakt zum Betroffenen stehen (vgl. ebd.).

Da es sich um eine bezahlte sexuelle Dienstleistung handelt, sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass es sich bei der aktiven Sexualassistenz nicht um Prostitution handelt. Sexualassistenten werden extra geschult, müssen sich mit Besonderheiten von Behinderungen auskennen und reflektieren ihre Arbeit professionell. Diese Form der Assistenz ist im Sinne der „Befähigung“ des behinderten Menschen zu verstehen, damit dieser die Möglichkeit einer individuellen Ausdrucksmöglichkeit der eigenen Sinnlichkeit eröffnet bekommt. Was



die Sexualbegleiter/ innen "vor Ort" im Einzelnen tun, bleibt ihnen selbst überlassen. Sexualität wird dabei als ganzheitliches Erlebnis verstanden, das sowohl Körper, Seele und Geist umfasst. Zum Beispiel sorgen sie für eine angenehme Atmosphäre, streicheln, umarmen, führen erotische Massagen durch, geben Hilfestellung bei der Masturbation (vgl. Hierholzer 2014).

## **5.7 Zusammenfassung**

Für den wissenschaftlichen Terminus der sexuellen Gewalt liegt keine allgemeingültige Definition vor. Fachleuten nehmen eine Unterteilung in enge und weite Definitionen vor. Sexuelle Gewalt bedeutet jedoch stets einen massiven Einschnitt in die sexuelle Selbstbestimmung eines Individuums. Es handelt sich immer um sexuelle Handlungen, die nicht im gegenseitigen Einverständnis stattfinden.

Trotz der unzureichenden Datenlage, gibt es viele ernst zu nehmende Hinweise, die darauf hindeuten, dass Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände und der strukturellen Rahmenbedingungen der Wohnheime sind sie verstärkt Grenzüberschreitungen ausgesetzt. Um ihren Alltag in den Wohnheimen zu organisieren, sind sie in der Regel auf Unterstützung und Hilfe angewiesen. Allerdings tragen vor allem diese körperlichen und sozialen Abhängigkeitsverhältnisse dazu bei, dass sie erhöht gefährdet sind und „ideale Opfer“ darstellen. Weitere Risikofaktoren sind u.a. Verständigungsschwierigkeiten, Distanzlosigkeit, eine mangelnde oder fehlende Sexualaufklärung, Isolation und wenig eigenständige Außenkontakte. All dies wird von manchen Tätern wissentlich genutzt. Potentielle Täter stammen aus dem Nahbereich des geistig Behinderten. Es kann auch vorkommen, dass Mitarbeiter einer Wohneinrichtung das Betreuungsverhältnis ausnutzen und zum Täter werden. Die Gewalttaten werden nur selten aufgedeckt, da viele Menschen mit geistiger Behinderung kaum in der Lage sind über Geschehenes zu sprechen. Sei es, weil ihr Grad der Behinderung es nicht zulässt oder weil der Täter mit schlimmen Konsequenzen gedroht hat. Daher sind vielfältige Präventionsmaßnahmen auf verschiedenen Ebenen umso wichtiger.

## 6. Empirische Sozialforschung

Die **empirische Sozialforschung** bezeichnet, die von den Sozialwissenschaften benutzen, Methoden und Verfahren zur "*systematischen Erfassung und Deutung sozialer Erscheinungen*."

**Empirisch** bedeutet, dass *theoretisch formulierte Annahmen an spezifischen Wirklichkeiten überprüft werden*" (Atteslander 2003, S.5). Das bedeutet, dass theoretische Annahmen über soziale Sachverhalte in Untersuchungen überprüft werden. Dazu wird ein bestimmter Ausschnitt sozialer Verhältnisse aus der Realität erfasst, indem eine ausgewählte Methode angewendet wird.

Die Methoden der empirischen Sozialforschung müssen bestimmten Kriterien der Wissenschaftlichkeit erfüllen. Es wird u.a. eine Objektivität angestrebt sowie die Nachvollziehbarkeit durch Dritte (vgl. ebd.). Demnach soll das Erfassen der Daten frei von Neigungen und Fähigkeiten des Forschers sein. Vielmehr müssen die einzelnen Schritte der Erforschung sowie ihre Deutung durch Dritte nachvollziehbar und kontrollierbar sein.

Die empirische Forschung lässt sich allgemein in die quantitativen und qualitativen Methoden unterteilen (vgl. Gläser & Laudel 2009). Bei der quantitativen Forschung werden standardisierte Verfahren mit standardisierten Fragen und Antwortmöglichkeiten verwendet. Bei den **qualitativen Forschungsmethoden** hingegen werden offene Verfahren angewendet. Es werden nur kleine Stichproben genommen und die Fragen möglichst offen formuliert (vgl. ebd.).

Im Rahmen meiner Bachelor- Arbeit habe ich mich für die qualitative Methode in Form eines Experteninterviews entschieden, da diese Raum für Offenheit, Flexibilität und Vielfältigkeit der Antworten lässt. Ein entscheidender Vorteil dieser Methode ist, dass ich meine Fragen möglichst offen formulieren kann, um somit Freiheit für vielfältige Antwortmöglichkeiten zu geben. Die Befragten können frei antworten und kriegen keine von mir vordefinierten Antworten, aus denen sie auswählen können. Ein weiterer Vorteil eines Experteninterviews liegt in der hohen Zustimmungsquote und einer großen Kooperation der Befragten (vgl. ebd.) Zudem erscheint mir diese Form der Datenerhebung als sinnvoll, da ich nur eine kleine Stichprobe befrage. Auf diese Weise nehme ich den einzelnen Fall als analytischen Bezugspunkt.

## 6.1 Methode: Experteninterview

Das Experteninterview ist eine qualitative Erhebungsmethode, die am Wissen eines Experten interessiert ist. Unter dem Begriff **Experte** verstehen die Autoren Gläser und Laudel "*Menschen, die über besonderes Wissen verfügen, welches sie auf Anfrage weitergeben können*" (Gläser & Laudel 2010, S.11). Es geht demnach um ein Interview, in dem der Befragte als Spezialist fungiert. Interviewpartner kann jeder Mensch sein, der über Spezialwissen, hinsichtlich des zu erforschenden sozialen Sachverhaltes, verfügt.

Es lässt sich zwischen einem stark strukturierten, teilstrukturierten und wenig strukturierten Interview unterscheiden (vgl. Atteslander 2003). Das Experteninterview im Rahmen dieser Arbeit ist eine teilstrukturierte Befragung. Dabei handelt es sich um eine Interviewform, die ohne Antwortvorgaben arbeitet, sich an einem Gesprächsleitfaden orientiert und den Befragten weitestgehend Freiheit bei den Antwortäußerungen lässt (vgl. ebd.) Die Grundlage meines Interviews bildet demgemäß eine Leitfaden, also eine Liste mit vorformulierten Fragen, die ich von vornerein stellen möchte (vgl. Anlage I). Jedoch bildet dieser Fragebogen eher eine Orientierung, damit die forschungsrelevanten Fragen nicht vergessen werden. Vorteil dabei ist, dass mein entwickelter Leitfaden durchaus von dem geplanten Gesprächsverlauf abweichen kann, wenn es die Interviewsituation erfordert. Die teilstrukturierte Befragung bietet mir die Möglichkeit, dass die Abfolge meiner Fragen offen ist und ich Themen, die sich aus dem Gespräch ergeben, aufgreifen kann.

Gegenstand meiner Untersuchung ist das von dem „Einzelnen“ formulierte Expertenwissen. Ziel meiner Untersuchung war herauszufinden, wie die Sicht des Personals auf den institutionellen Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt von Menschen mit geistiger Behinderung ist. Bei der Konstruktion meines Fragebogens versuchte ich Fragen nach den Themenschwerpunkten Sexualität, sexuelle Selbstbestimmung und Sexuelle Gewalt zu erstellen.

## 6.2 Setting

Meine Datenerhebung erfolgte in Form mündlicher Interviews von zwei Mitarbeiterinnen, die im Paritätischen Regenbogenhaus in Magdeburg arbeiten. Diese verfügen über spezifisches Wissen, da sie in einem Wohnheim für Menschen

mit geistigen und mehrfachen Behinderungen arbeiten und somit über praktische Erfahrungen verfügen. Die Befragung wurde von mir mit einem Tonaufnahmegerät aufgenommen, um anschließend eine vollständige Transkription des Gesprächsverlaufs zu erstellen.

Als erstes führte ich am 30.12.2014 um 14.30Uhr ein Interview mit Fr. K. durch, welches im Konferenzraum des Regenbogenhauses stattfand. Fr. K. ist eine ausgebildete Heilerziehungspflegerin, die seit 15 Monaten auf dem Wohnbereich 1 ihre Arbeit ausübt (vgl. Anlage III).

Als zweite Interviewpartnerin entschied ich mich für Fr. N., die seit mehr als sechs Jahren auf dem Wohnbereich 6/7 arbeitet. Die Befragung mit ihr fand am 06.01.2015 um 13.15Uhr ebenfalls im Konferenzraum statt (vgl. Anlage II).

Beide reagierten positiv auf meine Frage, ob sie sich für dieses Interview bereit erklären würden und willigten sofort ein. Den Interviewort wählten wir gemeinsam aus. Dieser erschien uns gut geeignet, da dort das Risiko einer Störung gering war.

### 6.3 Ergebnisse

Durch die Interviews konnte ich einen Eindruck von subjektiven Meinungen von zwei Mitarbeiterinnen gewinnen. Im Folgenden möchte ich die Ergebnisse der Interviews zusammentragen. Dabei habe ich die Rohdaten meiner Interviewprotokolle mithilfe der qualitativen Auswertungsmethode „Kodierung“ ausgewertet. Beim kodierenden Vorgehen werden Textpassagen kodiert, indem Textstellen bestimmte Kategorien zugeordnet werden. Auf diese Weise werden relevante Themen des Interviews herausgegriffen und interpretiert (vgl. Gläser & Laudel 2010).

Die erste Kategorie beschäftigt sich mit dem Thema der **Sexualität** von Menschen mit geistiger Behinderung. Für beide Interviewpartnerinnen stellt Sexualität etwas Umfassendes, Vielfältiges dar und umfasst mehr, als nur den reinen Geschlechtsakt. Fr. K. assoziiert Sexualität mit Liebe. Sie äußerte: *„Wenn ich das Wort Sexualität höre, verbinde ich das als Erstes mit Liebe, weil die für mich persönlich dazugehört“* (vgl. Anlage III). Fr. N. verbindet damit Berührungen, Küssen und Kuseln. Den Aussagen beider zu urteilen, könnte festgehalten werden, dass Sexualität für einen Menschen etwas emotional Grundlegendes darstellt.

Auf die Frage, wie wichtig Sexualität in Leben eines Menschen mit geistiger Behinderung ist, findet sich in den Antworten beider Gesprächspartner eine

Übereinstimmung. Beide denken, dass kein Unterschied zu Menschen ohne Behinderung gemacht werden sollte. Für Menschen mit geistiger Behinderung stellt Sexualität ebenfalls ein natürliches Bedürfnis dar und ist genauso wichtig. Einig sind sich die beiden Mitarbeiterinnen auch darin, dass die Sexualität der Bewohner im Regenbogenhaus nicht verboten wird und auch kein Tabuthema ist. Jedoch wendet Fr. N. ein, dass noch zu wenig für die Bewohner ermöglicht wird, damit diese ihre Sexualität ausleben können.

Die nächste Kategorie greift das Thema der **sexuellen Selbstbestimmung** auf. Beide stehen dem Thema sehr offen und aufgeschlossen gegenüber.

Für Fr. N. äußert sich sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung darin, dass sie sich nicht schämen müssen, sondern selbst über ihre Sexualität frei entscheiden können, beispielsweise wann, wo, wie und mit wem sie diese ausleben. Einig sind sich Fr. N. und Fr. K. darin, dass die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung nicht verboten werden sollte. Vielmehr äußert sich eine selbstbestimmte Sexualität darin, dass den Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen Rechte zugesprochen werden, wie sie auch die Nichtbehinderten beanspruchen.

