



Hochschule Merseburg  
FB Soziale Arbeit. Medien. Kultur

## **MASTERARBEIT**

### **Sexuelle und reproduktive Rechte geistig beeinträchtigter Frauen: Einrichtungen der Behindertenhilfe als Zugang oder Barriere zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen?**

**Autorin:** Kathrin Ballenthin

**Studiengang:** Master Angewandte Sexualwissenschaften

**Matrikelnummer:** 13615



**ErstgutachterIn:** Esther Stahl

**ZweitgutachterIn:** Prof. Dr. phil. Heinz-Jürgen Voß

**Abgabe am:** 27. November 2018

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Überblick und Fragestellung</b>	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Theoretischer Rahmen</b>	<b>6</b>
3.1	„Beeinträchtigung“ statt „Behinderung“: Warum? . . . . .	6
3.2	Blick in die Statistik . . . . .	8
3.3	Begriffsbestimmungen . . . . .	9
3.3.1	Geistige Beeinträchtigung/ Behinderung . . . . .	9
3.3.1.1	Geistige Beeinträchtigung/ Behinderung als gesellschaftlich-soziales Phänomen . . . . .	9
3.3.1.2	Beeinträchtigung/ Behinderung aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive . . . . .	11
3.3.1.3	Medizinische Betrachtung gemäß ICD-10 . . . . .	12
3.3.1.4	Behinderung im Sinne des SGB IX . . . . .	14
3.3.1.5	Weitere Formen von Beeinträchtigungen . . . . .	14
3.3.2	Sexualität . . . . .	15
3.3.3	Sexuelle Gesundheit . . . . .	16
3.3.4	Reproduktive Gesundheit . . . . .	17
3.3.5	Sexuelle Rechte im Sinne der WHO . . . . .	18
3.3.6	Was sind Schwangerenberatungsstellen? . . . . .	19
3.3.7	Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sexualität . . . . .	20
3.4	Sexuelle Selbstbestimmung geistig beeinträchtigter Frauen . . . . .	21
3.4.1	Bedeutung und Funktionen sexueller Selbstbestimmung . . . . .	21
3.4.2	Sexualaufklärung und geistige Beeinträchtigung . . . . .	23
3.4.3	Bedeutung von Kooperation und Vernetzung . . . . .	24
3.4.4	Zusammenhang zwischen Sexualaufklärung und sexueller Selbstbestimmung . . . . .	26
3.5	Barrieren und Barrierefreiheit im Kontext geistig beeinträchtigter Frauen . . . . .	27
3.5.1	Was sind Barrieren? . . . . .	27
3.5.2	Bedeutung von Barrierefreiheit . . . . .	30
<b>4</b>	<b>Gesetzlicher Rahmen</b>	<b>32</b>
4.1	Gesetze auf internationaler Ebene . . . . .	32
4.1.1	Das Kairoer Aktionsprogramm von 1994 . . . . .	32
4.1.2	Die Erklärung(en) der sexuellen Menschenrechte . . . . .	33
4.1.3	Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) . . . . .	34
4.2	Gesetze auf nationaler Ebene . . . . .	38
4.2.1	Das Grundgesetz . . . . .	38
4.2.2	§ 1 SGB IX . . . . .	39
4.2.3	Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) . . . . .	40

<b>5</b>	<b>Parallelen zum Abschlussbericht des EU-Daphne-Projekts</b>	<b>41</b>
<b>6</b>	<b>Methodischer Rahmen</b>	<b>43</b>
6.1	Forschungsethik . . . . .	44
6.2	Datenerhebung . . . . .	47
6.2.1	ExpertInnen und ExpertInneninterviews . . . . .	47
6.2.2	Sampling . . . . .	50
6.2.3	Feldzugang . . . . .	50
6.2.4	Der Interviewleitfaden . . . . .	52
6.2.5	Aufzeichnungsmethode . . . . .	54
6.2.6	Reflexion meiner Rolle als Interviewerin . . . . .	55
6.2.7	Transkription und Regeln . . . . .	57
6.3	Auswertung . . . . .	58
6.3.1	Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse . . . . .	58
6.3.2	Struktur des Kategoriensystems . . . . .	59
6.3.3	Methoden der Qualitätssicherung . . . . .	60
<b>7</b>	<b>Empirische Rekonstruktion</b>	<b>61</b>
7.1	ExpertInneninterview EI-I . . . . .	62
7.2	ExpertInneninterview EI-II . . . . .	71
7.3	ExpertInneninterview EI-III . . . . .	76
<b>8</b>	<b>Diskussion</b>	<b>81</b>
<b>9</b>	<b>Maßnahmen zur Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte durch Zugang</b>	<b>89</b>
9.1	Stärkung und Bewusstseinsbildung der geistig beeinträchtigten Frauen . . . . .	89
9.2	Maßnahmen der Qualitätssicherung . . . . .	90
<b>10</b>	<b>Fazit und Ausblick</b>	<b>92</b>
	<b>Quellenangaben</b>	<b>94</b>
	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>102</b>
	<b>Anhang</b>	<b>103</b>
A.1	Interviewleitfaden Masterarbeit . . . . .	103
A.2	Information und Einwilligungserklärung . . . . .	105
A.3	Interviewtranskripte . . . . .	107
A.3.1	Interview EI-I . . . . .	107
A.3.2	Interview EI-II . . . . .	116
A.3.3	Interview EI-III . . . . .	122
A.4	Kategoriensystem . . . . .	129
A.5	Kategorientabellen zur Auswertung . . . . .	133
	1. Kategorie - Haltung zur Sexualität . . . . .	133

2. Kategorie - Sexuelle (Weiter-)Bildung . . . . .	143
3. Kategorie - (Wissen über) Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesetze .	148
4. Kategorie - Sexualpädagogisches Konzept . . . . .	149
5. Kategorie - Sexualpädagogische Materialien und Medien . . . . .	153
6. Kategorie - Interne AnsprechpartnerInnen . . . . .	156
7. Kategorie - Externe AnsprechpartnerInnen . . . . .	161

**Eigenständigkeitserklärung**

# 1 Einleitung

Die Sexualität von Menschen, welche als geistig beeinträchtigt gelten, ist ebenso vielfältig und individuell, wie die aller Menschen. Die Grundbedürfnisse nach Nähe, Zärtlichkeit, Partnerschaft und Freundschaft, Liebe, Leidenschaft, Geborgenheit etc. sind die gleichen (vgl. [59, S. 4]), die jede Person auf ihre ganz eigene Art und Weise, in ihrem „eigenen Tempo“, ihren eigenen Facetten und Ausprägungen empfindet und möglicherweise verwirklichen (oder auch nicht) möchte.

Lange Zeit wurde Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch seitens der Gesellschaft und den Fachkräften in den Einrichtungen der Behindertenhilfe unterstellt, sie hätten geringere oder vom Normalen abweichende Bedürfnisse nach Sexualität, die es, wenn sichtbar vorhanden (oder überhaupt möglich), zu unterbinden galt. Diese Auffassung begann sich erst in den 1980er/ 1990 er Jahren durch Medien, Fachpublikationen und intensive Öffentlichkeitsarbeit von Selbsthilfegruppen und Interessenverbänden langsam zu verändern (vgl. [69, S. 3]).

„Bezogen auf die Gesamtheit von institutionell betreuten Menschen mit Behinderung muss man leider feststellen, dass Sexualität in der Praxis auch heute noch nicht als selbstverständlicher Teil der Persönlichkeitsentwicklung verstanden wird.“ [69, S. 4]

Jedoch stellt Alina Mertens in ihrem Beitrag für das Buch „Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung“ (vgl. [57, S. 320]) fest, dass heute einem Großteil der pädagogischen MitarbeiterInnen in den Wohneinrichtungen bewusst sei, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, wie alle anderen, sexuelle Bedürfnisse haben würden.

Wichtigste Voraussetzung für eine selbstbestimmte und erfüllte Sexualität ist bzw. sind für alle Menschen das Wissen und grundlegende Kenntnisse über Sexualität und den eigenen Körper. Unverzichtbar dafür ist ein barrierefreier Zugang zu umfassenden Informationen und Bildungsangeboten alle Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung betreffend. Jedoch würden besonders Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen Möglichkeiten fehlen, an diese Informationen zu gelangen (vgl. [57, S. 325]). Die wenigen vorhandenen Medien wären u.a. in den Einrichtungen der Behindertenhilfe unbekannt oder nicht zugänglich (vgl. [69, S. 6]).

Stefan Göthling von „Mensch zuerst“, einem Verein für und von Menschen mit Lernschwierigkeiten und selbst „Betroffener“, fordert in seinem Beitrag für das BZgA-Magazin „Sexualität und Behinderung“, dass mit den Themen Sexualität und Beziehung in Wohnheimen und Werkstätten offen umgegangen werden müsse. Weiterhin müsse es bekannte Anlaufstellen geben, wo sich Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen zu diesen Themen beraten lassen können (vgl. [42, S. 25]).

Schwangerenberatungsstellen sind solche Anlaufstellen. Die dortigen Angebote können und sollen von allen Menschen genutzt werden. Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sind dabei keine Ausnahme!

Für viele geistig beeinträchtigte Menschen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben oder arbeiten, war und ist es bislang jedoch üblich, alle Fragen des Lebens mit den dortigen MitarbeiterInnen zu klären. Externe Beratungsangebote sind oft unbekannt oder erscheinen unerreichbar, da z. B. die Bewältigung des Weges dorthin eine

## 2 Überblick und Fragestellung

Barriere darstellen kann (vgl. [65, S. 11]).

Sexuelle Selbstbestimmung, das Recht auf Zugang zu den entsprechenden Informationen und das Wissen über die eigenen (sexuellen und reproduktiven) Rechte wurden zuletzt in der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) verankert, welche seit 26. März 2009 für Deutschland in Kraft getreten ist. Nach fast 10 Jahren Gültigkeit ist es nun an der Zeit für eine Zwischenbilanz, inwiefern diese Rechte im Bewusstsein und im Alltag von Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. deren MitarbeiterInnen präsent sind und umgesetzt werden.

## 2 Überblick und Fragestellung

Im Mittelpunkt meiner Arbeit steht die Fragestellung, inwieweit Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und/ oder arbeiten, Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen haben und somit zur Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte. Zugang im Sinne der vorliegenden Arbeit bedeutet dabei insbesondere das Wissen um die Existenz und die Angebote von Schwangerenberatungsstellen.

Dieser Fragestellung werde ich mich im ersten Teil der Arbeit zunächst theoretisch nähern, um ein wissenschaftlich fundiertes Verständnis sowohl über die Zielgruppe der geistig beeinträchtigten Frauen und ihren Lebenswelten und Erfahrungsräumen, als auch über die zentrale Bedeutung, die Vielfalt und Individualität von Sexualität als ein Grundbedürfnis eines jeden Menschen zu entwickeln. Ich möchte klären, was genau unter einer geistigen Beeinträchtigung und/ oder Behinderung zu verstehen ist und diese Begriffe unter verschiedenen Blickwinkeln betrachten lernen, wobei auch für Barrieren und die sukzessive Schaffung von Barrierefreiheit sensibilisiert werden soll. Ein bedeutender Punkt wird der Überblick und die Zusammenfassung sowohl der international, als auch der in Deutschland gültigen sexuellen und reproduktiven Rechte und der entsprechenden Gesetze im Besonderen für geistig beeinträchtigte Frauen bilden. Der Zusammenhang zwischen (sexueller und reproduktiver) Selbstbestimmung, dem Wissen über die eigenen diesbezüglichen Rechte und geltenden Gesetze, sowie dem Zugang zu (sexueller) Bildung und Informationen wird ebenso dargestellt, wie die Rollen und Aufgaben von Einrichtungen der Behindertenhilfe und Schwangerenberatungsstellen in diesem Kontext.