Fr. K. konnte die Fragestellung, ob sich in der Zeit, in der sie in der Behindertenhilfe arbeiten, Fortschritte oder Veränderungen ergeben haben, nicht beantworten. Sie arbeitet erst seit gut einem Jahr in diesem Bereich und kann daher keine Einschätzung treffen. Fr. N. kann einen Zeitraum von sechs Jahren einschätzen. Sie findet, dass es kleine Fortschritte gab, die jedoch noch ausbaufähig sind. Sie schätzt ein, dass sich die gesellschaftlichen Einstellungen zur Sexualität im Allgemeinen verändert haben und die Toleranz größer geworden ist. Dadurch haben sich die Ansichten im Wohnheim auch gelockert.

In der Umsetzung von sexueller Selbstbestimmung sieht Fr. K. eine Schwierigkeit darin, dass der Bewohner keinen Sexualpartner finden könnte. Auch äußerte sie, dass ihnen möglicherweise das Wissen, wie Sexualität gelebt werden kann, fehlt. Fr. N. sieht eine Grenze darin, dass das Personal unterschiedliche Standpunkte hinsichtlich der sexuellen Selbstbestimmung haben könnte. Einige Mitarbeiter könnten möglicherweise nicht unterstützend mitwirken.

Beide sind der Meinung, dass die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner vom Mitarbeiter abhängig ist. Es kommt immer darauf an, wie offen dieser damit umgeht und welche persönlichen Einstellungen der Mitarbeiter hat. Da die Bewohner in

einem Abhängigkeitsverhältnis zum Personal leben und auf Unterstützung angewiesen sind, haben die einzelnen Mitarbeiter dementsprechend auch Be- und Einflussmöglichkeiten.

Fr. N. befürwortet ein Mitspracherecht seitens der Bewohner, da diese ein Recht auf eine Sexualität haben. Sie hat allerdings schon erfahren müssen, dass nicht alle Kollegen diese Ansicht vertraten. Fr. N. erzählt von einem Kollegen, der die Sexualität der Bewohner unterbinden wollte, solange sich diese fortpflanzen könnten.

Für einen gelungenen Umgang mit der Sexualität der Bewohner können beide Gesprächspartner auf Anheb Beispiele nennen. Fr. N. erzählt von einem Paar im Wohnheim. Sie hat versucht die Partnerschaft zu unterstützen, indem sie mit den Beiden geschaut hat, was diese als Paar alles unternehmen könnten. Sie hat sich als Ansprechpartner angeboten, um zum Beispiel über Gefühle zu reden.

In der nächsten Frage ging es darum, was sich die Befragten für die Verwirklichung der sexuellen Selbstbestimmung im Wohnheim wünschen würden. Fr. N. wünscht sich mehr Aufklärungsarbeit. Regelmäßige Aufklärungskurse und Aufklärungsmaterialien für die Bewohner würde Fr. K. gut finden.

Die dritte Kategorie beinhaltet den Komplex der **Homo- und Transsexualität**.

Ich stellte die Frage, ob die Themen Homo- oder Transsexualität im Regenbogenhaus schon einmal eine Rolle spielten. Fr. K. äußert, dass es einige Bewohner gibt, die homo- oder transsexuell sind. Es wird dahingehend aber kein Unterschied gemacht, sondern mit ihnen in gleicher Art und Weise umgegangen, wie mit den anderen Bewohnern auch. Fr. N. kennt selbst keinen Fall. Sie hat lediglich von einer Vermutung gehört, dass es im Wohnheim einmal ein homosexuelles Pärchen gab. Sie denkt nicht, dass homosexuelle Paare verboten werden würden, aber gefördert wohl wiederum auch nicht.

Beide erzählen bezüglich der Transsexualität von einem Bewohner, der sich gerne Frauenkleidung- und schuhe anzieht. Das wird von den Mitarbeitern toleriert und sogar gefördert. Er bekommt öfters Frauenschuhe geschenkt, da er sich diese auch wünscht.

In dieser Kategorie geht es um den Bereich der **Selbstbefriedigung**.

Die Frage, ob sich die Bewohner selbstbefriedigen, bejahen beide Befragten. Fr. N. sagt, dass es für die geistig Behinderten oftmals die einzige Möglichkeit darstellen

würde, da sie überwiegend keinen Partner haben. Fr. K. vermutet, dass über die Hälfte der Bewohner sich selbstbefriedigt. Sie findet dies in Ordnung, da diese in der Regel auch keinen Sexualpartner haben.

Als nächstes wird erfragt, wie seitens des Personals damit umgegangen wird. Fr. K. antwortet, dass das Personal damit offen umgeht und dies akzeptiert. Fr. N. schildert, dass es im Großen und Ganzen Akzeptanz findet. Allerdings wendet sie ein, dass es immer vom jeweiligen Mitarbeiter abhängig ist. Manche würden es eklig finden. Sie sagt, dass die Behinderten sich eher selbstbefriedigen, wenn sie alleine sind. Bewohner, die dazu nicht in der Lage sind, werden übergangen.

Wenn Fr. K. auf einen Bewohner treffen würde, der sich selbstbefriedigt, würde sie sich entschuldigen und das Zimmer wieder verlassen. Sie würde ihm seine Privatsphäre einräumen. Allerdings wendet sie ein, dass es darauf ankommt, wo die Selbstbefriedigung stattfindet. Wenn der Bewohner beispielsweise im Gruppenraum im Beisein anderer masturbiert, würde sie ihn bitten dies in seinem Zimmer fortzuführen. Sie möchte nicht, dass sich die anderen Bewohner gestört fühlen. Fr. N. würde dem Bewohner ebenso Ruhe und Zeit geben und den Raum verlassen.

Die nächste Kategorie greift die Themen **Partnerschaft** und **Verhütung** auf.

Fr. N. befürwortet eine Partnerschaft zwischen den Bewohnern oder falls der geistig Behinderte außerhalb der Einrichtung einen Partner hat. Sie findet es schön, wenn der Bewohner einen Partner hat, der ihm Liebe und Zuneigung geben kann. Fr. K. sieht dies genauso. Sie betont in diesem Zusammenhang, dass die Partnerschaft von beiden Seiten gewollt sein muss.

Auf die Frage, wie die Bewohner verhüten, reagieren beiden mit Unsicherheit. Fr. K. ist sich nicht sicher. Sie weiß davon, dass eine weibliche Bewohnerinnen die Pille nehmen. In ihrer Wohngruppe gibt es allerdings keinen Bewohner der sexuelle Kontakte hat. Aus diesem Grund war das Thema Verhütung bislang nicht aktuell. Fr. N. ist bekannt, dass es Bewohnerinnen gibt, die die Pille nehmen. Sie kennt keinen Bewohner, der mit Kondom verhütet. Sie selbst habe noch nie ein Kondom verteilt. Auf meinen Einwand, dass Kondome nicht nur vor Schwangerschaft schützt, sondern auch vor Geschlechtskrankheiten, kommentiert sie wie folgt: *„Ja das stimmt schon. Aber ich würde da ja von den anderen Mitarbeitern komisch angeguckt werden, wenn ich auf einmal welche verteilen würde: Aber ändern müsste sich da wohl schon was“* (vgl. Anlage II).

Auf die genauere Nachfrage, welches Mitspracherecht die Bewohner bei der

Auswahl des Verhütungsmittels haben, antwortet Fr. N., dass die geistig Behinderten in der Regel nicht von allein auf die Mitarbeiter zukommen. In einigen Fällen würde die Gynäkologin die Pille verschreiben, beispielsweise wenn Menstruationsbeschwerden vorliegen oder für einen geregelten Zyklus.

Diese Kategorie bezieht sich auf die **Sexuelle Gewalt**.

Ich frage beide Mitarbeiterinnen, wo für sie sexuelle Gewalt anfängt.

Fr. N. gibt folgende Antwort: *„Oh je, schwere Frage. Also ich denke, dass es da um Handlungen oder Berührungen geht, die nicht gewollt sind. Po, Brüste, Intimbereich anfassen, wenn das nicht gewollt ist. Vor allem geistig Behinderte tolerieren wahrscheinlich mehr, als Menschen ohne Behinderung, weil sie nicht wissen dass sie auch nein sagen können. Ich glaube viele Bewohner wissen gar nicht wirklich, dass sie das Recht haben „nein“ zu sagen“* (vgl. Anlage II).

Für Fr. K. fängt sexuelle Gewalt *„[...] bereits bei verbalen Belästigungen an. Oder nicht gewollte Berührungen durch jemand anderes. Natürlich das Schlimmste ist die Vergewaltigung“* (vgl. Anlage III).

Fr. K. kennt im Regenbogenhaus keinen Fall, in dem ein Bewohner Opfer sexueller Gewalt wurde. Fr. N. hat zwar nie selbst einen Fall miterlebt, aber kennt von den Erzählungen ihrer Kollegen von einigen Fällen.

Ich erfrage weiterhin, was die Beiden denken, warum Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind. Fr. N. sieht ein Gefahrenpotential in der höheren Angreifbarkeit und Manipulierbarkeit. Sie erklärt, dass diese oft gar nicht wissen, was „okay“ ist und was nicht bzw. dass sie sich wehren dürfen. Sie stellt fest, dass die Menschen mit geistiger Behinderung auf andere Menschen angewiesen sind. Zudem denkt sie, dass diese leichter zu bestechen sind und auch mehr tolerieren. Im fehlenden Wissen sieht sie eine weitere Gefahrenquelle, da die geistig Behinderten sich infolgedessen nicht adäquat schützen können. Als Risikofaktoren sieht Fr. K. fehlende Ausdrucks- und Kommunikationsschwierigkeiten, Unwissenheit und die Wehrlosigkeit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Mich interessiert, welche Auswirkungen von sexueller Gewalt beide kennen bzw. möglicherweise bei einem Bewohner bereits beobachten konnten. Fr. K. kann dies nur erahnen. Sie vermutet, dass diese in sich gekehrt, verängstigt sein könnten oder sogar aggressives Potential entwickeln. Fr. N. schildert in diesem Zusammenhang ein konkretes Fallbeispiel von einer weiblichen Gastaufnahme von der bekannt war,



dass sie bereits Opfer sexuellen Missbrauchs wurde. Diese ließ sich beispielsweise Pflegemaßnahmen ausschließlich durch weibliches Personal zu und war bei dem männlichen Mitarbeitern sehr verschlossen.

Als potentielle Täter sieht Fr. N. in erster Linie in den Bewohnern selbst. Das heißt, dass diese untereinander übergriffig werden. Sie vermutet in diesem Zusammenhang, dass fehlendes Wissen dazu beitragen kann. Ihrer Meinung nach können auch Mitarbeiter zu Tätern werden. Allerdings denkt sie, dass dies schwer nachzuweisen ist und Kollegen untereinander sehr vorsichtig mit Anschuldigungen sind. Fr. K. begrenzt sich bei der Beantwortung auf Bewohner untereinander, wobei sie vom „*Stärkeren*“ spricht.

Des Weiteren frage ich, wie mit der Problematik sexuelle Gewalt auf institutioneller Ebene umgegangen wird, ob es tabuisiert wird. Fr. K. findet, dass es kein Tabuthema ist. Im Gegenteil, das Personal ist in dieser Hinsicht achtsam. Fr. K. äußert, dass in der Einrichtung zudem Flyer zu dieser Thematik ausliegen. Fr. N. antwortet, dass es nicht direkt ein Tabu ist, aber darüber eher nicht geredet wird. Sie vermutet folgendes: *„Ganz ehrlich, gerade nach außen, wird glaube schon viel vertuscht. Das Heim soll ja nicht schlecht dastehen. Manchmal kommt es mir so vor, als wenn am liebsten das Wunschdenken von der Leitung aus besteht, dass so etwas wie sexuelle Gewalt in ihrer Einrichtung nicht gibt“* (vgl. Anlage II).

Die letzte Kategorie greift das Thema **Prävention** auf.

Die Befragten wird die Frage gestellt, welche Maßnahmen zur Prävention es in der Einrichtung gibt. Fr. N. äußert, dass so etwas kaum stattfindet. Wenn dann geht es bei Weiterbildungen um andere Themen. Laut Fr. K. finden Gesprächsrunden statt. Wenn das Personal einschätzt, dass Aufklärungsbedarf seitens der Bewohner besteht, wird diese durchgeführt.

Fr. N. schätzt den Stand der Sexualaufklärung als zu wenig ein. Fr. K. empfindet den Aufklärungsstand als gut ein.

## **6.4 Diskussion**

Das Experteninterview, als Methode der empirischen Sozialforschung, hatte das Ziel, Aussagen über die soziale Wirklichkeit zu ermitteln. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass meine gewonnenen Daten lediglich einen kleinen Ausschnitt aus der sozialen Wirklichkeit darstellen. Ich habe im Rahmen meiner Arbeit lediglich

zwei Mitarbeiterinnen, die in einem Wohnheim für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung arbeiten, befragt. Dies stellt selbstverständlich nur eine sehr kleine Stichprobe dar. Es handelt sich hierbei um subjektive Sichtweisen der Befragten und auch meine Subjektivität, von mir als Forscherin, fließt in den Erkenntnisprozess mit ein. Aus diesem Grund entsprechen die gewonnenen Daten und Erkenntnisse nicht dem Kriterium der Repräsentativität. Dazu wäre ein viel größerer Stichprobenumfang von Nöten. Zumal an dieser Stelle auch bemerkt sei, dass ich zum ersten Mal eine empirische Sozialforschung in Form eines Experteninterviews betrieben habe. Damit möchte ich sagen, dass mir sicherlich dazu umfangreiches und vertieftes Wissen und auch Routine fehlt, um repräsentative Ergebnisse zu gewinnen.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens ist mir schnell bewusst geworden, dass dazu theoretische Vorkenntnisse zum Forschungsgebiet unabdingbar sind. Die Erstellung der Fragen fiel mir aufgrund der vorherigen thematischen Auseinandersetzung nicht schwer. Im Nachhinein bin ich mit den, von mir entwickelten, Fragen zufrieden. Diese ermöglichten mir, zwei umfangreiche Sichtweisen von den Befragten zu erlangen. Der Vorteil des Interviewleitfadens lag für mich darin, dass die Fragen mir das Gefühl von Sicherheit, bei der Durchführung des Interviews, gegeben haben. Jedoch muss ich kritisch einwenden, dass ich reflektierend festgestellt habe, dass ich mir sehr stark an den Leitfaden gehalten habe. An mancher Stelle wäre es sinnvoll gewesen Aussagen der Gesprächspartner genauer zu hinterfragen. Hätte ich mich weniger an mein Leitfaden festgehalten, wäre mir dies möglicherweise besser gelungen.

Es ist wichtig, die Fragen in einem Experteninterview sorgfältig aufzustellen. Von der Formulierung und Vorgehensweise hängt viel ab. Im Nachhinein kann ich sagen, dass meine Fragen verständlich formuliert waren und keiner meiner Befragten Schwierigkeiten hatte, diese inhaltlich zu verstehen. Ich habe bewusst zuletzt die Fragen zur sexuellen Gewalt aufgegriffen, da ich diesen Themenbereich für den sensibelsten und emotionsbesetztesten Abschnitt meines Interviewleitfadens halte. In der Literatur wird dazu geraten, die entscheidenden Fragen nicht gleich zu Beginn einer Befragung zu stellen, um somit erst einmal einen allgemeinen Bezugskontakt herzustellen. Der Befragte benötigt in der Regel einige Fragen als Anlaufphase, um sich in das Interviewgeschehen einzugewöhnen (vgl. Atteslander 2003). Bei der Formulierung der Fragen habe ich darauf geachtet, dass diese möglichst offen und zudem keine Suggestivfragen enthalten sind. Auf diese Weise ich meinen beiden

Interviewpartnerinnen Raum zum Sprechen gegeben. Beide hatten keine Schwierigkeit sich ins Interviewgeschehen einzugewöhnen.

Fr. N. und Fr. K. beschreiben den Begriff Sexualität umfangreich. Es wird deutlich, dass die Beiden in der menschlichen Sexualität mehr als den reinen Geschlechtsakt sehen. Dies geht konform mit der Begriffsbeschreibung in der Literatur. U.a. wird dort die zwischenmenschliche Ebene betont. Diesen Aspekt der Sexualität findet sich in der Beschreibung von Fr. K. wieder. Sie persönlich verbindet Sexualität mit Liebe. In Übereinstimmung vertreten beide die Sichtweise, dass die Sexualität für Menschen mit geistiger Behinderung genauso wichtig ist, wie für andere Menschen auch. Eine weitere Gemeinsamkeit besteht bei den Beiden darin, dass sie für die selbstbestimmte Sexualität der Bewohner offen sind und diese auch dementsprechend gestalten möchten.

Es werden allerdings in einigen Hinsichten gravierende Unterschiede deutlich. Fr. K. empfindet, dass mit der Sexualität der Bewohner in der Einrichtung offen umgegangen wird und die sexuelle Selbstbestimmung gefördert wird. Sie sagt, dass sie homosexuelle Pärchen kennt, die im Regenbogenhaus leben. Auch ist ihr kein Fall bekannt, in dem ein Bewohner Opfer sexueller Gewalt wurde. Fr. K. schätzt den Aufklärungsstand der Bewohner als ausreichend ein und macht die Aussage, dass in der Institution Präventionsmaßnahmen bezüglich sexueller Gewalt stattfinden.

Im Kontrast dazu, ist Fr. N. kein homosexuelles Paar bekannt. Sie sieht eine starke Abhängigkeit vom jeweiligen Mitarbeiter und der Toleranz hinsichtlich der Sexualität der Bewohner. Nach ihren Aussagen zu urteilen, sind die Standpunkte und Einstellungen der Mitarbeiter sehr unterschiedlich. Es gibt einige, die offen damit umgehen und die sexuelle Selbstbestimmung unterstützen. Wiederum gibt es Mitarbeiter, die dies nicht tun und es zum Beispiel eklig finden, wenn sich ein Bewohner selbstbefriedigt. Weiterhin sind Fr. N. Fälle bekannt, in denen Bewohner der Einrichtung Opfer sexueller Gewalt wurden. Sie schätzt den Aufklärungsstand der geistig Behinderten, die im Regenbogenhaus leben, als nicht ausreichend ein. Im Gegenteil, sie findet, dass die Bewohner größtenteils über viel zu wenig Wissen verfügen und dadurch Gefahren ausgesetzt sind. Mangelndes Wissen trägt ihrer Meinung dazu bei, dass sich viele Bewohner gar nicht zu schützen wissen. Die Mitarbeiterin Fr. N. schildert, dass kaum Prävention stattfindet, beispielsweise finden Weiterbildungen für die Mitarbeiter eher zu anderen Themen statt. In Widerspruch dazu steht die Aussage von Fr. K., dass im Wohnheim sogar Flyer zum Thema sexuelle Gewalt ausliegen.

Fraglich ist, warum sich Fr. K. mehr Aufklärungsarbeit und Aufklärungsmaterialien wünscht, um die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner besser zu gestalten, wenn sie doch im Grunde den Aufklärungsstand als ausreichend einschätzt. Es ist fraglich, woher diese Unterschiede bezüglich der Antworten zwischen den beiden Interviewten kommen. Fr. K. arbeitet erst seit gut einem Jahr im Regenbogenhaus. Fr. N. bereits seit sechs Jahren. Damit hat sich zumindest länger Erfahrungen in der Einrichtung sammeln können. Beide arbeiten zudem auf unterschiedliche Wohnbereiche. Dennoch kommen mir persönlich bei manchen Antworten von Fr. K. Zweifel auf. Sicherlich ist es ihre subjektive Wahrheit, die ich nicht abstreiten möchte. Allerdings bin ich selbst seit mehr als einem Jahr im Regenbogenhaus beschäftigt und habe selbst erfahren, dass auf ihrem Wohnbereich sexuelle Übergriffe auf Bewohner stattgefunden haben. Es bleibt jedoch die Frage, warum Fr. K. aussagt, von keinem Fall zu wissen. Hat sie es verdrängt? Weiß sie es wirklich nicht? Oder hat sie vielleicht Sorge, dass ihre Aussagen nicht vertraulich und anonym behandelt werden und macht daher bewusst falsche Aussagen? Der Autor Atteslander macht darauf aufmerksam, dass es öfters vorkommen kann, dass Fragen bewusst falsch beantwortet werden, weil beim Befragten individuelle oder soziale Hemmschwellen bestehen (vgl. Atteslander 2003). Möglicherweise hätte ich an einigen Stellen gezielter nachfragen sollen.

Da ich lediglich zwei weibliche Mitarbeiterinnen befragt habe, wäre es interessant, wie ein männlicher Mitarbeiter der Einrichtung die Fragen beantworten würde. Zudem habe ich zwei recht junge Mitarbeiterinnen befragt (unter 30 Jahre). Interessant wäre es zudem, wie eine Personalkraft auf die Interviewfragen reagieren würde, die zum einen schon älter ist und zum anderen länger im Regenbogenhaus arbeitet. Vor Ort gibt es Mitarbeiterinnen, die bereits seit etwas zwanzig Jahren. Spannend wäre es auch deren Wissen und Erfahrungen zu erfragen.

Da ich selbst in der Wohneinrichtung tätig bin, kann im Rahmen meines Interviews Vor- und Nachteile haben. Möglicherweise wäre es sinnvoller gewesen, meine Befragung in eine mir unbekannte Wohneinrichtung durchzuführen, wo ich selbst niemanden kenne und auch keine subjektiven Einstellungen bereits entwickelt habe, da ich selbst involviert bin. Vielleicht hat es einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen gehabt, dass die Mitarbeiterinnen mich als ihre Kollegin kannten. Vorteil ist für mich wiederum, dass ich die Antworten kritischer beurteilen kann, da ich die Gegebenheiten vor Ort kenne.

Mein Interview führte ich in einer Einrichtung durch, die keinen kirchlichen Träger

unterliegt. Eine Vielzahl von Menschen mit geistiger Behinderung lebt jedoch in Wohneinrichtungen kirchlicher Träger. Interessant wäre es, in einem weiteren Interview zu untersuchen, inwieweit Unterschiede zwischen der Sicht der Mitarbeiter auf die sexuelle Selbstbestimmung und Sexualität von Bewohnern vorherrschen. Haben die Mitarbeiter kirchlicher Träger möglicherweise noch eine konservativere Sicht auf Sexualität? Herrschen andere Moralvorstellungen vor bzw. inwieweit ist der Umgang mit der Sexualität von den konfessionsgeprägten Konzeptionen der Einrichtungen abhängig? Fakt ist, dass die Themen der selbstbestimmten Sexualität und der sexuellen Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung noch viel Forschungspotential offen haben.