Abgerundet wird die daraus entstehende Skizze eines Ist-Zustandes der Situation geistig beeinträchtigter Frauen in Bezug auf deren Zugang zu ihren sexuellen und reproduktiven Rechten durch die Vorstellung der Ergebnisse einer aktuellen Studie, welche die Zugänge von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen in vier europäischen Ländern untersucht und ausgewertet hat. Parallelen zur vorliegenden Arbeit scheinen unverkennbar, stützen dadurch deren Hypothesen und untermauern die Notwendigkeit, sich der Thematik meiner Arbeit zuzuwenden.

Vor dem Hintergrund der im ersten Teil dargelegten Situation, Gesetze und erworbenen Erkenntnisse, werde ich mich in einem zweiten Schritt der Fragestellung praktisch

### 3 Theoretischer Rahmen

nähern. Hierfür habe ich drei Einrichtungen der Behindertenhilfe in einer größeren Stadt in Sachsen-Anhalt aufgesucht und in diesen mit den dortigen LeiterInnen ExpertInnen-interviews geführt.

Im Rahmen der Interviews, die im Anhang transkribiert nachzulesen sind, habe ich folgende Aspekte untersucht:

- Haltung der Einrichtungen zur Sexualität der geistig beeinträchtigten Frauen bzw. zur internen Sexualkultur,
- Bedeutung von sexueller (Weiter-) Bildung für Personal und Klientinnen,
- das Vorhandensein bestehender Netzwerke bzw. Kontakte zu außer-institutionellen Einrichtungen insbesondere Schwangerenberatungsstellen, die in Bezug auf Fragestellungen zur Sexualität geistig beeinträchtigter Frauen zusammen arbeiten und sich ergänzen und/ oder unterstützen, sowie
- Ressourcen der jeweiligen Einrichtung bei der Unterstützung der Frauen im Zugang zu ihren sexuellen und reproduktiven Rechten und den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen.

Nachdem ich zunächst ausführlich mein methodisches Vorgehen beschrieben habe, werde ich die einzelnen Interviews auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel rekonstruieren, die Ergebnisse interpretieren und schließlich diskutieren und miteinander vergleichen.

Dabei werde ich Symptome, Ursachen, deren Hintergründe und (Aus-)Wirkungen vorhandener und/ oder erschwelter Zugänge zu Schwangerenberatungsstellen durch die Einrichtungen der Behindertenhilfe analysieren, um für die Bedeutung von Barrierefreiheit vor dem Hintergrund einer selbstbestimmten Sexualität geistig beeinträchtigter Menschen zu sensibilisieren.

Wesentlich ist es für mich im Anschluss auf Basis der verschiedenen Interviews und theoretischen Vorüberlegungen Erfahrungen, Ideen und Maßnahmen zusammen zu tragen, durch welche Einrichtungen der Behindertenhilfe die von ihnen betreuten Frauen im Zugang zu Schwangerenberatungsstellen und damit zur Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktive Rechte unterstützen können. Daraus abgeleitete und somit wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen für Behindertenhilfeeinrichtungen sollen diese Arbeit abrunden, indem sie den Einrichtungen praxisnah „etwas in die Hand geben“, um geltende Gesetze umzusetzen.

## 3 Theoretischer Rahmen

### 3.1 „Beeinträchtigung“ statt „Behinderung“: Warum?

In meiner Arbeit „spreche“ bzw. schreibe ich überwiegend von „geistig beeinträchtigten Frauen“, obwohl in Literatur, Medizin und Gesetzen vorwiegend der Begriff der geistigen Behinderung und eben nicht der Beeinträchtigung definiert wird. Auch die WHO und UN, welche global und kontinuierlich, neben vielen weiteren Themen, Problemen

### 3 Theoretischer Rahmen

und Personengruppen, für die Rechte und Belange von Menschen mit Beeinträchtigungen sensibilisieren und dabei die Bedeutung und den Zugang zu den universellen sexuellen und reproduktiven Rechten und sexueller Gesundheit, sowie die Gleichberechtigung von Mädchen und Frauen einbeziehen und fordern, definieren vordergründig den Begriff der Behinderung als gesellschaftlich-soziales Phänomen (siehe dazu Abschnitt 3.3.1.1).

Ergänzt durch die systemisch-konstruktivistische Perspektive (siehe dazu Abschnitt 3.3.1.2) ergibt sich so eine ganzheitliche Betrachtung über das Entstehen und Verständnis von Beeinträchtigung, welche alle Akteure einer Situation in ihrer Individualität, ihren Lebenserfahrungen, Eigenschaften und Ressourcen wahrnimmt und gleichberechtigt zueinander einbezieht. Es gibt nicht mehr nur den oder die „Behinderte“ mit einem besonderen (Förder-) Bedarf und den oder die „Normalen“, welche auf diesen speziell eingehen und bestehende Barrieren vermeiden bzw. abbauen sollten, sondern wenn, dann behindern sich alle und sind Teil eines Systems der nicht-gelingenden-Interaktion.

Am Anfang der sogenannten „Behinderung“ steht jedoch ein Mensch mit einer, im Falle meines Forschungsgegenstandes, geistigen Beeinträchtigung, die jedoch noch nicht zwangsläufig zu einer Behinderung führen muss. Auch in den vorgestellten Definitionen wird dieser Zusammenhang verdeutlicht.

Es wäre also im Verständnis meiner Arbeit eine Unterstellung bzw. die Vorwegnahme eines eventuellen, (noch) nicht bestätigten oder widerlegten Ergebnisses explizit bei der Gestaltung des Zugangs zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen durch Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen die Frauen leben und/ oder arbeiten, von geistig behinderten Frauen zu sprechen bzw. auszugehen. Gerade dies gilt es herauszufinden: Inwieweit sind die geistig beeinträchtigten Frauen tatsächlich in ihrem Zugang behindert oder (eben) nicht? Wo liegen die Ursachen, im positiven, wie im negativen Sinne?

Diese Betrachtung ermöglicht mir eine wissenschaftlich-neutrale Herangehensweise unter Anlehnung an die Definitionen von WHO, UN, dem SGB IX und ICD-10. Weder belege ich die Frauen subjektiv und vorschnell mit einer oftmals so empfundenen Stigmatisierung als „behindert“, noch unterstelle ich den jeweiligen Einrichtungen eine Behinderung der Frauen.

Dennoch sind beide Begriffe, ob (geistige) Beeinträchtigung oder Behinderung gleichermaßen, insbesondere im „Volksmund“ negativ konnotiert und somit für die betroffenen Menschen stigmatisierend, da sie als solche genutzt und erlebt werden können. Diese Begriffe sind umstritten und es gibt Tendenzen neue (alternative) Bezeichnungen zu verwenden, wie zum Beispiel jener der „Lernbehinderung“ [75, S. 127]. Stefan Göthling, Projektleiter bei „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V., einem Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten, plädiert für die Bezeichnung „Menschen mit Lernschwierigkeiten“ [42, S. 24]).

Im Alltag und der Begegnung von Menschen untereinander, mit oder ohne Beeinträchtigungen, kann es sinnvoll sein auf Einordnungen und Zuschreibungen auf Grund von Verschiedenheit zu verzichten, und stattdessen offen in Kommunikation zueinander zu treten, nachzufragen und eigene Unsicherheiten zu thematisieren. So können



Offenheit, Ehrlichkeit, und Interesse an der Welt und seinen Mitmenschen wesentlich zum Abbau von Barrieren und Ausgrenzungsmechanismen beitragen.

#### 3.2 Blick in die Statistik

Das Bundesamt für Statistik erhebt alle zwei Jahre eine „Bundesstatistik der schwerbehinderten Menschen“. In dieser wird die Anzahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Menschen erfasst, welche eine medizinisch diagnostizierbare Beeinträchtigung haben. Nicht gesellschaftliche und soziale Gegebenheiten werden als Ursache betrachtet, sondern verschiedene Arten von Beeinträchtigungen, deren Ursachen in den Betroffenen selbst liegen und medizinisch erfasst wurden, wie z. B. angeborene Behinderungen, verschiedene Unfälle, Krankheiten, Kriegs-, Wehrdienst oder Zivildienstbeschädigungen (vgl. [72]). Die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes geben also keine Auskunft über die Anzahl der beeinträchtigten Menschen im Sinne des in Art. 1 der UN-BRK oder von der WHO formulierten Verständnisses von Behinderung. Da jedoch umfassendes Zahlenmaterial fehle, welches Behinderung im Sinne des Art. 1 der UN-BRK erfassen würde, müsse auf die Daten des Statistischen Bundesamtes zurück gegriffen werden (vgl. [13, S. 22]). Ende 2015 waren in der BRD insgesamt 7 615 560 Menschen als behindert gemeldet, was einem Bevölkerungsanteil von 9,3% entspricht. Davon waren 3 748 566 Frauen. In Sachsen-Anhalt lebten insgesamt 189 289 als behindert gemeldete Menschen. Die Angaben in der Statistik lassen jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse darauf zu, wie viele der gemeldeten Frauen (und Männer) von einer geistigen Beeinträchtigung betroffen waren, da keine solche Kategorie explizit erhoben wurde (vgl. [72, S. 8]).

Hier eine Übersicht mit zahlenmäßiger Verteilung der als behindert gemeldeten Frauen in der BRD (vgl. [72, S. 15]):

- Angeborene Behinderung: 128 793
- Arbeitsunfall (inkl. Wege- und Betriebswegeunfall, Berufskrankheit): 9166
- Verkehrsunfall: 10 012
- Häuslicher Unfall: 2449
- Sonstiger Unfall: 6937
- Anerkannte Kriegs-, Wehrdienst- oder Zivildienstbeschädigung: 3382
- Allgemeine Krankheit (inkl. Impfschaden): 3 294 242
- Sonstige, mehrere oder ungenügend bezeichnete Ursachen: 293 585

Aus all den verschiedenen erfassten Ursachen kann, neben einer Vielzahl anderer Formen von Beeinträchtigungen (siehe dazu Abschnitt 3.3.1.5), auch eine geistige Beeinträchtigung die Folge sein, Die Anzahl der als geistig behindert gemeldeten Frauen lässt sich mit diesen Daten somit nicht bestimmen, wohl aber die Zahl der als beeinträchtigt geltenden Frauen (und Männer), für die das Recht auf Zugang zu einer selbstbestimmten lebenslangen Sexualität genauso gilt, wie für nicht-behinderte Menschen.

Interessant ist die Statistik auch hinsichtlich der reproduktiven Rechte bzw. Selbstbestimmung (geistig) beeinträchtigter Frauen. Das Statistische Bundesamt ermittelte,

dass 2015 in Deutschland eine Frau bei der Geburt ihres ersten Kindes durchschnittlich 31 Jahre alt war (vgl. [70]). Ebenfalls wertete das Statistische Bundesamt im Bericht „Geburtenantrends und Familiensituation in Deutschland“ aus, dass Frauen zwischen 26 und 34 Jahren die höchste Geburtenhäufigkeit aufwiesen und diese Zahl bis etwa 2020 relativ stabil bleiben würde (vgl. [71, S. 13]). Bedauerlicherweise fehlen im besagten Bericht Angaben zu Mutter- bzw. Elternschaft (geistig) beeinträchtigter Menschen vollkommen.

Betrachtet man nun in der „Statistik der schwerbehinderten Menschen 2015“ [72] alle Frauen in der Altersgruppe der 25 bis 35 jährigen, so ergibt sich eine Anzahl von 165 884. Erweitert man den Fokus auf alle Frauen in einem potentiell gebärfähigen Alter zwischen 15 und 45 Jahren, so wird deutlich, dass 341 856 in der Statistik als behindert erfasste Frauen in einem Alter sind, in welchem sie sich größtenteils mit ihrer Fertilität auseinandersetzen (vgl. [71, S. 17]). Zwar ließe sich aus diesen Daten kein Kinderwunsch ablesen, „jedoch die Annahme, dass sich die benannte Personengruppe mit diesem Thema auseinandersetzen könnte“ [57, S. 323].

Dies gilt natürlich für Männer ebenso, auch wenn sie in den hier ausgewerteten statistischen Angaben insgesamt keine Rolle spielen, was allein in der Thematik meiner Arbeit begründet liegt.