## 7. Schlussbemerkung

In dieser Arbeit habe ich mich mit einer Personengruppe auseinandergesetzt, die mir persönlich am Herzen liegt, nämlich Menschen mit geistiger Behinderung. Ich habe sehr intime und sensible Themenbereiche aufgegriffen, die aber im Leben dieser Personen von hoher Bedeutung sind und ich es als wichtig erachte, dass ins Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt werden. Oftmals herrscht in unserer Gesellschaft noch immer ein negatives Menschenbild von ihnen vor, obwohl die Zeit der Defizitorientierung längst überholt ist. Menschen mit einer geistigen Behinderung stellen keine homogene Personengruppe dar, über die sich verallgemeinernde Aussagen machen lassen. Jeder einzelne von ihnen stellt eine ganz eigene Persönlichkeit dar, mit individuellen Fähigkeiten und Eigenschaften. Wie jeder andere Mensch auch hat der geistig behinderte Mensch seine Stärken und Schwächen. In ihm vordergründig die geistige Behinderung zusehen und ihn infolgedessen zu stigmatisieren ist verkehrt. Die geistige Beeinträchtigung trägt lediglich dazu bei, dass er in seinem Leben oftmals auf Unterstützung und Hilfe angewiesen ist, dennoch bleibt er ein Mensch, wie jeder andere auch, Wir müssen uns bewusst werden, dass es vor allem gesellschaftliche Bedingungen sind, die zu weiteren Einschränkungen für den geistig Behinderten führen. Ich meine damit eine Reihe von gesellschaftlichen Normen, Erwartungen und Vorurteilen, denen Menschen mit geistiger Behinderung immer wieder begegnen, insbesondere wenn es um ihre Sexualität geht. In der vorliegenden Arbeit wurde der Frage nachgegangen, ob die menschliche Sexualität im Leben des geistig Behinderten genauso bedeutungsvoll ist. Diese Frage lässt sich mit einem ganz klarem „Ja“ beantworten. Es stellte sich heraus, dass jeder Mensch ein sexuelles Wesen ist. Menschen mit geistiger Behinderung durchlaufen genauso wie Nichtbehinderte sexuelle Entwicklungsphasen. Der einzige Unterschied äußert sich darin, dass sich in der psychosexuellen Entwicklung verschiedene individuelle Besonderheiten ergeben, während die körperliche Reifung altersentsprechend verläuft. Was aber nicht heißt, dass sie keine sexuellen Bedürfnisse hätten. Mit Sexualität sind verschiedene Funktionen verbunden, wie Lustfunktion, Sozialfunktion, Fortpflanzungsfunktion und Teil der Identitätsentwicklung. Für geistig behinderte Menschen stellt die Sexualität ebenso eine grundlegende Lebenskraft dar, die ihm hilft, sich selbst zu entdecken und zu entfalten, eine Identität zu entwickeln sowie zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen. Allerdings löst die Sexualität von

ihnen in der Öffentlichkeit häufig Unsicherheit hervor. Die Einstellungen sind völlig paradox und zeigen letztendlich nur, dass viel zu wenig Wissen darüber in der Gesellschaft vorhanden ist. Es kann doch nicht einerseits vom asexuellen Wesen ausgegangen werden, dem gar nicht erst eine Sexualität zugesprochen wird und gleichzeitig gelten sie als triebgesteuert und schamlos.

Meiner Meinung nach, sollte jeder Einzelne sich selbst einmal selbstkritisch hinterfragen, mit welchem Recht wir nach unseren eigenen ethisch-moralischen Vorstellungen über andere Menschen und ihr sexuelles Leben entscheiden dürfen? Inzwischen ist innerhalb der Behindertenarbeit die selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung allgemein akzeptiert. In den Wohnheimen für geistig behinderte Erwachsene wurden inzwischen Handreichungen und sexualpädagogische Konzeptionen entwickelt. Allerdings hapert es in der Realität oftmals noch an der Realisierung. Begleitung und Unterstützung sollten sich immer an den Bedürfnissen und Möglichkeiten des Einzelnen orientieren.

Da die sexuelle Selbstbestimmung eines Individuums eng in Verbindung zur sexuellen Gewalt steht, schloss mein Forschungsinteresse diesen Komplex mit ein. Ich stellte mir zu Beginn dieser Arbeit, die Frage, warum Menschen mit geistiger Behinderung scheinbar so oft Opfer sexueller Gewalt werden. Im deutschsprachigen Raum liegen bislang keine repräsentativen Studienergebnisse vor, die genaue Angaben zur Häufigkeit liefern. Allerdings sind sich die Forscher und Fachleute einig, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung besonders gefährdet sind. Ich denke allerdings, dass dies weniger auf die geistige Behinderung an sich selbst zurückzuführen ist, sondern vielmehr aus den Umständen, in denen diese leben, resultiert. Besonders in Wohnheimen sind sie täglich Grenzüberschreitungen gewohnt, allein schon hinsichtlich der Pflegemaßnahmen. Sie können häufig gar nicht zwischen einer einvernehmlichen Handlung und der Unterdrückung durch den Fremdwillen unterscheiden. Viele Faktoren begünstigen das hohe Gefahrenpotential. Strukturelle Rahmenbedingungen verunmöglichen den Menschen mit geistiger Behinderung den Erwerb eines Verhaltensrepertoires an selbstbestimmten „Nein-Sagen“. Dies wäre aber Voraussetzung für sie, um in der Lage zu sein, sich selbst zu schützen.

Die potentiellen Täter kommen aus dem Nahbereich des Opfers. Dazu können Mitarbeiter der Wohneinrichtung, Familienangehörige, Freunde, andere Bewohner, die Heimleitung oder auch Personen aus der Nachbarschaft zählen. Oftmals wird die geistige Behinderung bewussten benutzt, da die Gefahr der Aufdeckung sehr

gering ist. Umso wichtiger sind umfangreiche Präventionsmaßnahmen. Sexuelle Gewalt kann natürlich nicht durch Prävention aus der Welt geschafft werden. Aber es ist ein wichtiger Schritt, um dagegen anzugehen und das Ausmaß einzudämpfen. Gerade die Bewohner sind unzureichend informiert. Für sie ist eine kontinuierliche Sexualaufklärung von sehr hoher Notwendigkeit. Präventionsmaßnahmen sind aber auch auf der Ebene der Leitung und der Mitarbeiter unerlässlich.

Je länger ich mich im Rahmen dieser Arbeit mit den von mir gesetzten Schwerpunkten auseinander gesetzt habe, desto mehr ist mir bewusst geworden, dass es eine große Aufgabe und Herausforderung ist, den Menschen mit geistiger Behinderung so gut es geht wahrzunehmen und zu verstehen. Mich werden die Themen der selbstbestimmten Sexualität und der sexuellen Gewalt von Menschen mit geistiger Behinderung auch weiterhin beschäftigen. Mein Anliegen wird auch in Zukunft sein, mich für sie einzusetzen.

Abschließend möchte ich nochmals betonen, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein Recht auf einen offenen Umgang in Bezug auf Sexualität und Beziehungen haben. Sie müssen die Chance und Gelegenheit haben, sich entsprechend ihrer Möglichkeiten und Potentiale zu entfalten.



## 8. Verzeichnis des Materials

### Literaturverzeichnis

Achilles, I. (2005): *Was macht ihr Sohn denn da? Geistige Behinderung und Sexualität*. 4.Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag

Atteslander, P. (2003): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 10.Auflage. Berlin: de Gruyter

Bange, D. (2004): *Definitionen und Häufigkeit von sexuellem Missbrauch*. IN: Körner, W., Lenz, A. (Hrsg.): *Sexueller Missbrauch*. Göttingen: Hogrefe Verlag, S.29-37

Bargfrede, S., Blanken, I., Pixa-Kettner, U. (1997): *Wie weit geht die Selbstbestimmung beim Wunsch nach einem eigenen Kind?* IN: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): *Selbstbestimmung. Kongreßbeiträge*. 2.Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 219-248

Becker, M. (2001): *Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe*. 2.Auflage. Heidelberg: Edition S.

Bosch, E. (2013): *Sexualität und Beziehung bei Menschen mit einer geistigen Behinderung: Ein Hand- und Arbeitsbuch*. Tübingen: DGVT Verlag

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

Bosch, E., Suykerbuyk, E. (2010): *Begleitung sexuell missbrauchter Menschen mit geistiger Behinderung*. Arnhem: Bosch & Suykerbuyk Trainingscentrum B.V.

- Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) (1995): *Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.) (2005): *Sexualpädagogischen Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. 4.Auflage. Weinheim und München: Beltz Juventa
- Bungart, P. (2005): *Sexuelle Gewalt gegen behinderte Menschen. Der Schutz Behinderter durch das Sexualstrafrecht*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2005): *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (2011): *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F), Klinisch-diagnostische Leitlinien*. 8.Auflage. Bern: Verlag Hans Huber
- Dittli, D., Furrer, H. (1996): *Freundschaft- Liebe- Sexualität. Grundlagen und Praxisbeispiele für die Arbeit mit geistig behinderten Frauen und Männern*. 2. Auflage. Luzern: Edition SZH / SPC
- Dommermuth, R. (2004): *Dürfen was ich möchte. Selbstbestimmungsrecht geistig Behinderter*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag
- Fornfeld, B. (2009): *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik*. 4.Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Gläser, J., Laudel, G. (2010): *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4.Auflage. Wiesbaden: VS-Verlag

- Gossel, E. (2002): *Mitarbeiterfortbildungen: Notwendigkeit, Ziele, Konzeption*. IN: Walter, J. (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. 5. Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S.221-230
- Hallstein, M. (1997): *Sexueller Mißbrauch – mehr als ein Übergriff*. IN: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): *Selbstbestimmung. Kongreßbeiträge*. 2.Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 248-258
- Hartwig, L., Hensen, G. (2003): *Sexueller Missbrauch und Jugendhilfe. Möglichkeiten und Grenzen sozialpädagogischen Handelns im Kinderschutz*. Weinheim und München: Juventa Verlag
- Hierholzer, S. (2014): *Kompaktwissen. Sexualpädagogik, Heilerziehungspflege*. Hamburg: Verlag Handwerk und Technik GmbH
- Jeschke, K., Fegert, K. (2006): *Die Sicht des Fachpersonals auf sexuelle Gewalt*. IN: Fegert, J.M., Jeschke, K., Thomas, H., Lehmkuhl, U. (Hrsg.): *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.315-426
- Kiechle, H., Wiedmair, M. (1998): *Geistige Behinderung: Liebe, Lust und Partnerschaft*. Bonn: Reha-Verlag GmbH
- Krott, K., Walter, J. (2007): *Sexualassistenz, Sexualbegleitung*. IN: Theunissen, G., Kulig, W., Schirbort, K. (Hrsg.): *Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik*. Stuttgart: Kohlhammer, S.307-308
- Leue-Käding, S. (2004): *Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung*. Heidelberg: Edition S

- Mattke, U. (2004): *Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellung zur Sexualität geistig behinderter Menschen*. In: Wüllenweber, E. (Hrsg.): *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Auswertung*. Stuttgart: Kohlhammer GmbH, S.46- 64
- Mickler, B. (2009): *Sexualisierte Gewalt an Mädchen und Jungen mit Behinderung*. IN: AMYNA e.V. - Institut zur Prävention von sexuellem Missbrauch (Hrsg.): *Sexualisierte Gewalt verhindern. Selbstbestimmung ermöglichen. Schutz und Vorbeugung für Mädchen und Jungen mit unterschiedlichen Behinderungen*. 2.Auflage. München: AMYNA, 25-40
- Neuhäuser, G. (2008): *Medizinische Aspekte*. IN: Nußbeck, S., Biermann, A., Adam, H. (Hrsg.): *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung*. Band 4. Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, S.159-176
- Nußbeck, S. (2008): *Der Personenkreis der Menschen mit geistiger Behinderung*. IN: Nußbeck, S., Biermann, A., Adam, H (Hrsg.): *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung*. Band 4. Handbuch Sonderpädagogik. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co.KG, S.5-15
- Plaute, W. (2006): *Sexualität und Sexualpädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung*. IN: Wüllenweber, E., Theunissen, G., Mühl, H. (Hrsg.): *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag, S.501-513
- Senn, C.Y. (1993): *Gegen jedes Recht. Sexueller Missbrauch und geistige Behinderung*. Berlin: Donna Vita
- Sielert, U. ( 2005): *Einführung in die Sexualpädagogik*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag

- Speck, O. (1997): *Autonomie als Selbstregulierung und Selbstbindung an moralische Werte*. IN: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): *Selbstbestimmung. Kongreßbeiträge*. 2.Auflage. Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 15-21
- Speck, O. (2005): *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung*. 10.Auflage. München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Sporcken, P. (1974): *Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität*. Düsseldorf: Patmos Verlag GmbH + Co.K
- Theunissen, G. (2002): *Geistige Behinderung*. IN: Bundschuh, K., Heimlich, U., Krawitz, R. (Hrsg.): *Wörterbuch Heilpädagogik*. 2.Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, S.95-98
- Theunissen, G. (2006): *Zeitgemäße Wohnformen – Soziale Netze – Bürgerschaftliches Engagement*. IN: Theunissen, G. & Schirbort, T. (Hrsg.): *Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung. Zeitgemäße Wohnformen- Soziale Netze – Unterstützungsangebote*. Stuttgart: Kohlhammer, S.59-96
- Thomas, H., Kretschmann, J., Lehmkuhl, U. (2006): *Die Sicht der Bewohnerinnen und Bewohner zu sexueller Selbstbestimmung und sexualisierter Gewalt*. IN: Fegert, J.M., Jeschke, K., Thomas, H., Lehmkuhl, U. (Hrsg.): *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim und München: Juventa Verlag, S.69-226
- Unterstaller, A. (2009): *Zahlen, Fakten, Mutmaßungen*. IN: AMYNA e.V. - Institut zur Prävention von sexuellen Missbrauch (Hrsg.): *Sexualisierte Gewalt verhindern. Selbstbestimmung ermöglichen. Schutz und Vorbeugung für Mädchen und Jungen mit unterschiedlichen Behinderungen*. 2.Auflage. München: Amyna Verlag, S.9-24

- Vernooij, M.A. (2007): *Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten*. 4.Auflage. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt
- Walter, J. (1994): *Am vollen Leben Anteil haben – zur Sexualität geistigbehinderter Menschen*. IN: Hoyler-Hermann, A., Walter, J. (Hrsg.): *Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistigbehinderte Erwachsene und ihre Bezugspersonen*. 3.Auflage. Heidelberg: Ed. Schindele, S.11-24
- Walter, J. (2002): *Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung*. IN: Walter, J. (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. 6.Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S.414-420
- Walter, J. (2002a): *Grundrecht auf Sexualität? Einführende Überlegungen zum Thema Sexualität und geistige Behinderung*. IN: Walter, J. (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. 5.Auflage. Heidelberg: Edition Schindele, S.29-39
- Walter, J. (2005): *Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht – Standards im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen*. IN: Jerg, J., Armbruster, J., Walter, A. (Hrsg.): *Selbstbestimmung, Assistenz und Teilhabe. Beiträge zur ethischen, politischen und pädagogischen Orientierung in der Behindertenhilfe*. Stuttgart: Verlag der Evangelischen Gesellschaft, S.105-122
- Weinwurm-Krause, E.-M. (1999): *Autonomie im Heim. Auswirkungen des Heimalltags auf die Selbstverwirklichung von Menschen mit Behinderung*. Heidelberg: Edition Schindele
- Zemp, A. (1993): *Die psychischen Folgen sexueller Ausbeutung und die Notwendigkeit von Therapie*. IN: Voss, A., Hallenstein, M. (Hrsg.): *Menschen mit Behinderungen. Berichte, Erfahrungen, Ideen zur Präventionsarbeit*. Ruhnmark: Donna Vita, S.62-66

## Internetverzeichnis

Internetquelle 1:

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/2.html>

Datum des Zugriffs: 21.01.2015, 19:37Uhr

Internetquelle 2

<http://www.behindertenrechtskonvention.info/>

Datum des Zugriffs: 21.01.2015, 14:17Uhr

Internetquelle 3

<http://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html>

Datum des Zugriffs: 14.01.2015, 20:48Uhr

Internetquelle 4

<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/>

Datum des Zugriffs: 17.01.2015, 22:24Uhr

Internetquelle 5

<http://www.gesetze-im-internet.de/stgb/BJNR001270871.html>

Datum des Zugriffs: 18.01.2015, 17:53Uhr

Internetquelle 6:

[www2.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/3000/15\\_3900\\_d.pdf](http://www2.landtag-bw.de/WP15/Drucksachen/3000/15_3900_d.pdf)

Datum des Zugriffs: 13.01.2015, 12:06Uhr

# Anhang

## Inhalt

Anlage I: Leitfaden für die Interviewbefragung

Anlage II: Transkription des vollständigen Interviews mit Fr. N.

Anlage III: Transkription des vollständigen Interviews mit Fr. K.



## **Anlage I: Leitfaden für die Interviewbefragung**

Was verstehen Sie unter dem Begriff „Sexualität“? Was umfasst diese Ihrer Meinung nach alles?

In der Gesellschaft herrschen häufig noch Vorurteile gegenüber der Sexualität geistig behinderter Menschen vor. Sind Sie schon einmal Zeuge dessen geworden?

Im Leben eines Menschen spielt die Sexualität eine bedeutende Rolle. Der Wunsch danach ist ein ganz selbstverständliches Bedürfnis. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Sexualität für Menschen mit geistiger Behinderung?

Was halten Sie von der folgenden Aussage? *„Menschen mit geistiger Behinderung haben keine „andere“ oder „besondere“ Sexualität!“*

Wie stark ist Ihrer Meinung nach Sexualität auf Seiten des Wohnheims tabuisiert? Oder wird mit dieser Thematik ganz offen umgegangen?

Wenn Sie einem Außenstehenden erklären müssten, was sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung ist, was würden Sie ihm sagen?

Lassen Sie uns kurz einen Blick zurück werfen. Welche Veränderungen oder auch Fortschritte für ein selbstbestimmtes sexuelles Leben haben sich in der Zeit, in der Sie in dem Bereich der Behindertenhilfe arbeiten, ergeben?

Wie ist Ihr persönlicher Standpunkt bezüglich einer sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung?

Wie gehen Sie mit der Gestaltung sexueller Selbstbestimmung um? Was können Sie tun, damit sexuelle Selbstbestimmung ermöglicht wird?

Worin können für Sie als Mitarbeiter mögliche Schwierigkeiten liegen, die sexuelle Selbstbestimmung umzusetzen?

Inwieweit denken Sie, dass die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner abhängig vom jeweiligem Mitarbeiter ist?

Können Sie ein konkretes Beispiel für einen gelungenen Umgang mit der Sexualität eines Bewohners in Ihrer Einrichtung nennen?

Gibt es Wünsche oder Vorstellungen Ihrerseits, was noch ausbaufähig wäre, um mehr sexuelle Selbstbestimmung in der Einrichtung zu verwirklichen?

Haben die Themen Homosexualität oder Transsexualität schon einmal eine Rolle gespielt?

Selbstbefriedigung ist eine Form des Lustgewinns. Meinen Sie, dass Selbstbefriedigung in der Einrichtung gelebt wird?

Wie wird seitens des Personals damit umgegangen? (findet es Akzeptanz?)

Wie verhalten Sie sich, wenn sie auf jemanden treffen, der sich selbst befriedigt?

Wie stehen sie zu Partnerschaften zwischen den Bewohnern oder wenn diese außerhalb der Einrichtung einen Partner haben?

Wissen Sie, ob einige Bewohner verhüten?

Welche Verhütungsmittel werden benutzt? Welches Mitspracherecht hat der Bewohner bei der Auswahl?

Wo fängt für Sie sexuelle Gewalt an?

Kennen Sie Fälle, in dem Bewohner, Opfer sexueller Gewalt wurden?

Meine Literaturrecherche ergab, dass Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind Opfer sexueller Gewalt zu werden.

Was denken Sie, warum Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind Opfer sexueller Gewalt zu werden?

Welche Auswirkungen von sexueller Gewalt kennen bzw. konnten Sie selbst schon einmal an einem Bewohner beobachten?

Was vermuten Sie, wer potentielle Täter sind?

Wenn Verdacht besteht, wie gehen Sie damit um?

Wie wird in der Einrichtung mit der Problematik sexueller Gewalt umgegangen?  
Wird es tabuisiert?

Welche Maßnahmen zur Prävention gibt es in der Einrichtung?

Haben Sie selbst schon einmal eine Fortbildung zu dieser Thematik gehabt?

Eine mögliche präventive Möglichkeit gegen sexuelle Gewalt ist eine ausreichende Sexualaufklärung. Schätzen Sie den Stand der Aufklärung der Bewohner, als ausreichend ein?

## **Anlage II: Transkription des vollständigen Interviews mit Fr. N.**

*Interviewer:* Was verstehen Sie unter dem Begriff „Sexualität“? Was umfasst diese Ihrer Meinung nach alles?

*Fr. N.:* Sexualität ist für mich persönlich erst einmal, wenn Menschen, die sich mögen miteinander intim werden. Und dann so ziemlich alles, was damit zusammengehört, von Berührungen, Küssen, Kuschneln bis hin zum Sex.

*Interviewer:* Im Leben eines Menschen spielt die Sexualität eine bedeutende Rolle. Der Wunsch danach ist ein ganz selbstverständliches Bedürfnis. Wie wichtig ist Ihrer Meinung nach die Sexualität für Menschen mit geistiger Behinderung?

*Fr. N.:* Genauso wichtig. Sie haben natürlich die gleichen Bedürfnisse, wie wir alle auch. Für sie sind Sachen wie Annäherungen, Zärtlichkeit austauschen, Kuschneln, Küssen, Liebe genauso wichtig. Ich denke nicht, dass man da so einen großen Unterschied machen sollte. Sie sind halt in vielerlei Hinsicht eingeschränkter und auf Unterstützung angewiesen, aber sexuelle Bedürfnisse haben sie deswegen doch trotzdem.

*Interviewer:* Was halten Sie von der folgenden Aussage? „Menschen mit geistiger Behinderung haben keine „andere“ oder „besondere“ Sexualität!“

*Fr. N.:* Das sehe ich nicht ganz so. Sie haben natürlich sexuelle Bedürfnisse und auch eine Sexualität. Aber wie ich schon sagte, sie sind in vielen Hinsichten viel mehr auf die Unterstützung und Hilfe angewiesen. Ich erlebe immer wieder, dass ihr Wissen darüber gar nicht so vorhanden ist.

*Interviewer:* Wie stark ist Ihrer Meinung nach Sexualität auf Seiten der Institution tabuisiert?

*Fr. N.:* Also ob es ein Tabuthema in unserer Einrichtung ist?

*Interviewer:* Ja genau. Wird mit dieser Thematik ganz offen umgegangen oder doch eher verschwiegen und übergangen?

*Fr. N.:* Es kommt immer drauf an, auf die Mitarbeiter. Ich würde sagen, dass es für ältere Mitarbeiter schon noch eher ein Tabuthema ist, als für das jüngere Personal. Wir Jüngeren gehen damit irgendwie offener um.

*Interviewer:* Und von der Seite der Leitung?

*Fr. N.:* Also ich glaube nicht, dass es ein Tabu ist. Aber ich finde, dass noch zu wenig ermöglicht wird.

*Interviewer:* Aber es wird auch nicht verboten?

*Fr. N.:* Es wird nicht verboten.

*Interviewer:* Okay. Wenn Sie einem Außenstehenden erklären müssten, was sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung ist, was würden Sie ihm sagen?

*Fr. N.:* Ich würde ihm einfach sagen, dass sexuelle Selbstbestimmung bedeutet, dass die geistig Behinderten die gleichen Rechte haben und nicht eingeschränkt werden, ihm also keine Regeln vorgegeben werden. Dass sie selbst entscheiden können ob, wie, wann und mit wem sie ihre Sexualität ausleben. Sie sollen frei entscheiden, sich nicht schämen müssen für irgendwas. Und dass man ihnen auch keine Verbote auferlegt, zum Beispiel was Selbstbefriedigung anbelangt.

*Interviewer:* Lassen Sie uns kurz einen Blick zurück werfen. Welche Veränderungen oder auch Fortschritte für ein selbstbestimmtes sexuelles Leben haben sich in der Zeit, in der Sie in dem Bereich der Behindertenhilfe arbeiten, ergeben?