## 3.3 Begriffsbestimmungen

### 3.3.1 Geistige Beeinträchtigung/ Behinderung

(Fach-) Literatur, Gesetze und Medizin bieten eine Vielzahl von Definitionsversuchen. Sie betrachten die Begriffe Beeinträchtigung und Behinderung jeweils aus verschiedenen Blickwinkeln, wobei beide stets in einem Verhältnis zueinander stehen. Individuelle Beeinträchtigungen sind demnach nicht gleichzusetzen mit Behinderungen. Vielmehr sind Behinderungen als Folge von Beeinträchtigungen zu verstehen. Im Folgenden soll ein Überblick zu den für diese Arbeit wichtigsten Perspektiven, welche Basis der daraus resultierenden Definitionen sind, gegeben werden. Diese Ausführungen sind nicht als vollständig zu verstehen, sondern dienen als Grundlage für ein multidimensionales Verständnis von Beeinträchtigung und Behinderung, welches offen für weitere Aspekte ist.

#### 3.3.1.1 Geistige Beeinträchtigung/ Behinderung als gesellschaftlich-soziales Phänomen

Wer sind sie: Die „Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen“?

Eine klare Daphefinition scheidet an der Wirklichkeit, denn alle Menschen, welche mit einer Form dieser Beeinträchtigung leben, verfügen über sehr unterschiedliche Fähigkeiten und Eigenschaften. Sie sind also eine sehr heterogene Personengruppe, über welche sich daher keine verallgemeinernden Aussagen machen lassen. (vgl. [59, S. 4])

### 3 Theoretischer Rahmen

Trotzdem soll hier mit Blick auf die Definitionsversuche internationaler Institutionen verdeutlicht werden, was unter einer geistigen Beeinträchtigung zu verstehen ist und somit diese Menschen gemeinsam zu haben scheinen.

In Artikel 1 der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), auf welche in einem eigenen Kapitel der vorliegenden Arbeit detaillierter eingegangen wird, findet sich eine sehr breit gefasste und dennoch konkretisierende Definition. Demnach sind Menschen dann behindert, wenn sie mit einer langfristigen körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigung leben. Die Bedeutung der Wechselwirkung zwischen diesen individuellen Beeinträchtigungen mit verschiedenen Barrieren, welche ebenfalls noch genauer betrachtet werden, wird betont. Die Folge dieser Wechselwirkung ist die Behinderung der Betroffenen an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe. (vgl. [6, S. 8])

Von zentraler Bedeutung bei der Bestimmung der Zielgruppe dieser Arbeit ist folglich das Vorliegen einer langfristigen geistigen Beeinträchtigung. Eine Behinderung entsteht schließlich dann, wenn die betroffene Frau auf Barrieren trifft, die sie an ihrer gleichberechtigten, selbstbestimmten und vollen Teilhabe an der Gesellschaft hindern. Da, wie bereits erwähnt, auch geistig beeinträchtigte Frauen keine homogene Personengruppe sind, sind auch die Barrieren ganz individuell und werden subjektiv verschieden stark oder auch gar nicht von den betroffenen Frauen als solche wahrgenommen. Während es zum Beispiel für eine Frau, auf Grund ihrer geistigen Beeinträchtigung, eine große Schwierigkeit oder gar ein nicht zu überwindendes Hindernis darstellen kann, ohne Unterstützung den Weg in eine Beratungsstelle zu finden, so kann dies für eine andere Frau, ebenfalls mit einer geistigen Beeinträchtigung, ganz mühelos erscheinen, aber sich dafür an anderer Stelle für sie eine Barriere auftun z. B. in der Kommunikation mit der Beraterin, deren subjektiv als kompliziert empfundene Sprache die ratsuchende Frau nur sehr eingeschränkt oder gar nicht folgen bzw. diese verstehen kann. Für eine dritte Frau könnten sich Barrieren aus einer Kombination von beiden und/ oder ganz anderen Umständen ergeben z. B. in der Schwierigkeit selbst auf andere Menschen zu gehen oder sich einer anderen Person verständlich mitzuteilen. Auf Grund dieser Barrieren werden die einzelnen Frauen auf ganz unterschiedliche Weise an der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, welche für viele Menschen, die ohne (langfristige) Beeinträchtigungen leben, mühelose und nicht hinterfragte Normalität bzw. Selbstverständlichkeit ist, behindert.

Im Blickwinkel dieser Arbeit sind geistige Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen als gesellschaftlich-soziale Phänomene und damit als Lebenserfahrungen zu verstehen. (vgl. [13, S. 9]). Im Wesentlichen bedeutet dies, dass Frauen mit einer geistigen Beeinträchtigung nicht auf Grund dieser, „(. . .) sondern durch das gesellschaftliche und soziale System – durch Barrieren und Ausgrenzungsmechanismen – ausgegrenzt und an einer gleichberechtigten Teilhabe gehindert werden.“ [54, S. 9]

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) folgt der Betrachtung von geistiger Behinderung als gesellschaftlich-soziales Phänomen ebenfalls:

„Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit oder den Beeinträchtigungen eines Kindes abhängig, sondern hängt auch entscheidend davon ab, in welchem Maße die vorhandenen Rahmenbedingungen seine vollständige Beteiligung am gesell-

schaftlichen Leben begünstigen.“ [80]

Trotzdem die WHO in diesem Teil ihrer Definition von den „Beeinträchtigungen eines Kindes“ spricht, bezieht sie sich genauso auch auf Erwachsene. Weiter heißt es darin nämlich, dass geistige Behinderung eine signifikant verringerte Fähigkeit bedeutet, „neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung.“ [80]

Ebenso, wie in der UN-BRK, wird auch hier durch die WHO die Bedeutung der Langfristigkeit einer Beeinträchtigung betont. Beeinträchtigungen, die zum Beispiel auf Grund einer akuten Erkrankung nur vorübergehend bzw. von kürzerer Dauer auftreten und danach wieder verschwinden oder ausheilen und das Leben des betroffenen Menschen nicht maßgeblich und nachhaltig beeinflussen, führen demnach nicht zu einer dauerhaften geistigen Beeinträchtigung und somit zu keiner Behinderung im Sinne dieser Arbeit.

#### **3.3.1.2 Beeinträchtigung/ Behinderung aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive**

Noch weiter und konkreter bei der Definition von Behinderung im Allgemeinen und geistiger Behinderung im Besonderen wird die systemisch-konstruktivistische Perspektive, welche Ortland im Buch „Behinderung und Sexualität“ darlegt und mit anderen Autoren teilt. Demnach ist Behinderung nicht ein Kennzeichen einer Person, sondern wird als Relation zwischen der als behindert bezeichneten Person und deren Umwelt verstanden (vgl. [58, S. 11]). Treffend zitiert Ortland dazu Walthes (ebenda): „Behinderung ist der nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit.“

In diesem Sinne ergänzt die Perspektive in der vorliegenden Arbeit das Verständnis von Behinderung als gesellschaftlich - soziales Phänomen.

Alle Beteiligten einer Situation gehen verschieden mit den vorliegenden Bedingungen um und nehmen so Einfluss auf die jeweilige Situation. Somit tragen alle Akteure für Gelingen und Misslingen der Kommunikations- und Interaktionsprozesse Verantwortung (ebenda).

Aus einer geistigen Beeinträchtigung ergibt sich zwangsläufig (noch) keine geistige Behinderung. Eine (geistige) Behinderung entsteht erst dann, wenn zum Beispiel eine Frau auf Grund einer individuellen kognitiven Einschränkung komplexe Sprache, Texte und Zusammenhänge nur schwierig, teilweise oder gar nicht erfassen kann, jedoch durchaus in der Lage ist die Inhalte in „Leichter Sprache“, auf die später näher eingegangen werden soll, zu verstehen, sich jedoch die an der Situation beteiligten (Gesprächs-) PartnerInnen nicht auf diese Form der Kommunikation einlassen können oder wollen (Anpassungsleistung) und ausschließlich „ihre“ und für sie untereinander verständliche Sprache als die „richtige“ bewerten (Bewertungsprozesse) (vgl. ebenda). Eine solche Situation wäre zum Beispiel in einer Beratungssituation in einer Schwangerenberatungsstelle, wobei auch jede andere Beratungsstelle in Frage kommen kann,

### 3 Theoretischer Rahmen

denkbar, wo die Beraterin möglicherweise nicht in „Leichter Sprache“ geschult oder für die Bedürfnisse und Besonderheiten geistig beeinträchtigter Frauen sensibilisiert ist. Obwohl die nicht gelingende Verständigung für die Frau mit einer geistigen Beeinträchtigung wesentlich gravierender erlebt werden und stärkere Auswirkungen haben kann, so haben doch beide das Kommunikationsproblem, also auch die Beraterin. Ortland konstatiert hierzu: „Eine Änderung des 'Problems' kann allerdings vorrangig von den Menschen ohne Behinderung aufgrund deren variableren Kommunikationsmöglichkeiten vorgenommen werden. Ob also ein Merkmal als Behinderung erfahren wird oder nicht, hängt von den Bewertungsprozessen und Anpassungsleistungen aller sozialen Partner in den verschiedenen Situationen ab.“ (vgl. ebenda)

Im beschriebenen Beispiel könnte dies zum Beispiel bedeuten, dass die geistig beeinträchtigte Frau von ihrer Erfahrung in der Beratungsstelle so verunsichert wurde, dass sie sich zukünftig zurückzieht und, trotz ihres möglichen Bedarfes, Beratungssituationen nach Möglichkeit meidet. Ebenso wäre denkbar, dass die Klientin eine andere Beratungsstelle aufsucht und dort neue Erfahrungen sammelt oder um eine andere BeraterIn bittet, eine Vertrauensperson fragt, sie zu begleiten und ggf. zu „übersetzen“ und/ oder die jeweilige Beraterin darauf aufmerksam macht, langsamer und in einfacheren Sätzen zu sprechen. Die Beraterin könnte diesen Hinweis annehmen oder ihn ignorieren, sie könnte ebenso durch diese Situation erkennen, dass sie selbst Bedarf hat, sich weiterzubilden oder an einer Supervision teilzunehmen, sie könnte die Klientin auch von sich aus an eine KollegIn oder Beratungsstelle verweisen, die in „Leichter Sprache“ geschult ist oder selbst gar kein „Problem“ in der Kommunikation empfinden. Diese und viele weitere Szenarien sind denkbar.

„Fazit: Viele Bewertungsprozesse und Anpassungsleistungen sind möglich und denkbar und machen deutlich, dass Behinderung ein Konstrukt der beteiligten Personen ist.“ (ebenda, S. 12)

#### **3.3.1.3 Medizinische Betrachtung gemäß ICD-10**

Eine medizinische Betrachtungsweise und somit auch Definition von „geistiger Beeinträchtigung“ findet sich in der ICD-10, der derzeit aktuellsten und international gültigen Version der in Kurzfassung so genannten Internationalen Klassifikation der Krankheiten, welche von der WHO herausgegeben wird und aus der sich auch die deutsche Ausgabe ableitet. Im Gegensatz zu einem Verständnis „geistige Beeinträchtigung bzw. Behinderung“ als gesellschaftlich-soziales Phänomen zu betrachten und zu untersuchen, liegt der Fokus in der ICD-10 in einer medizinisch-defizitorientierten Betrachtung der Fähigkeiten und des abweichenden Gesundheitszustandes eines Menschen im Vergleich zu seinen „gesunden“ Mitmenschen. Die Diagnose einer geistigen Beeinträchtigung wird auf Grundlage der ICD-10 von einem Arzt gestellt. Von wesentlicher Bedeutung ist hier das V. Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“, welchem unter den Diagnoseschlüsseln F70 bis F79 die Intelligenzstörungen angehören. Demnach ist eine Intelligenzstörung „Ein Zustand von verzögerter oder unvollständiger Entwicklung der geistigen Fähigkeiten; besonders beeinträchtigt sind Fertigkeiten, die sich in der Entwicklungsperiode manifestieren und die zum Intelligenzniveau beitragen, wie Ko-

### 3 Theoretischer Rahmen

gnition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzminderung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten.“[22, S. 217] Die ICD-10 betont, dass die Diagnose durch eine(n) erfahrene(n) DiagnostikerIn gestellt wird, welcher mittels der Anwendung standardisierter Intelligenztests und möglicher Erweiterungen, sowie auf Basis seiner professionellen Beurteilung der gegenwärtigen intellektuellen Funktionsfähigkeit der bzw. des, in diesem Falle, sogenannten PatientIn, eine fundierte Aussage über den Schweregrad der individuellen Intelligenzminderung treffen kann. Die ICD-10 unterscheidet in verschiedenen Diagnoseschlüsseln zwischen den möglichen Schweregraden von Intelligenzminderungen gemessen am IQ. Die für diese Arbeit relevanten fasse ich im Folgenden kurz zusammen (vgl. [23]):

**Leichte Intelligenzminderung (F70)** Der IQ-Bereich liegt zwischen 50-69, was bei einem Erwachsenen einem Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren entspricht. Vorrangig sind Lernschwierigkeiten in der Schule, jedoch können viele Erwachsene arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und aktiv am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Entspricht einer leichten geistigen Behinderung.