*Fr. N.:* (Überlegt etwas länger) Ich denke, es gibt schon Fortschritte. Sicher ist es noch sehr ausbaufähig, aber kleine Fortschritte gab es schon. Allerdings muss ich dazu sagen, dass ich erst sechs Jahre im Regenbogenhaus arbeite und daher auch nur diesen Zeitraum einschätzen kann. Aber heutzutage ist Sexualität insgesamt nicht mehr so ein Tabuthema und das wirkt sich auch auf die Wohnheime aus.

*Interviewer:* Meinen Sie, dass sich die Sichtweise in der Gesellschaft zum Thema Sexualität verändert haben, also gelockert hat und sich das auch auf die Arbeit und Ansichten in den Wohnheimen auswirkt?

*Fr. N.:* Ja genau. Es hat sich vieles verändert, ist selbstverständlicher und öffentlicher geworden. Es gibt immer mehr Sexshops, alles ist freizügiger, allein schon das Fernsehprogramm. Ja auch die Mode, alles ist viel offener und freizügiger. Das Thema Sexualität ist in der Gesellschaft einfach nicht mehr so verpönt bzw. ein Tabuthema. Es wird auch viel offener darüber geredet.

*Interviewer:* Wie ist Ihr persönlicher Standpunkt bezüglich einer sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung?

*Fr. N.:* Für mich steht das außer Frage, ich bin da total offen dafür.

*Interviewer:* Wie gehen Sie mit der Gestaltung sexueller Selbstbestimmung um? Was können Sie tun, damit sexuelle Selbstbestimmung ermöglicht wird?

*Fr. N.:* Hmm. Ich kann beispielsweise Rückzugsmöglichkeiten und eine Privatsphäre für den Bewohner einräumen, wenn er diese für sich benötigt. (überlegt) Ich kann auch Verhütungsmittel oder andere Mittel zur Verfügung stellen bzw. so etwas nicht verbieten. Auch kann ich versuchen, soweit ich kann, aufzuklären und für Fragen offen zu sein. Ich denke es ist auch wichtig, dass man versucht für den Bewohner eine Vertrauensbasis zu schaffen, damit dieser sich nicht scheut zu einem zu kommen. Also ich finde das enorm wichtig, da es ja auch um etwas sehr persönliches geht. Ich persönlich versuche auch meine eigenen Vorstellungen von Sexualität und wie ich sie lebe nicht auf die Behinderten aufzudrücken. Das ist unbewusst vielleicht nicht immer ganz einfach, aber ich versuche tolerant zu sein für die ganz individuellen Bedürfnisse des Bewohners.

*Interviewer:* Und was denken Sie, worin für Sie als Mitarbeiter mögliche Schwierigkeiten oder Grenzen liegen könnten, die sexuelle Selbstbestimmung umzusetzen?

*Fr. N.:* Eine Grenze ist einfach, dass nicht alle Mitarbeiter die Sexualität der Bewohner als normal ansehen und das nicht unterstützen oder sich sogar querstellen.

*Interviewer:* Also sehen Sie schon eine Schwierigkeit darin, wenn die Mitarbeiter unterschiedliche Meinungen diesbezüglich haben?

*Fr. N.:* Ja klar, auf jeden Fall.

*Interviewer:* Damit haben Sie meine nächste Frage eigentlich schon beantwortet. Und zwar, was denken Sie, inwieweit die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner vom jeweiligen Mitarbeiter abhängig ist?

*Fr. N.:* Ja wie gesagt, ich denke, das ist sehr stark davon abhängig. Wer dafür offen ist, wird auch eher die sexuelle Selbstbestimmung versuchen zu unterstützen oder zu ermöglichen. Und wer dem negativ gegenübersteht, wird sich eher nicht dafür einsetzen. Der Bewohner ist in so vielen Sachen abhängig vom Personal, von daher hat der Mitarbeiter da schon stark Einfluss. Das ist halt schon echt ´ne schwierige Angelegenheit. Dass die Meinungen schon echt unterschiedlich sein können, kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen. Ich bin ja beispielsweise dafür, dass die Behinderten auch ein Mitspracherecht haben sollen und das Recht auf eine Sexualität nach ihren Bedürfnissen haben. Aber genauso habe ich auch schon einen Kollegen gehabt, der meinte, dass man sowas unterbinden sollte oder zumindest nur soweit unterstützen sollte, solange nicht die Gefahr besteht, dass sich die geistig Behinderten fortpflanzen können. Ich habe auch schon von wenigen aus dem Personal gehört, die es eklig fanden, wenn sich Behinderte selbstbefriedigten.

*Interviewer:* Können Sie ein konkretes Beispiel für einen gelungenen Umgang mit der Sexualität eines Bewohners in Ihrer Einrichtung nennen?

*Fr. N.:* Ja da fallen mir spontan gleich zwei gute Beispiele ein. Es gibt im Haus eine Bewohnerin, die außerhalb einen Partner hat. Der kann sie besuchen kommen. Mit ihr wird offen über Sex geredet. Sie äußerte auch selbst den Wunsch mit ihm Sex zu haben, darauf wird reagiert und unterstützt. Da sie selbst körperlich nicht in der Lage

ist sich auszuziehen und der Freund aufgrund des Gewichts auch Probleme hätte, helfen im Vorfeld Mitarbeiter sie auszuziehen, also wenn sie es selbst wünscht. Sie wird dann zugedeckt und kann so ihren Freund empfangen und dann können die Beiden machen, was sie gerne möchten. Sie kann es halt gut äußern, was sie möchte. Es gibt aber auch andere Bewohner, die das nicht können und da ist das dann schon schwieriger. Da wird das dann schon eher übergangen.

*Interviewer:* Okay.

*Fr. N.:* Das zweite Beispiel ist, dass es ein Paar gab, das ich gefördert habe, indem ich ihnen gezeigt habe, was sie als Paar unternehmen und machen können, um sich näher zu kommen. Und wenn es eben einfach Spazieren oder Eis essen gehen, Händchenhalten oder so etwas war. Ich habe davon auch einige Fotos gemacht, natürlich mit ihrer Einwilligung. Die Fotos sollten einerseits als Erinnerung dienen, sodass sie immer mal darauf schauen können und sich erinnern, was man als Paar unternehmen kann. Und ich habe daraus ein Brettspiel für die Beiden entwickelt und mit ihnen gespielt. Wenn sie auf ein Foto gekommen sind, habe ich mit ihnen darüber gesprochen und mit ihnen über ihre Gefühle dabei gesprochen. Manchmal war ihnen etwas peinlich, zum Beispiel, dass sie sich geküsst haben. Ich habe ihnen versucht aufzuzeigen, dass sie sich dafür nicht schämen müssen, sondern dass es völlig okay und normal ist.

*Interviewer:* Was denken Sie, woher die Unsicherheiten und Scham der Bewohner kommen?

*Fr. N.:* Für sie ist das nichts Normales. Es gibt nicht viele Bewohnerpärchen, sodass sie es bei anderen sehen könnten. Es wird ihnen nicht vorgelebt, woher sollen sie es dann auch kennen oder für richtig halten.

*Interviewer:* Wie ist Ihre Idee und Brettspiel angekommen?

*Fr. N.:* Also das Pärchen fand das total toll.

*Interviewer:* Und bei den anderen Mitarbeitern?



Fr. N.: Im ersten Moment fanden sie es gut. Aber auf Dauer ist es in Vergessenheit geraten und wurde nicht weiter gefördert. Leider. Also ich denke, dass es schon noch ausbaufähig ist so etwas alles zu fördern. Ich hätte zum Beispiel grundsätzlich auch kein Problem damit, mit Bewohnern in ein Sexshop zu gehen (lacht).

*Interviewer:* Gibt es Wünsche oder Vorstellungen Ihrerseits, was noch ausbaufähig wäre, um mehr sexuelle Selbstbestimmung in der Einrichtung zu verwirklichen?

Fr. N.: Na mehr Aufklärung auf jeden Fall.

*Interviewer:* Hat das Thema Homosexualität oder Transsexualität in der Einrichtung schon einmal eine Rolle gespielt?

Fr. N.: Also Homosexualität (überlegt), nicht das ich wüsste. Es wurde mal vermutet, dass sich zwei Bewohner, die im Zweibettzimmer lebten, sich gegenseitig befriedigen. Aber das wurde glaube nie gesehen, das war eine Vermutung, die dann auch schnell übergangen wurde. Ansonsten ist mir kein Fall bekannt.

*Interviewer:* Denken Sie, dass ein homosexuelles Paar generell toleriert werden würde im Regenbogenhaus?

Fr. N.: Verboten würde es glaube nicht. Toleriert vielleicht auch noch. Aber gefördert wohl eher nicht.

*Interviewer:* Und Transsexualität?

Fr. N.: Da kenn ich auch nur einen Bewohner. der gerne Frauenkleider und Frauenschuhe anzieht. Das wird auch toleriert. Er bekommt zum Beispiel auch mal Frauenschuhe geschenkt bei Anlässen, wenn er sich die wünscht.

*Interviewer:* Selbstbefriedigung ist eine Form des Lustgewinns. Meinen Sie, dass Selbstbefriedigung in der Einrichtung gelebt wird?

Fr. N.: Auf jeden Fall. Das ist ja oft die einzige sexuelle Möglichkeit so ohne Partner.

*Interviewer:* Wie wird seitens des Personals damit umgegangen? Wird es akzeptiert?

*Fr. N.:* Das ist wieder ganz abhängig vom Mitarbeiter. Manche finden es eklig. Aber im Großen und Ganzen findet es Akzeptanz. Die Bewohner machen da ja auch eher, wenn sie alleine sind.

*Interviewer:* Und Bewohner, die von alleine nicht in der Lage sind, sich selbst zu befriedigen?

*Fr. N.:* Das sind dann leider die Fälle, die übergangen werden.

*Interviewer:* Wie verhalten Sie sich, wenn sie auf jemanden treffen, der sich selbst befriedigt?

*Fr. N.:* Ja, ich würde jedenfalls nicht sagen: „Und du hörst jetzt damit auf. Das macht man nicht“. Ich würde den Raum verlassen und ihm die Ruhe und Zeit geben, die er für sich braucht.

*Interviewer:* Würden sie es hinterher ansprechen?

*Fr. N.:* Das kommt auf den Bewohner an. Bewohner, die damit offen umgehen und das Gespräch suchen, da würde ich mit demjenigen reden, wenn er das möchte. Aber, wenn man merkt, dass es dem Bewohner eher unangenehm ist, dass ich es gesehen habe, dann würde ich das natürlich lassen. Also ich würde warten, ob der Bewohner auf mich zukommt oder nicht.

*Interviewer:* Wie stehen sie zu Partnerschaften zwischen den Bewohnern oder wenn diese außerhalb der Einrichtung einen Partner haben?

*Fr. N.:* Ich finde das super. Die Bewohner haben oftmals nicht viele Kontakte nach außen oder Familie und dann ist es doch das Schönste, wenn da noch jemand ist, der Liebe und Zuneigung geben kann.

*Interviewer:* Wissen Sie, ob einige Bewohner verhüten?

*Fr. N.:* (überlegt) Also mit Kondom ist mir nicht bekannt. Pille ist da schon eher der Fall.

*Interviewer:* Welches Mitspracherecht hat der Bewohner bei der Auswahl?

*Fr. N.:* Naja hmm, also die Bewohner kommen in der Regel nicht auf einem zu und sagen, dass sie beispielsweise gerne die Pille hätten. Jedoch führt manchmal auch die Frauenärztin das ein, einfach wegen dem Zyklus, damit die Menstruation nicht zu stark ist, regelmäßig kommt oder auch um Menstruationsschmerzen zu lindern. Tja bei den Männern wären das ja Kondome, aber ich muss ehrlich sagen, ich hab vor Ort noch keine gesehen und auch noch nie welche verteilt.

*Interviewer:* Kondome schützen ja nicht nur vor Schwangerschaft, sondern auch vor Geschlechtskrankheiten.

*Fr. N.:* Ja das stimmt schon. Aber ich würde da ja von den anderen Mitarbeitern komisch angeguckt werden, wenn ich auf einmal welche verteilen würde. Aber ändern müsste sich da wohl schon was.