**Mittelgradige Intelligenzminderung (F71)** Der IQ-Bereich liegt zwischen 35-49, was bei einem Erwachsenen einem Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren entspricht. Deutliche Entwicklungsverzögerung zeigen sich bereits in der Kindheit. Ein gewisses Maß an Unabhängigkeit, eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung können viele noch erreichen. Der Unterstützungsbedarf im täglichen Leben und bei der Arbeit ist vom Einzelnen abhängig. Entspricht einer mittelgradigen geistigen Behinderung.

**Schwere Intelligenzminderung (F72)** Der IQ-Bereich liegt zwischen 20-34, was bei einem Erwachsenen einem Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren entspricht. Andauernde Unterstützung ist notwendig. Entspricht einer schweren geistigen Behinderung.

**Schwerste Intelligenzminderung (F73)** Der IQ liegt unter 20 und entspricht einem Intelligenzalter unter 3 Jahren. Hochgradige Beeinträchtigungen bei der eigenen Versorgung, in der Kommunikation und Beweglichkeit. Entspricht einer schwersten geistigen Behinderung.

**Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung (F79)** Diese Diagnose bedeutet, dass die Informationen über einen Patienten nicht ausreichend sind, um die vorliegende Intelligenzminderung in eine der oben genannten Kategorien einzuordnen. Gemeint sind geistige Beeinträchtigungen oder Defizite ohne spezifizierende Angaben.

Erwähnenswert ist, dass in der ICD-10 die Möglichkeit von Veränderungen in den intellektuelle Fähigkeiten und Kompetenzen in der soziale Anpassung eines Menschen ausdrücklich benannt wird. Einmal gestellt ist eine Diagnose also nichts Starres und muss so für immer gültig sein. Die Erkrankung bzw. Beeinträchtigung kann sich verändern, insbesondere hinsichtlich ihres Schweregrades. Die ICD-10 verweist dabei auf

### 3 Theoretischer Rahmen

die Bedeutung von Übungen, die allerdings nicht näher definiert werden, und Rehabilitation durch welche die individuell bestehenden Beeinträchtigungen, „(…) wenn auch nur in geringem Maße (...)“, verbessert werden können.[22, S. 217]

Selbstverständlich folgt die ICD-10, als weltweite medizinische Grundlage und gemeinsame Sprache unter Ärzten und Ärztinnen über Diagnosen und Prognosen, einem Verständnis von Gesundheit und Krankheit. So werden andere Einflussfaktoren, welche für die Beurteilung über das Vorliegen einer Beeinträchtigung von Bedeutung sein können, wie soziale und gesellschaftliche, aber auch wirtschaftliche, politische und kulturelle Aspekte nicht berücksichtigt. Medizinisch wird so davon ausgegangen, dass sich die sogenannten Intelligenzminderungen nur in einem geringen Maße eben durch medizinische Maßnahmen (Übungen und Rehabilitation) verbessern lassen, wohingegen eine ganzheitliche Betrachtungsweise Interventionen entwickeln und ergreifen ließe, die für Betroffene und alle Menschen zu einer veränderten, lebensbejahenden Wahrnehmung von „Beeinträchtigungen“ führen könnten, was sich auch auf die gefühlte Lebensqualität und die ganz eigene Beurteilung über Gesundheit und Krankheit eines in einem medizinischen Sinne beeinträchtigten Menschen günstig auswirken würde.

#### 3.3.1.4 Behinderung im Sinne des SGB IX

Im neunten Buch des Sozialgesetzbuches (SGB IX) mit dem Titel „Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen“ wird in Art. 2 Abs. 1 Behinderung wie folgt definiert:

*„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“* [78]

Im Sinne des SGB IX liegt also eine Behinderung dann vor, wenn die gleichberechtigte Teilhabe eines Menschen am Leben in der Gesellschaft, auf Grund der Wechselwirkung von einer oder mehrerer Beeinträchtigungen und verschiedener äußerer Barrieren, für wahrscheinlich länger als sechs Monate erschwert ist.

#### 3.3.1.5 Weitere Formen von Beeinträchtigungen

Trotzdem die Zielgruppe der Untersuchung in der vorliegenden Masterarbeit ausschließlich Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen sind, sollen weitere Formen der Beeinträchtigungen kurz Erwähnung finden, um die Vielfältigkeit zu verdeutlichen und einen, wenn auch sehr begrenzten, Überblick zu geben. Die vorgestellten Perspektiven, unter welchen Beeinträchtigung bzw. Behinderung betrachtet und gedacht werden können, sind allgemein und auf alle individuellen Lebenserfahrungen, Gegebenheiten und Ressourcen eines Menschen übertragbar. In den einzelnen Definitionen wurden bereits alle weiteren Formen von Beeinträchtigungen, die zu Behinderungen führen können, klar benannt und sind hier zusammengefasst und kurz mit Beispielen erklärt:

**körperliche Beeinträchtigungen** Einer körperlichen Beeinträchtigung liegt eine physiologische Einschränkung zu Grunde, die angeboren oder auch, zum Beispiel auf Grund eines Unfalls, einer (chronischen) Erkrankung oder eines Schlaganfalls, im Laufe des Lebens erworben sein kann.

Bsp.: Schädigungen des Zentralnerven- oder Skelettsystems, Fehlbildungen des Skeletts oder der Gliedmaßen, Muskelsystemerkrankungen [52, S. 7]

**seelische Beeinträchtigungen** Sie betreffen nicht messbare Dimensionen wie Fühlen, Handeln, Wahrnehmung oder Orientierung. Seelische Beeinträchtigungen sind äußerst vielfältig, da sie subjektive Phänomene sind, für die es keine definierte Norm gibt und deren Ursachen oft unbekannt bleiben.

Bsp.: schizophrene, wahnhaft oder affektive Störungen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Belastungs- und Anpassungsstörungen [7]

**Sinnesbeeinträchtigungen** Beeinträchtigungen im Bereich des Sehens und/ oder Hörens bis hin zur völligen Taub- oder Stummheit. Sie können angeboren sein oder erworben wurden. Auch Veränderungen in anderen Bereichen der Wahrnehmung und deren Verarbeitung zählen dazu. [52, S. 7]

**Mehrfachbehinderungen** Sind eine Kombination aus verschiedenen der oben genannten Beeinträchtigungen.

#### 3.3.2 Sexualität

Tatsächlich wurde der Begriff „Sexualität“ erstmals im Jahre 1820 von dem Botaniker August Henschel in seinem Buch „Von der Sexualität der Pflanzen“ verwendet. Er bezeichnete damit damals die Aufteilung der Pflanzen in jene mit männlicher und solche mit weiblicher Ausprägung. Somit wurde Sexualität, später schließlich auch die menschliche, lange Zeit unter medizinisch-biologischen Gesichtspunkten betrachtet und untersucht. [58, S. 16]

Heute ist sich die Fachwelt in Bezug auf die Sexualität der Menschen darin einig, dass der Versuch einer einheitlichen Definition, an der Vielfalt und dem Facettenreichtum menschlicher Sexualität, scheitern muss. Ortland schreibt, dass Sexualität als Entwicklungsaufgabe eines jeden Menschen zu begreifen sei. In der Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen, die sich durch sexuelle Erfahrungen ausdifferenzieren, und gesellschaftlichen Anforderungen, müsse der Einzelne zu seiner eigenen sexuellen Identität finden. [58, S. 16]

Das ganzheitliche Verständnis und den Blick auf die Vielfalt der Facetten von dem, was Sexualität bedeutet und ausmacht, fasste die WHO im Jahre 2002 in ihrer Definition von „Sexualität“ wie folgt zusammen:

*„Sexualität ist ein zentraler und lebenslang andauernder Aspekt des Mensch-Seins und umfasst das Geschlecht, das soziale Geschlecht und Geschlechterrollen, sexuelle Orientierung, Erotik, Vergnügen/ Genuss, Intimität und Fortpflanzung. Sexualität erfährt und drückt sich aus in Gedanken, Phantasien, Wünschen, Vorstellungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensweisen, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Sexualität kann all diese Dimensionen beinhalten, oft werden bzw. müssen jedoch auch nicht all*



### 3 Theoretischer Rahmen

*diese Dimensionen erfahren und ausgedrückt (werden bzw. sein). Sexualität wird beeinflusst vom Zusammenspiel biologischer, psychologischer, sozialer, politischer, kultureller, ethischer, gesetzlicher, historischer, religiöser und spiritueller Faktoren.*“ (aus [84, S. 5] übersetzt durch die Autorin)

„Sexualität ist Lebenskraft.“, stellt die pro familia Broschüre „Sexualität und geistige Behinderung“ gleich am Anfang klar [59, S. 4]. Einige Beispiele, die wohl sehr viele Menschen in ihrem eigenen Leben erfahren (haben), lassen die Bedeutung dieser Aussage auch emotional (be-) greifen: „Ein glücklich verliebter Mensch fühlt sich zum Bäume-Ausreißen; ein Paar, das sich gut versteht, bildet eine Einheit gegen den Rest der Welt. Und wer Befriedigung lustvoll erlebt, kann seinen Körper besser annehmen und Entspannung und Wohlgefühl genießen.“ (ebenda) Da ein Mensch mit einer geistigen Beeinträchtigung, ganz gleich, welchem (sozialen) Geschlecht er sich zuordnen mag, die gleichen Grundbedürfnisse hat, wie alle anderen Menschen, heißt das knappe Fazit:

*„Sexualität gehört zur Persönlichkeit eines Menschen – Menschen mit Behinderungen sind da keine Ausnahme.“* (ebenda)

Barbara Ortland fasst als Autorin des Buches „Behinderung und Sexualität“ ihre Erfahrungen, Recherchen und Fachkenntnisse so zusammen:

*„Sexualität kann begriffen werden als allgemeine, jeden Menschen und die gesamte menschliche Biografie einschließende Lebensenergie, die den gesamten Menschen umfasst und aus vielfältigen Quellen - soziogenen und biogenen Ursprungs – gespeist wird. Sie beinhaltet eine geschlechtsspezifische Ausprägung, kennt ganz unterschiedliche – positiv oder negativ erfahrbare – Ausdrucksformen und ist in verschiedenster Weise sinnvoll.“* [58, S. 18]

Wie schon aus dem Definitionsversuch der WHO, geht auch bei Ortland ganz klar hervor, dass Sexualität als Lebensenergie und lebenslanges Bedürfnis eines jeden Menschen zu verstehen ist, welche(s) das ganze Individuum umfasst und von vielfältigen Aspekten beeinflusst wird.

Gerade vor dem Hintergrund der immer wieder genannten enormen Bedeutung von Sexualität als Lebenskraft, Lebensenergie und Grundbedürfnis für jeden einzelnen Menschen, stimmt der Befund von Clausen und Herrath sehr nachdenklich und fordert die Veränderung von kruden Einstellungen in den Köpfen der Menschen bzw. Gesellschaft.

*„Sexualität zu leben nach den eigenen Vorstellungen – darin werden Menschen mit Behinderungen auch heute noch behindert.“* [17, S. 11]

#### 3.3.3 Sexuelle Gesundheit

Auf Grund des enormen Einflusses, welche (lebenslange) Sexualität für das Wohlbefinden eines jeden Menschen in unterschiedlichem Maße hat, kann daraus geschlossen werden, dass ein Mangel an gewünschter ganz individueller Sexualität auf Grund verschiedenster Barrieren auch auf die Gesundheit des jeweiligen Menschen negativen Einfluss nehmen kann. Die WHO hat dies erkannt und schließt vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs, welcher bei der Beurteilung des individuellen

### 3 Theoretischer Rahmen

Wohlbefindens einer Person, körperliche, geistige und soziale Zusammenhänge berücksichtigt, somit auch sexuelle Gesundheit als Bestandteil von Gesundheit ein (vgl. [13, S. 7]). In diesem Sinne definiert die WHO sexuelle Gesundheit folgendermaßen: *„Sexuelle Gesundheit ist untrennbar mit Gesundheit insgesamt, mit Wohlbefinden und Lebensqualität verbunden. Sie ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt eine positive und respektvolle Haltung zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus sowie die Möglichkeit, angenehme und sichere sexuelle Erfahrungen zu machen, und zwar frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich nur erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden.“* [81]

Diese Sicht der WHO lässt keinen Zweifel daran, dass das Recht auf Erlangen und die Erhaltung sexueller Gesundheit für alle Menschen weltweit gleichermaßen gilt. Darin sind selbstverständlich auch geistig beeinträchtigte Frauen (bzw. Menschen) eingeschlossen, deren sexuelle Rechte ebenso achtens- und schützenswert sind, wie die nicht beeinträchtigter Menschen.

#### 3.3.4 Reproduktive Gesundheit

In Anlehnung und Erweiterung an die Definition der WHO von sexueller Gesundheit, versteht sich auch reproduktive Gesundheit als ein Zustand von uneingeschränkten körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf das System, die Funktionen und Prozesse der Fortpflanzung eines jeden Menschen (vgl. [76, S. 59]).

Bereits 1968 sicherten die Vereinten Nationen im Rahmen der Menschenrechtskonferenz in Teheran allen Menschen das Recht auf Familienplanung zu. Dieses Recht wurde 1994 durch die Vereinten Nationen im Rahmen der Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo erneut aufgegriffen, da man erkannt hatte, dass reproduktive Gesundheit als Recht für alle Menschen gleichermaßen, nicht allein durch den Zugang zu Verhütungsmitteln und Beratung in allen Fragen der Sexualität und Familienplanung garantiert und erreicht werden würde (vgl. [48]). Der Begriff musste konkretisiert und weitere Aspekte berücksichtigt werden. Auf das Kairoer Aktionsprogramm als Ergebnis der erwähnten Konferenz soll in meiner Arbeit im Abschnitt 4.1.1 noch näher eingegangen werden.

Zinsmeister bezieht sich auf die Ausführungen der Sexualwissenschaftlerin und Professorin Ulrike Busch zum o. g. Aktionsprogramm und erklärt:

*„Das Kairoer Aktionsprogramm trägt der besonderen Bedrohung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit von Mädchen und Frauen Rechnung und will zugleich gezielt gegen Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen vorgehen, deren reproduktive Rechte und die Freiheit, einen eigenen Haushalt und eine Familie zu gründen, häufig missachtet und gezielt eingeschränkt werden.“* [85, S. 49]

Während z. B. in vielen stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe von einem Großteil der MitarbeiterInnen angenommen würde, dass natürlich auch Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen Wünsche und Bedürfnisse nach Sexualität, Nähe und

### 3 Theoretischer Rahmen

Partnerschaft leben wollen würden, habe eine Schwangerschaft im stationären Kontext noch immer Seltenheitswert (vgl. [57, S. 320]). Der Wunsch nach einem eigenen Kind und/ oder mit einem Partner zusammen leben zu wollen und somit auch nach Normalität, Selbstständigkeit und Ablösung von der Herkunftsfamilie, würde häufig von der scheinbar nicht-beeinträchtigten Umwelt der geistig beeinträchtigten Menschen belächelt und nicht ernst genommen werden (vgl. ebenda S. 320).

*„Sexualität nur im Falle geprüften Liebreizes unter kontrollierender Aufsicht zu gestatten, ist das Garau für jede persönlichkeitsstärkende Erfahrung. Vor allem ist es Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen, denn ihnen wird verweigert, aus dem Ganzen sexueller Wirklichkeiten Erfahrungswissen zu schöpfen.“* [44, S. 24]

Da eine mögliche Schwangerschaft die Folge von Geschlechtsverkehr bzw. Sexualität sein kann, ist es nur folgerichtig, dass sexuelle und reproduktive Rechte „Hand-in-Hand“ gehen und sich gegenseitig ergänzen. Das eine ist ohne das andere nicht denkbar! Daher muss es in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und allen anderen Orten, in denen Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen leben bzw. ihren Alltag verbringen, auch eine offene und kritische Auseinandersetzung mit deren reproduktiven Rechten geben, um Vorurteile abzubauen und barrierefreie Zugänge zu gewährleisten.

#### 3.3.5 Sexuelle Rechte im Sinne der WHO

Der Begriff der sexuellen Rechte wurde bereits in der Definition der WHO über die Bedeutung sexueller Gesundheit erwähnt und soll hier vertiefend aufgegriffen und erläutert werden.

In meiner deutschen Übersetzung möchte ich das grundlegende Verständnis der WHO über das Wesen und die Dimension der sexuellen Menschenrechte wirken lassen:

*„Sexuelle Rechte beziehen Menschenrechte ein, die bereits in nationalen Gesetzen, dem internationalen Menschenrechtsdokument und anderen (Konsens-) Erklärungen anerkannt wurden. Sie schließen das Recht aller Menschen ein frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt:*

- *das Höchstmaß sexueller Gesundheit zu erreichen, inklusive dem Zugang zu sexueller und reproduktiver medizinischer Versorgung;*
- *Informationen über Sexualität zu suchen, zu bekommen und zu vermitteln;*
- *zu sexueller Bildung;*
- *vor Respekt der eigenen körperlichen Integrität;*
- *zu freier Partnerwahl;*
- *zu entscheiden sexuell aktiv oder nicht zu sein;*
- *zu einvernehmlichen sexuellen Beziehungen;*
- *zu einvernehmlicher Hochzeit;*
- *zu entscheiden ob und wann man Kinder möchte;*
- *einem befriedigenden, sicheren und lustvollen Sexualleben nachzugehen.*

### 3 Theoretischer Rahmen

*Die verantwortungsvolle Anwendung der Menschenrechte erfordert, dass alle Menschen die Rechte anderer (gleichermaßen) respektieren.“ [84, S. 5]*

Auf Basis der Bedeutung sexueller Gesundheit und den daraus abgeleiteten für alle Menschen geltenden sexuellen (und reproduktiven) Rechten, darf kein Mensch über die sexuellen Wünsche, Bedürfnisse, Gefühle, Lebensentwürfe, Phantasien, Orientierungen eines anderen urteilen oder bestimmen. Eine Grenze in der Freiheit der eigenen Rechte liegt nur dort, wo sie die Integrität eines anderen gegen seinen Willen verletzen würde oder andere per Gesetz geschützt sind, wie dies zum Beispiel beim Verbot sexueller Handlungen an Kindern und Schutzbefohlenen der Fall ist.

Auch Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen verfügen über all diese Rechte und können diese selbstbestimmt wahrnehmen; zumindest in der Theorie. Zum praktischen Umgang und der realen Situation in der Verwirklichung dieser Rechte werde ich an anderer Stelle noch näher eingehen.

#### **3.3.6 Was sind Schwangerenberatungsstellen?**

In Schwangerschaftsberatungsstellen kann sich jeder Mensch, unabhängig seines Geschlechts, seiner sexuellen Orientierung, seiner Nationalität, Hautfarbe, ethnischen Zugehörigkeit, seines Alters, Glaubens, seiner wirtschaftlichen Situation, politischen und sozialen Anschauungen, Einstellungen, Werte und sonstigen individuellen Merkmalen oder Besonderheiten zu allen Fragen rund um Schwangerschaft, Familienplanung, Partnerschaft und Sexualität kostenfrei und auf Wunsch anonym beraten lassen. Bei Bedarf kann auf Wunsch und mit Einverständnis der/ des Ratsuchenden insbesondere bei schwierigen Themen auch der Rat externer Fachleute hinzugezogen werden, um so eine optimale und ganzheitliche Beratung zu gewährleisten.

In der Regel bieten die meisten Schwangerenberatungsstellen Beratung zu folgenden Themen an:

- Verhütungsmethoden
- Familienplanung
- Sexualberatung
- medizinische Aspekte von Schwangerschaft und Geburt
- unerfüllter Kinderwunsch
- Schwangerschaftsberatung
- Elternschaft und Familie
- Schwangerschaftskonfliktberatung (sofern die Beratungsstelle eine nach §218 und §219 StGB anerkannte Beratungsstelle ist)
- Pränataldiagnostik
- Humangenetische Beratung
- Partnerschaft und Partnerschaftskonflikte
- Gewalt
- Beratung für unter 20-jährige

### 3 Theoretischer Rahmen

- finanzielle Ansprüche und rechtliche Aspekte während der Schwangerschaft und nach der Geburt
- Vermittlung von Stiftungsanträgen zur finanziellen Unterstützung (z. B. Bundesstiftung „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“)
- Adoption
- Leben mit einem kranken oder behinderten Kind
- Probleme nach einem Schwangerschaftsabbruch, einer Fehlgeburt oder Kindstod

Häufig bieten Schwangerenberatungsstellen auch sexualpädagogische Gruppenveranstaltungen und Weiterbildungen zu den oben genannten Themen für verschiedene Zielgruppen, wie beispielsweise Kinder, Jugendliche, Erwachsene, Menschen mit Beeinträchtigungen und Fachkräfte aus verschiedenen pädagogischen, sozialen und medizinischen Berufen an (vgl. [12]).

Die Angebote der Beratungsstellen erfolgen dabei meist in Form von Einzel-, Paar-, Familienberatung und Gruppenarbeit.

Träger von Schwangerenberatungsstellen können z. B. die Gesundheitsämter von Städten, Landkreisen und Kommunen, ebenso wie freie Träger, Vereine und Organisationen sein, die zum Teil auch konfessionell verbunden sind.

#### 3.3.7 Einrichtungen der Behindertenhilfe und Sexualität

*„In Wohnheimen und Werkstätten muss mit dem Thema Sexualität und Beziehung offen umgegangen werden. Für Menschen mit Lernschwierigkeiten muss es bekannte Anlaufstellen geben, wo sie sich zu diesem Thema beraten lassen können.“ [42, S. 25]*

Die von mir im Rahmen der vorliegenden Arbeit aufgesuchten drei Einrichtungen der Behindertenhilfe, wie Werkstätten für beeinträchtigte/ behinderte Menschen (WfbM), ambulant oder stationär betreute Wohnrichtungen und Tagesgruppen, sind für viele beeinträchtigte Menschen die (einzigen) Orte, an dem sie soziale Beziehungen herstellen und leben können. Vor dem Hintergrund, dass für viele von ihnen die eigenen Eltern und Geschwister auch im Erwachsenenalter von zentraler Bedeutung bleiben, insbesondere wenn sie die Pflege und Betreuung ihres erwachsenen Kindes übernehmen (vgl. [13, S. 12]), erscheinen die Einrichtungen der Behindertenhilfe als die wichtigsten und oft einzigen außerfamiliären Sozialisationsinstanzen, die individuelle Entfaltungsräume bzw. -möglichkeiten bieten und in welchen neben Freundschaften ebenfalls Partnerschaften und sexuelle Beziehungen entstehen können. Sie sind Orte der Begegnung, des Austauschs, des (miteinander) Lernens und Arbeitens, sie generieren individuelle und gemeinsame Erfahrungen und fördern so auch die sozialen Kompetenzen, Ressourcen, Stärken und Schwächen der Einzelnen (in einer Gemeinschaft).