*Interviewer:* Wo fängt für Sie sexuelle Gewalt an?

*Fr. N.:* Oh je, schwere Frage. Also ich denke, dass es da um Handlungen oder Berührungen geht, die nicht gewollt sind. Po, Brüste, Intimbereich anfassen, wenn das nicht gewollt ist. Vor allem geistig Behinderte tolerieren da wahrscheinlich viel mehr, als Menschen ohne Behinderung, weil sie nicht wissen, dass sie auch nein sagen können. Ich glaube viele Bewohner wissen gar nicht wirklich, dass sie das Recht haben „nein“ zu sagen.

*Interviewer:* Kennen Sie Fälle, in dem Bewohner Opfer sexueller Gewalt wurden?

*Fr. N.:* Leider ja (seufzt). Ich habe zwar nie selbst so einen Fall miterlebt. Gott sei Dank! Aber von Berichten anderer Mitarbeiter habe ich schon von Vorfällen gehört und finde das auch echt grausam.

*Interviewer:* Meine Literaturrecherche ergab, dass Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind Opfer sexueller Gewalt zu werden. Was denken Sie warum dies der Fall ist?

*Fr. N.:* Sie sind auf jeden Fall angreifbarer. Sie sind manipulierbarer. Wie schon gesagt, Menschen mit geistiger Behinderung, wissen oft gar nicht, was okay ist und was nicht bzw. dass sie auch nein sagen könnten. Dadurch ist ihre Hemmschwelle nicht so groß. Sie tolerieren einfach viel mehr. Sie sind ja auch auf andere Menschen angewiesen. Man kann geistig Behinderte auch leichter bestechen, zum Beispiel einfach mit materiellen Dingen, die sie sich sonst nicht leisten könnten.

*Interviewer:* Denken Sie, dass fehlendes Wissen eine große Rolle spielt?

*Fr. N.:* Richtig. Mit mehr Wissen könnten sie sich auch besser schützen, das denke ich auf jeden Fall. Wie gesagt, sie wissen doch in der Regel gar nicht, dass sie das Recht hätten auch „Nein“ zu sagen.

*Interviewer:* Welche Auswirkungen von sexueller Gewalt kennen bzw. welche konnten Sie selbst vielleicht sogar schon einmal an einem Bewohner beobachten?

*Fr. N.:* Wir hatten mal eine Gastaufnahme. Von der jungen Frau war bekannt, dass sie sexuell missbraucht wurde. Bei ihr war es ganz deutlich zu merken, dass sie sich nur von weiblichen Mitarbeiterinnen hat duschen lassen und auch nur weiblichen Personen aufgeschlossen war. Sie wirkte sehr zurückgezogen. Das kenne ich auch von einem anderen Bewohner, der sexuelle Gewalt erfahren hat. Dieser lässt sich nicht von jedem Duschen oder allgemein Pflege durchführen. Das akzeptiert er nur von Mitarbeitern, die er länger kennt und auch vertraut. Allgemein braucht er lange bis er aber überhaupt Vertrauen aufbaut.

*Interviewer:* Was vermuten Sie, wer potentielle Täter sind?

*Fr. N.:* Hmm. Ich denke größtenteils die Bewohner selber. Weil sie halt zu wenig aufgeklärt. Sie wissen manchmal gar nicht, was sie mit ihrem eigenen Körper anstellen könnten. Dann nehmen sie es sich einfach bei jemand anderen. (überlegt etwas) Tja, Mitarbeiter können halt auch Täter sein. Ganz schwieriges Thema. Das

ist im Normalfall schwer nachzuweisen und wer möchte schon glauben, dass ein Kollege oder Kollegin sich an ein Bewohner vergreift?

*Interviewer:* Wenn Verdacht besteht, wie gehen Sie damit um?

*Fr. N.:* Also, wenn ich auf etwas aufmerksam werden würde, würde ich das auf jeden Fall im Blick behalten. Vielleicht, wenn es passt, mit dem Opfer das Gespräch suchen, um was herauszufinden. Aber da ist schon viel Fingergefühl gefragt. Ich würde auch auf andere Hinweise achten, wie zum Beispiel, ob sich der Bewohner anders verhält.

*Interviewer:* Würden Sie Ihren Verdacht auch im Team ansprechen?

*Fr. N.:* Je nach Situation würde ich das auch einem engsten Mitarbeiter anvertrauen oder sogar im Team ansprechen. Aber ich glaube, im Allgemeinen ist man da schon vorsichtig, weil man ungern einfach Vermutungen in den Raum wirft und ja auch erst einmal was nachweisen muss.

*Interviewer:* Wie wird in der Einrichtung mit der Problematik sexueller Gewalt umgegangen? Ist es ein Tabuthema?

*Fr. N.:* Ich denke schon ein wenig. Es ist nicht direkt ein Tabu, aber über so etwas wird eher wenig gesprochen. Ganz ehrlich, grade nach außen, wird glaube schon viel vertuscht. Das Heim soll ja nicht schlecht dastehen. Manchmal kommt es mir so vor, als wenn am liebsten das Wunschdenken von der Leitung aus besteht, dass es so etwas wie sexuelle Gewalt in Ihrer Einrichtung nicht gibt.

*Interviewer:* Welche Maßnahmen zur Prävention gibt es in der Einrichtung? Also was wird vorbeugend getan?

*Fr. N.:* (Überlegt länger)

*Interviewer:* Gibt es vielleicht so etwas wie Sexualassistenz, Sexualaufklärung oder Fortbildungen?

*Fr. N.:* Fortbildungen eher weniger. Es gab mal ein Projekt für die Bewohner. Aber daran haben auch nicht alle teilgenommen.

*Interviewer:* Und für die Mitarbeiter? Da ist der Wissensstand ja sicherlich auch unterschiedlich oder wie sehen Sie das?

*Fr. N.:* Hmm. Da gab es glaube auch einmal ein Projekt. Aber andere Themen stehen da irgendwie im Vordergrund. Es finden viel mehr Angebote für die Mitarbeiter statt, wie Erste Hilfe, Arbeitsschutzbelehrung, Evakuierungsmaßnahmen, so etwas halt.

*Interviewer:* Also haben Sie selbst noch keine Fortbildung zu dieser Thematik gehabt?

*Fr. N.:* Nein leider nicht.

*Interviewer:* Eine mögliche präventive Möglichkeit gegen sexuelle Gewalt ist eine ausreichende Sexualaufklärung. Dazu hatten Sie ja schon einiges gesagt. Aber würden Sie den Stand der Aufklärung der Bewohner als ausreichend einschätzen?

*Fr. N.:* Nee, auf keinen Fall.

*Interviewer:* Ich wäre mit meinen Fragen am Ende. Vielen Dank, dass Sie sich Zeit genommen und mir diesen umfangreichen Einblick ermöglicht haben. Vor allem möchte ich mich auch für Ihre ehrlichen und offenen Antworten bedanken. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

*Fr. N.:* Das habe ich sehr gerne gemacht. Nö ergänzen möchte ich eigentlich nichts. Nur, dass ich dieses Thema auch sehr interessant finde und es noch präsenter und mehr gefördert werden sollte.

### **Anlage III: Transkription des vollständigen Interviews mit Fr. K.**

*Interviewer:* Was verstehen Sie unter dem Begriff „Sexualität“? Was umfasst diese Ihrer Meinung nach alles?

*Fr. K.:* Unter Sexualität verstehe ich, wenn Menschen miteinander Empfindungen, Vorlieben und Bedürfnisse ausleben. Dabei ist es egal, ob nun mit Menschen des anderen oder des gleichen Geschlechts. Wenn ich das Wort Sexualität höre, verbinde ich das als erstes mit Liebe, weil die für mich persönlich dazugehört. Das trifft bestimmt für nicht jeden zu. Man kann sich ja natürlich Sexualpartner auch aussuchen, um mit demjenigen nur Spaß haben. Es gibt auch Menschen die ihre Sexualität anderes ausleben, mit Objekten beispielsweise oder mit sich selbst. Sexualität ist ja auch dazu da, um Nachwuchs zu zeugen.

*Interviewer:* Kann man also sagen, dass Sexualität für Sie schon etwas sehr vielfältiges darstellt?

*Fr. K.:* Ganz klar. Das ist auch echt schwierig zu beschreiben, weil irgendwie so viel dazugehört.

*Interviewer:* In der Gesellschaft herrschen häufig noch Vorurteile gegenüber der Sexualität geistig behinderter Menschen vor. Sind Sie schon einmal Zeuge dessen geworden?

*Fr. K.:* Naja, man hört das irgendwie ständig, dass es da noch viele Vorurteile gibt. Ich selbst habe noch nie persönlich Abneigungen oder Meinungen dieser Art erlebt oder mitbekommen. (Überlegt einen Moment) Halt doch! Während meiner Ausbildung haben wir uns nach einem Praktikum über unsere Erfahrungen unterhalten. Dort erzählte eine Mitschülerin, dass sie in einer Einrichtung arbeitet, wo junge Mütter mit leichter geistiger Behinderung betreut werden. Sie erzählte von viele Situationen, wo man schon den Kopf schüttelt und den Gedanken hat „das arme Kind“, aber es gab auch viele positive Situationen, die gezeigt haben, dass auch junge geistig behinderte Frauen mit Kindern liebevoll umgehen und bemüht sind ihr Nachwuchs richtig er-und aufzuziehen. Dazu muss ich sagen, dass die meisten Kinder ebenfalls geistige Behinderungen hatten. Aber ich schweife ab

(lacht). Es gab jedenfalls einige Mitschüler, die der Meinung waren, dass Frauen, die sich nicht um sich kümmern können, auch nicht in der Lage sind ein Kind großzuziehen. Hat zwar nicht nur mit der Frage über Sexualität zu tun, aber das gehört ja für mich auch dazu. Das ist bestimmt ein Zweitgedanke, wenn man über Menschen mit geistiger Behinderungen spricht, also der Nachwuchs.

*Interviewer:* Ja, das gehört schon alles zusammen. Fakt ist jedenfalls, dass die Sexualität eine bedeutende Rolle im Leben eines Menschen spielt. Der Wunsch danach ist etwas ganz Selbstverständliches und ein natürliches Bedürfnis. Aber was denken Sie, wie wichtig Sexualität für Menschen mit geistiger Behinderung ist?

*Fr. K.:* Das Bedürfnis seine Sexualität auszuleben ist für Menschen mit geistiger Behinderung genauso wichtig und genau so ein Wunsch, wie für uns auch. Es gibt natürlich auch Ausnahmen, Menschen denen Sexualität nicht so wichtig ist und die so etwas nicht so brauchen. Aber ich denke für den Großteil spielt es eine große Rolle und das ist auch gut so.

*Interviewer:* Was halten Sie von der folgenden Aussage? „Menschen mit geistiger Behinderung haben keine „andere“ oder „besondere“ Sexualität!“

*Fr. K.:* Das sehe ich eigentlich genauso. Menschen mit geistiger Behinderung haben unterschiedliche Vorstellungen und Bedürfnisse von Sexualität, genauso wie Menschen ohne geistige Behinderung. Sexualität ist so oder so individuell und da schließe ich Menschen mit Behinderungen nicht aus.

*Interviewer:* Wie stark ist Ihrer Meinung nach Sexualität auf Seiten der Institution tabuisiert? Oder wird mit dieser Thematik ganz offen umgegangen?

*Fr. K.:* Also ich bin der Meinung, dass mit dieser Thematik offen umgegangen wird. Zum Glück.

*Interviewer:* Wenn Sie einem Außenstehenden erklären müssten, was sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung ist, was würden Sie ihm sagen?



*Fr. K.:* Ich würde ihm sagen, dass Menschen mit geistiger Behinderung genauso offen und nach ihren eigenen Bedürfnissen, halt selbstbestimmt, damit umgehen bzw. leben können, wie wir auch. Dass sie eben die gleichen Rechte haben.