Die BZgA weist in ihrem Konzept „Sexualaufklärung für Menschen mit Beeinträchtigungen“ deutlich darauf hin, dass die MitarbeiterInnen in den Einrichtungen oft die wichtigsten Ansprechpersonen für die beeinträchtigten KlientInnen sind, die dabei auch die Sexualaufklärung übernehmen und dafür über die entsprechenden Kompetenzen verfügen müssen (vgl. [13, S. 13]).

### 3 Theoretischer Rahmen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Frage gestellt, wie der Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen für die dortigen Klientinnen seitens der Einrichtungen gestaltet wird.

Träger dieser Einrichtungen sind in Deutschland sowohl öffentliche Träger, als auch freie Träger, wie beispielsweise Selbsthilfeinitiativen, Stiftungen, Wohlfahrtsvereine und -verbände, konfessionell verbundene Werke und Organisationen, Behindertenwerkstätten etc.

#### 3.4 Sexuelle Selbstbestimmung geistig beeinträchtigter Frauen

*„Eine möglichst selbstbestimmte Sexualität setzt grundlegende Kenntnisse über Sexualität und Körpervorgänge voraus. Gerade Menschen mit Lernschwierigkeiten sind auch noch im Erwachsenenalter oft sehr unaufgeklärt. (...) Körper- und Sexualaufklärung sollte als Grundrecht von Menschen anerkannt und umgesetzt werden. Dazu gehören auch Informationen über die Gleichwertigkeit unterschiedlicher sexueller Orientierungen, über sexuellen Missbrauch sowie über das Recht auf Fortpflanzung. Entsprechende Angebote sollten Menschen mit Behinderung regelhaft in allen Lebensphasen erreichen.“ [69, S. 5]*

##### 3.4.1 Bedeutung und Funktionen sexueller Selbstbestimmung

Aus einer Vielzahl nationaler und internationaler Gesetze geht das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung aller Menschen hervor. Dieses Recht wurde in Bezug auf beeinträchtigte bzw. behinderte Menschen nochmals gesondert aufgegriffen und in zusätzlichen Gesetzen konkretisiert, wodurch auf die Themen Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung beeinträchtigter Menschen ein besonderer Fokus gelegt ist, der sich möglicherweise mit der Notwendigkeit begründen lässt, per Gesetz deutlich zu machen und grundsätzlich durchzusetzen, dass sich Beeinträchtigung und Sexualität nicht ausschließen, sondern Bedürfnis aller Menschen sind. In Kapitel 4 soll auf bedeutende Gesetze, aus denen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung beeinträchtigter Menschen hervor geht, noch näher eingegangen werden.

Grundsätzlich haben Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung in der BRD die selben Rechte ihre Persönlichkeit zu entfalten, wie all jene, ohne eine solche Beeinträchtigung. Im Hinblick auf die Sexualität bedeutet dies, dass sie z. B. selbst entscheiden (dürfen), ob und mit wem sie eine Beziehung eingehen, sei sie hetero- oder homosexuell, oder wen sie heiraten (eingetragene Lebenspartnerschaften eingeschlossen) möchten und ob und wann sie eigene Kinder wollen, auch wenn z. B. Pflegepersonen, Eltern, Fachkräfte, Ärzte und Ärztinnen dagegen sein sollten.

Julia Zinsmeister, Juristin und Professorin für Zivil- und Sozialrecht an der FH Köln, beschreibt die verschiedenen Funktionen des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung (vgl. [85, S. 50]). Als Abwehrrecht würde es die eigene Sexualität vor Fremdbestimmung, Gewalt, sexueller Ausbeutung und Freiheitsberaubung schützen. Pflicht des Staates sei es, Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre des Einzelnen, in sein Privat- und Familienleben, sowie in seine körperliche und seelische Integrität zu unterlassen und

### 3 Theoretischer Rahmen

vor Über- und Eingriffen durch Dritte zu schützen. Zusätzlich sei es Pflicht des Staates, Voraussetzungen zu schaffen, um Menschen tatsächlich in die Lage zu versetzen, von ihren Menschenrechten Gebrauch machen zu können. Damit entfalte das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung als Menschenrecht auch die Funktion von Schutz-, Teilhabe- und Leistungsrechten. Insbesondere beeinträchtigte Menschen sind auf gesellschaftliche Solidarität und staatliche Maßnahmen angewiesen, was den Abbau von vorhandenen Barrieren und somit den Zugang zur Wahrnehmung der eigenen (sexuellen und reproduktiven) Rechte fördern würde.

Zinsmeister konstatiert: „*Sexuelle Selbstbestimmung setzt Autonomie im Alltag voraus und bereits diese wird vielen Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht ermöglicht, sei es aus Mangel an Ressourcen oder aus wohlmeinender Fürsorge (Paternalismus) heraus.*“ [85, S. 50]

Daraus resultiere Fremdbestimmung, die sich in vielfältigen Formen ausdrücken könne, wie z. B. (vgl. ebenda):

- in Drohungen (z. B. Entzug von Fürsorge oder Liebe ankündigen), physischer und psychischer Gewalt, um den Willen eines Menschen zu beugen,
- im Vorenthalten von Informationen oder Entscheidungsoptionen, um ihn subtil in eine gewünschte Richtung zu lenken,
- im Bestärken von Irrtümern,
- Entmündigen, indem man z. B. für den betroffenen Menschen Entscheidungen trifft oder ihm/ ihr die Möglichkeit nimmt, die Situation mit zu gestalten.

Um dagegen (sexuell) selbstbestimmt handeln zu können, sei es nötig, dass eine Person über Entscheidungsoptionen verfügt, über welche sie sachgerecht informiert ist und natürlich die Gelegenheit erhält, sich eigenverantwortlich zu entscheiden. Besonders geistig beeinträchtigten Menschen werde nach Zinsmeister oft die Möglichkeit zur Selbstbestimmung vorenthalten, wodurch sie erst recht darin behindert werden würden, ihre Fähigkeiten zu selbstbestimmten Handeln (weiter- ) zu entwickeln (vgl. ebenda S. 53).

Ein Mensch ist erst dann zu selbstbestimmten Handeln fähig, wenn er die Bedeutung und Tragweite seines Handelns versteht und erkennen kann, was seinem Wohle entspricht. Zusätzlich muss er in der Lage sein, seinen Willen nach Außen und für Andere wahrnehmbar artikulieren zu können. Durch das Recht auf Selbstbestimmung müssen beeinträchtigte Menschen in ihren individuellen Möglichkeiten und Fähigkeiten gefördert werden, um selbstbestimmt Handeln und so ihre Rechte autonom wahrnehmen zu können. Der Zugang zu Bildung und Informationen ist dabei von wesentlicher Bedeutung. Um die Bildungs- und Informationsbedarfe geistig beeinträchtigter Menschen nicht (länger) zu ignorieren, müssen Informationen in leichter und Beratungen oder Veranstaltungen, Seminare zusätzlich in langsamer Sprache zugänglich sein bzw. erfolgen können (vgl. ebenda S. 53f.).

Einmal mehr bringt es Zinsmeister auf den Punkt: „*Das Recht auf Selbstbestimmung umfasst auch das Recht, unklug zu handeln und sich dabei gegebenenfalls selbst zu schädigen. Wo immer ein erwachsener Mensch zur freien Willensbildung in der Lage*

*ist und eine selbstbestimmte Entscheidung trifft, ist für stellvertretende Entscheidungen Dritter von vornherein kein Raum.“ (ebenda S. 56)*

#### 3.4.2 Sexuaufklärung und geistige Beeinträchtigung

*„Menschen mit Behinderungen haben zu den Themen Sexualität, Elternschaft und Partnerschaft kontinuierlichen Beratungsbedarf und bilden eine wichtige Zielgruppe in der täglichen Arbeit.“ [30, S. 16]*

Dies stellen zwei erfahrene Mitarbeiterinnen aus der Schwangerenberatung bzw. Projektkoordination der pro familia Hessen fest. Sie müssen es wissen!

Wenn Sexualität nun als eine Lebensenergie verstanden wird, welche die gesamte menschliche Biografie einschließt, dann unterscheiden sich (geistig) beeinträchtigte Menschen hinsichtlich ihres Bedarfs nach Beratung und Informationen nicht von jenen, welche ein Leben ohne Beeinträchtigung führen können. Allerdings können Beeinträchtigungen dazu führen, „dass Menschen ihre Sexualität nur eingeschränkt leben/ erfahren können.“ [13, S. 19] Sexuaufklärung zielt immer darauf ab, den einzelnen Menschen darin zu unterstützen, einen aufgeklärten, selbstbestimmten, verantwortungsvollen und selbstverantwortlichen Umgang mit seiner individuellen Sexualität leben zu können. Gerade für (geistig) beeinträchtigte Menschen ist für eine gelingende Unterstützung die Berücksichtigung der spezifischen Voraussetzungen des bzw. der Einzelnen durch Fachkräfte, Freunde, Familie, ÄrztInnen etc. unabdingbar. Die Herausforderung besteht darin, „Sexuaufklärung so zu gestalten, dass Menschen mit Beeinträchtigungen erreicht werden, sich angesprochen fühlen und Hilfestellung erfahren.“ [13, S. 19] Die Vermittlung von Informationen und die Förderung von Kommunikationsfähigkeit, z. B. durch das „Geben“ von Worten bzw. Sprache zu Körper- und Geschlechtsstellen, natürlichen körperlichen Vorgängen und Reaktionen, Emotionen und sexuell konnotierten Handeln und Erleben, sowie die Förderung der Motivation sich auch als sexuelles Wesen zu begreifen und über eigene Bedürfnisse sprechen zu können, sind wesentliche Inhalte von Sexuaufklärung.

Damit dies gelingen kann, ist es wichtig, dass all jene, die mit (geistig) beeinträchtigten Menschen arbeiten, sie pflegen und/ oder beraten, eine zielgruppenspezifische und kontinuierliche Qualifizierung erhalten. Nur so ist eine bedarfsgerechte Sexuaufklärung umsetzbar.

Einem ganzheitlichen Verständnis von Sexuaufklärung für Menschen mit (geistigen) Beeinträchtigungen, liegen mehrere Annahmen zu Grunde, die im Folgenden zusammengefasst werden (vgl. [13, S. 17-18]):

- In Bezug auf den aufzuklärenden Menschen ist Sexuaufklärung alters- und entwicklungsgerecht. Biologische, genderspezifische, soziale, kulturelle, beeinträchtigungs- und behinderungsbezogene Gegebenheiten werden berücksichtigt, wodurch Sexuaufklärung der Lebenswirklichkeit der bzw. des (geistig) beeinträchtigten Menschen gerecht wird.
- Sexuaufklärung basiert auf den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten, insbesondere auf den Vorgaben der UN-BRK (siehe Kapitel 4).



### 3 Theoretischer Rahmen

- Wohlbefinden und sexuelle Gesundheit stehen im Mittelpunkt.
- Gleichstellung der Geschlechter, Anerkennung von Vielfalt und Selbstbestimmung sind die Basis von Sexuaufklärung. Im Vordergrund steht nicht die jeweilige Beeinträchtigung eines Menschen, sondern sie bzw. er in seiner Gesamtheit.
- Sexuaufklärung ist ein lebenslanger Prozess.
- Sexuaufklärung fußt auf aktuellen, wissenschaftlich abgesicherten Informationen und ist insbesondere in Bezug auf beeinträchtigte Menschen interdisziplinär auszurichten.
- Sexuaufklärung orientiert sich an den Stärken und Möglichkeiten der bzw. des Einzelnen.
- Die individuelle Selbstbestimmung in Bezug auf Zustimmung und Ablehnung körperlicher und emotionaler Nähe ist zentral, was besonders für Menschen in Abhängigkeitsverhältnissen wichtig ist (z. B. weil eine geistig beeinträchtigte Frau auf die Förderung, Unterstützung, Begleitung und das Wohlwollen von Pflegepersonal und/ oder ihres gesetzlichen Betreuers angewiesen ist).
- Sexuaufklärung zielt darauf ab gegenseitigen Respekt, Mitgefühl und Gerechtigkeit zu fördern und zu stärken und kann so zum Abbau von Vorurteilen in der Gesellschaft im Hinblick auf die Sexualität geistig beeinträchtigter Menschen beitragen.

Wie ein Plädoyer für die Sexuaufklärung geistig beeinträchtigter Menschen erscheint das folgende Zitat, welches anschaulich und lebensnah das Recht auf Sexuaufklärung und den Zugang zu Informationen mit der Notwendigkeit danach und den menschlichen Bedürfnissen nach Liebe, Partnerschaft, Familie und Sexualität verbindet:

*„Es ist erwiesen, dass aufgeklärte Kinder viel seltener Opfer sexueller Übergriffe werden, dass aufgeklärte Frauen seltener ungewollt schwanger werden, und dass Männer, die wissen, wie und warum man Kondome benutzt, sich seltener mit Geschlechtskrankheiten anstecken.“* [62, S. 6]

#### 3.4.3 Bedeutung von Kooperation und Vernetzung

Es ist nicht selbstverständlich, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben oder arbeiten, Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen in Wohnortnähe haben (vgl. [65, S. 11]). Fragen des alltäglichen Lebens werden oft direkt in den Einrichtungen selbst geklärt. Die Themen Sexualität, Partnerschaft, Liebe, Familienplanung, sofern sie von den geistig beeinträchtigten Menschen thematisiert und/ oder vom Personal aufgegriffen werden, sind dabei keine Ausnahme. Das umfangreiche Beratungsangebot externer Beratungsstellen ist nicht selten für die Betroffenen schlichtweg unbekannt. Und wenn doch, dann fühlen sich viele unsicher gegenüber dieser „neuen“ Möglichkeit selbstständig eine solche Beratungsstelle aufzusuchen, deren Weg vielleicht unbekannt ist. Diesen alleine und ohne Unterstützung durch vertraute Bezugspersonen bewältigen zu müssen, kann auch Angst machen und ein scheinbar unüberwindbares Hindernis für die betroffenen Menschen darstellen.

### 3 Theoretischer Rahmen

Martina Puschke, Projektleiterin in der politischen Interessenvertretung behinderter Frauen im Weibernetz e. V., weist in einem Interview mit dem pro familia Magazin darauf hin, dass es sehr hilfreich sein kann, wenn die Beratungsstellen ihre sexualpädagogischen Angebote direkt in den Einrichtungen der Behindertenhilfe vorstellen und somit für BewohnerInnen bzw. KlientInnen und Personal gleichermaßen publik machen. Dass manche Beratungsstellen eine aufsuchende Beratung in den Einrichtungen anbieten, hält Puschke im Rahmen einer Übergangsphase für sinnvoll. Anzustreben sei im Sinne der Inklusion letztlich jedoch die Befähigung der beeinträchtigten Menschen durch individuelle Unterstützung, die generell üblichen Beratungsangebote wahr nehmen zu können [65, S. 11]. Dies könne z. B. schon dadurch erreicht werden, indem Einrichtungen der Behindertenhilfe und externe Beratungsstellen in einem grundsätzlichen Austausch miteinander stünden. Bei Fragen zu Themen rund um Sexualität und Familienplanung könnten so alle beteiligten Akteure profitieren und voneinander lernen: die geistig beeinträchtigten Frauen und Männer, ebenso wie Fachkräfte und LeiterInnen der Behindertenhilfeeinrichtungen, sowie die BeraterInnen in den Schwangerenberatungsstellen durch den unmittelbaren Kontakt zu den einzelnen Zielgruppen, die selbst ExpertInnen für ihre eigenen Bedarfe sind. Weiterbildungen und Schulungen für Personal und KlientInnen könnten optimal auf die jeweiligen Bedarfe zugeschnitten werden. Auch der Zugang zu Beratung bei ganz individuellen Fragen und Themen wäre insbesondere für die beeinträchtigten Menschen erleichtert. Ein offener Umgang mit Sexualität in den Einrichtungen könnte dazu beitragen, dass das Äußern, Einfordern und Inanspruchnehmen von Beratung als etwas ganz Natürliches und Selbstverständliches empfunden werden würde. Innere Hemmschwellen würden abgebaut und müssten keine unüberwindbare Barriere darstellen. Dies gilt für Fachkräfte ebenso, wie für die beeinträchtigten Menschen (vgl. ebenda).

Martina Puschke empfiehlt Schwangerenberatungsstellen im Kontakt mit den Einrichtungen der Behindertenhilfe, auch Werkstatträte in den Werkstätten für beeinträchtigte Menschen, den Wohnerrat in Wohneinrichtungen oder die Frauenbeauftragte, sofern es diese in der jeweiligen Einrichtung gibt, mit einzubeziehen, da diese die Selbstvertretungsorganisationen der beeinträchtigten Menschen sind und somit die Zielgruppe direkt und ohne Umwege erreicht werden könne (vgl. ebenda S.11). Für Menschen mit Beeinträchtigungen sind Kooperation und Vernetzung zwischen den einzelnen Akteuren der Behindertenhilfe und Schwangeren- und Familienberatungsstellen ausschlaggebend für die Schaffung von barrierefreien Zugängen zu Informationen und Beratungsangeboten bei allen Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. Kooperation und Vernetzung begünstigen grundlegend den Auf-, Ausbau, die Weiterentwicklung und den Erhalt barrierefreier Strukturen und verwirklichen und gewährleisten somit die Umsetzung des Rechts auf Zugang zu Beratung und Informationen für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen.

#### 3.4.4 Zusammenhang zwischen Sexualaufklärung und sexueller Selbstbestimmung

Schwangerenberatungsstellen sind auf Basis ihres umfangreichen Angebots zu allen Fragen und Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung zentrale Orte bzw. Anlaufstellen für alle Menschen und Zielgruppen gleichermaßen (vgl. hierzu Abschnitt 3.3.6). Da diese Themen zugleich grundlegende menschliche Bedürfnisse sind, die in allen Lebensphasen in ganz unterschiedlicher und individueller Form und Ausprägung gelebt werden (wollen), ermöglichen die MitarbeiterInnen von Schwangerenberatungsstellen allen Ratsuchenden den Zugang zu Informationen, Unterstützung und Begleitung in bzw. bei den oben genannten Themen. Sie leisten einen bedeutenden Beitrag in der Sexualaufklärung verschiedenster Zielgruppen. Die Sensibilisierung für die besonderen Bedarfe von Menschen mit (geistigen) Beeinträchtigungen und die Weiterentwicklung bestehender Konzepte und Standards, um im Sinne der Inklusion für sie „erreichbar“ zu sein und „verständlich“ beraten, aufklären und Informationen weitergeben zu können, hat in den letzten Jahren zunehmend an Bewusstsein und Engagement bei den Anbietern bzw. Trägern von Schwangerenberatungsstellen gewonnen, wobei insbesondere der Landesverband der pro familia Hessen mit seinem im September 2017 zu Ende gegangenen Vorreiter-Projekt „Selbstverständlich Inklusion“ zu nennen ist (vgl. [63, S. 3]).

Sexualaufklärung schließt Aufklärung und Information über die allgemeinen und eigenen sexuellen und reproduktiven Rechte mit ein. Diesen Beitrag leisten Schwangerenberatungsstellen mit ihren Angeboten ganz wesentlich, weshalb der Zugang zu ihnen durch den bzw. die Einzelne(n) von enormer Bedeutung ist, da er gleichzusetzen ist mit dem Zugang zu eben gerade diesen Rechten. Nur wer seine Rechte kennt, kann diese auch einfordern! Ein aufgeklärter Mensch lässt sich nicht bzw. weniger von der Meinung, Auffassung oder dem vermeintlich (gut gemeinten) Rat von Mitmenschen beirren, verunsichern, bevormunden, unterdrücken etc. und wird stärker zu seinen Bedürfnissen stehen und (versuchen) sich professionelle Unterstützung (zu) holen, wenn sie im Rahmen der Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung benötigt wird.

Einen weiteren Aspekt von Sexualaufklärung beschreibt der Sonder- und Heilpädagoge Norbert Koop: *„Menschen mit Behinderungen selbst sollen entsprechend aufgeklärt, informiert, gebildet und unterstützt werden: Selbstwahrnehmung, Selbstbehauptung, Sich-entscheiden-können und Nein-Sagen-Können fördern ein Bewusstsein für Grenzen und Grenzüberschreitung und stellen damit auch eine Basis für eine selbstbestimmte Sexualität dar.“* [50, S. 21]

Für viele Menschen mit (geistigen) Beeinträchtigungen stellen zunächst die Einrichtungen der Behindertenhilfe, in denen sie leben und/ oder arbeiten, ihren Lebensmittelpunkt dar. Erste AnsprechpartnerInnen bei allen Fragen des täglichen Lebens sind die MitarbeiterInnen der dortigen Einrichtungen (vgl. hierzu die Abschnitte 3.3.7 und 3.4.3), welche in der Regel keine ausgebildeten Sexualpädagogen sind oder gleiche umfassende professionelle Erfahrungen haben, wie die MitarbeiterInnen von Schwangerenberatungsstellen. Allerdings sind sie als unmittelbare Bezugs- und/ oder Vertrauenspersonen der betroffenen Frauen und Männer diejenigen, welche den ersten Kontakt

### 3 Theoretischer Rahmen

zwischen ihrer bzw. ihrem Klienten/In mit einer (Schwangeren-) Beratungsstelle herstellen können. Sie sind DAS Bindeglied zwischen Ratsuchender bzw. Ratsuchendem und MitarbeiterIn der Beratungsstelle. In diesem Verständnis ist es sogar die Pflicht der MitarbeiterInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe ihre KlientInnen über die Angebote und die Erreichbarkeit von Schwangerenberatungsstellen zu informieren und sie entsprechend der individuellen Fähigkeiten und Ressourcen des beeinträchtigten Menschen darin zu unterstützen, diese Angebote wahrnehmen zu können (z. B. durch Herstellen von Kontakt, Unterstützung bei Terminvereinbarung, Begleitung zur Beratungsstelle etc.). Nur so, also durch eine wohlwollende, offene und, in Bezug auf die individuellen Anliegen und Bedürfnisse der KlientInnen, sensible Zusammenarbeit zwischen den einzelnen, beteiligten Akteuren, kann der Zugang zu Informationen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung für die (geistig) beeinträchtigten Frauen und Männer gewährleistet werden. Der Zugang zu Informationen ist damit erwiesenermaßen gleichzusetzen mit dem Wahrnehmen-Können der eigenen sexuellen und reproduktiven Rechte!

Nora Eisenbarth und Petra Zimmermann, Mitarbeiterinnen der pro familia Hessen, konstatieren auf Basis ihrer professionellen Erfahrungen und im Wissen darum, dass auf dem Weg der Inklusion (geistig) beeinträchtigter Menschen noch vieles getan werden muss: „Aber: Die Anstrengung lohnt sich, denn der Zugang zu Beratung in Fragen zu Sexualität, Elternschaft und Partnerschaft ist ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen.“ [30, S. 19]

## 3.5 Barrieren und Barrierefreiheit im Kontext geistig beeinträchtigter Frauen

### 3.5.1 Was sind Barrieren?

*„Selbst wenn – wie immer mehr zu beobachten ist – die Themen Sexualität und Partnerschaft in den Konzeptionen der Einrichtungen der Behindertenhilfe Einzug halten, bedeutet das noch nicht, dass der Zugang zu einem entsprechenden Angebot ermöglicht werden kann.“ [50, S. 20]*

Zugänge werden für geistig beeinträchtigte Menschen durch vielfältige Barrieren erschwert oder gar unmöglich gemacht; zumindest ohne die Unterstützung durch Dritte.