*Interviewer:* Lassen Sie uns kurz einen Blick zurück werfen. Welche Veränderungen oder auch Fortschritte für ein selbstbestimmtes sexuelles Leben haben sich in der Zeit, in der Sie in dem Bereich der Behindertenhilfe arbeiten, ergeben?

*Fr. K.:* Also zu Veränderungen oder Fortschritte kann ich nichts sagen, weil ich erst „frisch“ mit der Ausbildung fertig bin und sich innerhalb von einem Jahr nicht viel verändert hat. Ich habe aber das Glück, dass in meiner Institution sehr offen mit diesem Thema umgegangen wird.

*Interviewer:* Wie ist Ihr eigener Standpunkt bezüglich einer sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung?

*Fr. K.:* Ich bin da eher aufgeschlossen, was das angeht. Warum sollte man es Menschen mit geistiger Behinderung auch verbieten? Das ist nun mal ein Grundbedürfnis, was Menschen haben. Und das sollte auch bitte nach freien Willen und Wünschen ausgeführt werden, so wie ein Mensch das für sich möchte.

*Interviewer:* Wie gehen Sie mit der Gestaltung sexueller Selbstbestimmung um? Was können Sie tun, damit sexuelle Selbstbestimmung ermöglicht wird?

*Fr. K.:* Ich kann da ein Beispiel nennen. Wenn sich einer meiner Bewohner an seinem Penis spielt und sich selbstbefriedigt, dann ist das halt so. Dann soll er das machen und gut ist. Außer natürlich, dass das Ganze im Gruppenraum geschieht, da wo sich viele andere Menschen aufhalten. In diesem Fall würde ich den Bewohner in sein Zimmer schicken und ihm erklären, warum er dies nur in seinem Zimmer machen sollte. Ich bin absolut für eine sexuelle Selbstbestimmung, aber nur nicht, wenn andere dadurch gestört werden oder das andere belästigt. Oder auch ein gutes Beispiel ist, dass einige männliche Bewohner sich gerne Pornos ansehen. Das dürfen sie natürlich auch, warum auch nicht.

*Interviewer:* Worin können für Sie als Mitarbeiter mögliche Schwierigkeiten liegen, die sexuelle Selbstbestimmung umzusetzen?

*Fr. K.:* Tja Schwierigkeiten. Mir fällt nur eins dazu ein und zwar der passende Sexualpartner. Es gibt häufig Frauen und Männer, die sich den richtigen Partner wünschen, ihn aber leider einfach nicht finden. Oder es kann auch sein, dass sie zwar einen finden, dieser aber von Sex abgeneigt. Oder auch, dass Mann und Frau nicht wissen, wie das alles mit der Sexualität funktioniert. Andere Schwierigkeiten fallen mir jetzt nicht ein.

*Interviewer:* Inwieweit denken Sie, dass die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner abhängig vom jeweiligem Mitarbeiter ist?

*Fr. K.:* Naja es spielt schon eine große Rolle, ob der Mitarbeiter die Sexualität zulässt. Es ist schon ein Unterschied, ob man versucht die Selbstbestimmung zu zulassen und zu ermöglichen oder ob man dagegen ist und alles, was dazu gehört, ablehnt. Man hat als Mitarbeiter ja doch auch Beeinflussungsmöglichkeiten.

*Interviewer:* Können Sie ein konkretes Beispiel für einen gelungenen Umgang mit der Sexualität eines Bewohners in Ihrer Einrichtung nennen?

*Fr. K.:* Ja sicher. Zum Beispiel Herr K., der einen Schuhfetisch hat. Er zieht besonders gern Frauenschuhe an. Er bekommt häufig von einigen Mitarbeiterinnen Schuhe, die sie selbst nicht mehr tragen und dann bastelt er an ihnen herum, so dass er diese Schuhe tragen kann. Und er ist dann natürlich überglücklich, wenn er neue Schuhe bekommen hat. Vor allem natürlich bei hohen Schuhe. Seine Neigungen werden unterstützt und auch akzeptiert.

*Interviewer:* Gibt es Wünsche oder Vorstellungen Ihrerseits, was noch ausbaufähig wäre, um mehr sexuelle Selbstbestimmung in der Einrichtung zu verwirklichen? Wenn ja, welche?

*Fr. K.:* Was ich persönlich gut finden würde, wären regelmäßige Aufklärungskurse. Beispielsweise einmal im Monat, wo unterschiedliche Themen behandelt werden und auch Fragen gestellt werden können von den Bewohnern. Da könnte dann jeder

hingehen, der möchte. Das würde ich gut finden. Aufklärungskurse auch speziell wegen Verhütung oder es gibt häufig das Problem wie „funktioniert“ Sex überhaupt. Das ist ein Problem, was ich schon häufig gehört habe, sie wollen Sex haben, wissen aber nicht so richtig wie das geht. Da könnte man mit Aufklärungsmaterialien oder auch Videos arbeiten.

*Interviewer:* Haben die Themen Homosexualität oder Transsexualität im Regenbogenhaus schon einmal eine Rolle gespielt?

*Fr. K.:* Es gibt einige Bewohner, die homosexuell oder transsexuell sind. Aber damit wird genauso umgegangen, wie mit den anderen Bewohnern auch.

*Interviewer:* Selbstbefriedigung ist eine Form des Lustgewinns. Meinen Sie, dass Selbstbefriedigung in der Einrichtung gelebt wird?

*Fr. K.:* (Lacht laut auf) Ohhhh jaaaaa! Ich glaube über die Hälfte der Bewohner in der Einrichtung befriedigen sich selbst. Und das ist auch okay so. Oft haben die Bewohner ja keinen passenden Sexualpartner, da muss man sich dann anders helfen.

*Interviewer:* Wie wird seitens des Personals damit umgegangen? Wird es akzeptiert?

*Fr. K.:* Das Personal geht damit offen um und akzeptiert das auch.

*Interviewer:* Wie verhalten Sie sich, wenn sie auf jemanden treffen, der sich selbst befriedigt?

*Fr. K.:* Das ist mir noch nicht passiert.

*Interviewer:* Und rein hypothetisch?

*Fr. K.:* Na, wenn ich in ein Zimmer kommen und das bemerken würde, entschuldige ich mich und geh wieder raus. Was soll ich auch sonst machen? Es sei denn, wie vorhin bereits gesagt, die Selbstbefriedigung würde an einem öffentlichen Ort, wie

zum Beispiel im Gruppenraum oder im Essensraum stattfinden. Dann würde ich den Bewohner bitten, das in seinem Zimmer fortzuführen. Einfach, weil sich andere Bewohner gestört fühlen würden und es ist besonders im Essbereich unhygienisch wäre.

*Interviewer:* Wie stehen sie zu Partnerschaften zwischen den Bewohnern oder wenn diese außerhalb der Einrichtung einen Partner haben?

*Fr. K.:* Ich finde Partnerschaften zwischen den Bewohnern völlig in Ordnung. Natürlich, wenn sie einvernehmlich sind. Eine Bewohnerin hat einen Freund, der nicht in unserer Einrichtung lebt, den fährt sie regelmäßig besuchen. Ich finde das schön so.

*Interviewer:* Wissen Sie, ob einige Bewohner verhüten?

*Fr. K.:* Da bin ich mir ehrlich gesagt nicht ganz sicher. Einige nehmen die Pille, das weiß ich, aber ansonsten muss ich passen, da in meiner Wohngruppe keiner sexuelle Kontakte hat und damit das Thema Verhütung gar nicht so aktuell ist bzw. bis jetzt war.

*Interviewer:* Das ist völlig in Ordnung. Dann zur nächsten Frage. Wo fängt für Sie sexuelle Gewalt an?

*Fr. K.:* Sexuelle Gewalt fängt für mich bereits bei verbalen Belästigungen an. Oder nicht gewollte Berührungen durch jemand anderes. Natürlich das Schlimmste ist die Vergewaltigung.

*Interviewer:* Kennen Sie Fälle, in dem Bewohner Opfer sexueller Gewalt wurden?

*Fr. K.:* Mir sind zum Glück keine Fälle bekannt, bei denen Bewohner Opfer sexueller Gewalt wurden.

*Interviewer:* Meine Literaturrecherche ergab, dass Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet sind Opfer sexueller Gewalt zu werden. Können Sie sich vorstellen, warum dies der Fall ist?

*Fr. K.:* Das liegt glaube ich daran, weil sich Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht so richtig ausdrücken können bzw. nicht sagen können, dass sie das eigentlich nicht möchten. Sie wissen oft bestimmt gar nicht, was mit ihnen gemacht wird. Ich kann mir auch gut vorstellen, dass Manche glauben, sie müssten das mit Jemanden machen, weil sie sonst vielleicht Ärger bekommen. Manche geistig behinderte Menschen können sich auch körperlich und verbal nicht wehren. Aber dafür sind auch Aufklärungen gut, einfach den Bewohnern verständlich machen, dass sie so etwas nicht machen müssen bzw. mit sich machen lassen müssen.

*Interviewer:* Welche Auswirkungen von sexueller Gewalt kennen bzw. welche konnten Sie selbst vielleicht sogar schon einmal an einem Bewohner beobachten?

*Fr. K.:* Also was das für Auswirkungen haben kann, kann ich nur erahnen. Sie leben wahrscheinlich in sich gekehrt, verängstigt oder werden selbst aggressiv. Das könnte ich mir vorstellen.

*Interviewer:* Was vermuten Sie, wer potentielle Täter sind?

*Fr. K.:* Tja potentielle Täter (überlegt). Ich denke die „Stärkeren“, die vielleicht geistig „fitter“ sind, als ihre Opfer. Oder Menschen, die sich sehr einen Sexualpartner wünschen und keinen bekommen und sich jemanden mit Gewalt suchen.

*Interviewer:* Wenn Verdacht besteht, wie gehen Sie damit um?

*Fr. K.:* Wenn Verdacht bestehen würde, würde ich zuerst mit meinem Team über den Verdacht sprechen. Dann natürlich mit dem Opfer sprechen und schauen, ob sich der Verdacht bestätigt. Dann natürlich die Leitung darüber informieren.

*Interviewer:* Wie wird in der Einrichtung mit der Problematik sexueller Gewalt umgegangen? Wird es tabuisiert?

*Fr. K.:* Tabuisiert wird das Thema in der Einrichtung zum Glück nicht. Wir haben viele Flyer in der Einrichtung gegen sexueller Gewalt liegen und auch das Personal ist in der Hinsicht aufmerksam, dass so etwas hoffentlich nicht geschieht.

*Interviewer:* Welche Maßnahmen zur Prävention gibt es in der Einrichtung?

*Fr. K.:* Es werden Gesprächsrunden angeboten, wenn sie gewünscht werden. Auch, wenn die Betreuer der Meinung sind, dass einige Bewohner eine Aufklärung benötigen, werden diese durchgeführt.

*Interviewer:* Eine mögliche präventive Möglichkeit gegen sexuelle Gewalt ist eine ausreichende Sexualaufklärung. Schätzen Sie den Stand der Aufklärung der Bewohner als ausreichend ein?

*Fr. K.:* Also ich persönlich glaube schon, dass unsere Bewohner auf einem guten Aufklärungsstand sind (überlegt). Ja, würde ich schon sagen. Es kommen wahrscheinlich bei dem ein oder andern mal noch Fragen auf, aber dafür sind wir ja da, dass wir die Fragen oder Probleme, die ein Bewohner bedrückt, beantworten können.

*Interviewer:* Mit meinen Fragen wäre ich am Ende. Ich bedanke mich recht herzlich, dass Sie sich für mich Zeit genommen haben und mir meine Fragen beantwortet haben. Möchten Sie noch etwas ergänzen?

*Fr. K.:* Ich freue mich sehr, dass sie mich für diese Befragung ausgewählt haben. Das ist ein sehr wichtiges Thema.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelor-Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst sowie keine anderen, als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet habe. Alle sinngemäßen und wörtlichen Zitate habe ich als solche kenntlich gemacht.

Magdeburg, 21. Januar 2015

Madlen Fleischer