Schon die ehrliche Beantwortung folgender Fragen durch die MitarbeiterInnen und Leitungen der Behindertenhilfeeinrichtungen, könne erste Aufschlüsse über das Vorhandensein von Barrieren liefern: Wie erfahren Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen von externen Beratungsangeboten zu den Themen Sexualität, Liebe, Partnerschaft, Familienplanung etc.? Sind Flyer und Broschüren in einfacher Sprache („Leichter Sprache“) in den Einrichtungen der Behindertenhilfe ausgelegt und zugänglich? Bestehen Kontakte zwischen Einrichtungsleitung und Schwangerenberatungsstellen, von denen die BewohnerInnen wissen und profitieren z. B. durch das Angebot von Weiterbildungskursen, Themenabenden etc. (vgl. ebenda)?

Das Fehlen von Informationsmaterialien, wie Büchern, Filmen, Broschüren und Flyern kann ebenso zu einer Barriere für die bzw. den Einzelne(n) werden, wie das Vor-

### 3 Theoretischer Rahmen

handensein von Materialien und Medien, die nicht oder nur mit Einschränkungen zugänglich sind, weil sie z. B. in einem Schrank verschlossen liegen und erst ein(e) MitarbeiterIn der Einrichtung gebeten werden muss, diesen Schrank zu öffnen, Zugang zu einem DVD-Player, Fernseher oder Computer zu gewähren, der eben auch aus verschiedensten Gründen, die z. B. in der Heimordnung (z. B. „Nachtruhe“), personeller Besetzung oder persönlichen Befindlichkeiten des Personals (gegenüber der bzw. dem KlientIn, Willkür, Überforderung) liegen können, versagt werden kann.

Die beeinträchtigte Person würde hier in ihrer selbstbestimmten Ausübung ihres Rechts auf Zugang zu Informationen von ihrer Umwelt behindert. Die von Dritten konstruierten und durch entsprechende Maßnahmen abbaubaren Barrieren wären für den einzelnen Menschen mitunter nicht eigenständig überwindbar, er wäre auf Unterstützung angewiesen, zu welcher er allerdings auch wieder Zugang bräuchte, was die Überwindung weiterer Barrieren bedeuten könnte. Ein Teufelskreis für die Betroffenen, der durch Sensibilität, Offenheit, Ehrlichkeit, Professionalität und die Bereitschaft aller, die mit beeinträchtigten Menschen arbeiten, im Dialog mit ihnen durchbrochen und gelöst werden kann! Zu berücksichtigen ist, dass Situationen, in welchen Menschen auf die Unterstützung anderer angewiesen sind, immer auch die Gefahren eines Abhängigkeitsverhältnisses in sich bergen. Insbesondere für Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe einen großen Teil ihres Alltags verbringen, ist das Risiko erhöht, da sie auf das Wohlwollen, die Wertschätzung und Unterstützung des Personals angewiesen sind, um sowohl alltägliche Bedürfnisse und Herausforderungen zu stillen bzw. zu bewältigen, als auch darin, die eigenen (sexuellen und reproduktiven) Wünsche leben zu können und Zugang zu entsprechenden Informationen und Hilfestellung zu erhalten.

*„Sind erst einmal diese ‚äußeren‘ Barrieren überwunden, stellt sich in Bezug auf Fragen zu Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung bzw. Lernschwierigkeiten schnell die Frage, wer eigentlich den Beratungsbedarf hat. Sind es die Menschen mit Behinderung selbst oder sind es die Angehörigen bzw. BetreuerInnen der Einrichtungen?“ [50, S. 20]*

Barrieren sind also sehr vielfältig. In Bezug auf geistig beeinträchtigte Menschen können sie auf gesellschaftlichen oder individuellen Vorurteilen basieren z. B. in der Annahme, dass eine geistig beeinträchtigte Frau nicht Mutter sein und sich ausreichend um ein Kind kümmern könne (vgl. [62, S. 15]). Oft würde einer Frau mit Behinderung, gleich welcher Form, das Muttersein per se abgesprochen. Auf Grund dieses Irrglaubens werden geistig beeinträchtigte Frauen oder werdende Mütter immer wieder mit den Zweifeln und Bedenken ihrer BetreuerInnen, Eltern und/ oder Geschwister, Pflegepersonen etc. konfrontiert und von diesen in ihren Wünschen oder ihrer zukünftigen Mutterrolle verunsichert und gar unter Druck gesetzt, den Kinderwunsch zu „begraben“, die Schwangerschaft abzubrechen oder das Kind zur Adoption frei zu geben (vgl. [57, S. 316, 319]). Sie werden in Ihrem Recht zu entscheiden, ob und wann die Geburt eines Kindes erwünscht ist, das sich aus Artikel 8 der IPPF-Charta, auf welche im 4. Kapitel näher eingegangen wird, massiv beschnitten.

Interessant ist auch, dass Menschen mit einer geistigen Beeinträchtigung signifikant weniger im Internet aktiv sind, als Menschen mit einer anderen Beeinträchtigungsform

### 3 Theoretischer Rahmen

(z. B. des Sehens oder Hörens, körperliche Beeinträchtigungen), obwohl Menschen mit Beeinträchtigungen insgesamt deutlich häufiger als Nicht-Beeinträchtigte das Internet als Medium nutzen würden. In einer Umfrage der Aktion „Internet ohne Barrieren“, die vom Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie im Rahmen der Kampagne „Internet für alle“ durchgeführt wurde, gaben 70% der Befragten mit einer geistigen Beeinträchtigung an, noch nie im Netz gewesen zu sein (vgl. [66]). Die Gründe dafür liegen nicht allein in technischen Barrieren, wie z. B. dem Fehlen eines Computers mit Internetzugang, und sind auch nicht „nur“ auf sprachliche Barrieren (z. B. komplexe, schwierige Sprache) zurück zu führen. „Vielmehr erfordert das Internet einen versierten Umgang mit Maus und Tastatur, es ist Erfahrung mit Suchmaschinen und Werbebannern nötig sowie die Kenntnis von Standards, die einem intuitiv die Orientierung im Internet erleichtern. Diese Orientierung ist für viele Menschen mit geistiger Behinderung nur schwer herzustellen.“ [14, S. 12]. Davon betroffen ist schließlich auch der Zugang zu Informationen rund um die Themen Sexualität, Familie, Liebe, Kinderwunsch etc., selbst wenn darin fachlich spezialisierte und seriöse Webseiten, wie z. B. jene von pro familia e. V., diese Informationen auch für geistig beeinträchtigte Menschen aufbereitet haben und anbieten.

Weiterhin ist eine große Herausforderung im Kontakt und in der Beratung von Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen die Kommunikation. Für viele dieser KlientInnen ist „Umgangssprache“, so wie sie von Nicht-Beeinträchtigten ganz selbstverständlich und unbewusst gesprochen wird, nur schwer oder gar nicht verständlich. Sie wird von ihnen als zu schnell, komplex und zum Teil kompliziert empfunden. Aber auch herkömmliche Bücher, Broschüren und Flyer, die zu den Themen Sexualität, Kinderwunsch, Liebe etc. informieren wollen, können für viele geistig beeinträchtigte Frauen und Männer eine Barriere darstellen, da die gewünschten und gesuchten Informationen in komplexen Sätzen und schwierigen Worten „versteckt“ liegen. Um auf die spezifischen Bedarfe dieser Zielgruppe einzugehen, hat sich das Anwenden von Leichter Sprache bewährt (vgl. [14, S. 10f]).

In den letzten Jahren haben viele Träger von Schwangerenberatungsstellen ihr Angebot von Broschüren und Informationsmaterialien zu den Themen Liebe, Partnerschaft, Sexualität, Verhütung, Kinderwunsch etc. auch in Leichter Sprache übersetzt und somit umfangreiche Informationen Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen zugänglich gemacht. Hier eine kleine interessante Auswahl, die auch im Literaturverzeichnis zu finden ist:

- Die Broschüren „Liebe ist für alle da“ und „Schwanger – Was nun?“ des Bezirksverbandes Niederrhein der Arbeiterwohlfahrt e. V. [5, 4]
- Die Hefte „Liebe, Sex und Verhütung“, „Rat und Hilfe in der Schwangerschaft“ und „Schwangerschaft und Geburt“ von donum vitae e. V. [27, 28, 29]
- Die Flyer des Familienplanungszentrums (FPZ) Hamburg zu verschiedenen Verhütungsmitteln und -methoden mit genauen Erklärungen zur jeweiligen Anwendung [35, 39, 36, 37, 38, 32, 33, 34]
- Die Broschüren „Liebe und Sexualität. Fragen und Antworten in Leichter Sprache“ und „Verhütung in Leichter Sprache“ von pro familia e. V. [60, 61]

### 3 Theoretischer Rahmen

„Materialien in Leichter Sprache sind wichtig. Genauso wichtig ist es jedoch, auch in Leichter Sprache beraten zu können.“, weiß Martina Puschke. Hilfreich könne es für Betroffene und BeraterInnen gleichermaßen sein, so Puschke, zur Verdeutlichung des Gesagten Bildkarten einzusetzen, ebenso wie eine „rote Karte“, welche die beratende Person hoch halten könne, wenn es zu schwer werden würde.

Zwar bezieht sich Puschke mit diesen Hinweisen auf die BeraterInnen in den Schwangerenberatungsstellen, doch erscheint es schlüssig, dass sämtliche Institutionen, welche im Kontakt mit geistig beeinträchtigten Menschen stehen, diese Empfehlungen berücksichtigen, MitarbeiterInnen entsprechend schulen und diese Techniken und Methoden im Alltag mit der Zielgruppe implementieren, um diese nicht am (Recht auf) Zugang zu Informationen zu (be-)hindern und aus beeinträchtigten Menschen behinderte Menschen zu machen. Dies gilt im Besonderen für die Einrichtungen der Behindertenhilfe, deren Selbstverständnis ihrer Arbeit es sein sollte, Ihre KlientInnen bzw. BewohnerInnen in ihren Rechten zu stärken und sie somit auch in ihrem Zugang zu diesen zu fördern und zu unterstützen.

#### 3.5.2 Bedeutung von Barrierefreiheit

Martina Puschke bringt die Bedeutung von Barrierefreiheit im Rahmen eines Interviews mit dem pro familia Magazin auf den Punkt:

*„Verkürzt gesagt, müssen Menschen mit Behinderung Zugang zu allen Informationen und Beratungsangeboten haben in vergleichbarer Weise wie Menschen ohne Behinderung auch.“ [65, S. 8]*

Die Beurteilung ob ein Mensch uneingeschränkter und autonomer Zugang zu den gewünschten bzw. benötigten Informationen bzw. Leistungen (z. B. gynäkologische Untersuchungen/ Behandlungen, Beratung, Weiterbildung etc.) und damit zu seinen Rechten hat, kann eben nur durch die bzw. den Betroffenen selbst erfolgen. Barrierefreiheit ist somit höchst individuell und es ist Aufgabe des Gesetzgebers, des Staates und allen beteiligten Akteuren im Bereich der Behindertenhilfe und im Unterstützungsnetzwerk auf die ganz individuellen Bedarfe der bzw. des (geistig) beeinträchtigten Menschen einzugehen. Dabei müssen sich Inhalte und Form von Sexualaufklärung bzw. sexueller Bildung an den Erfahrungen und der Art und Ausprägung der Beeinträchtigung der unterstützten Person orientieren (vgl. ebenda).

Darüber hinaus lässt sich Barrierefreiheit verwirklichen, wenn Betreuende, Fachkräfte und Institutionen in ihre Arbeit und im Alltag mit den (geistig) beeinträchtigten Menschen sensibel die folgenden Prinzipien berücksichtigen, sie hinterfragen und konsequent umsetzen (vgl. [69, S. 5]):

- Einfachheit von Informationen z. B. durch die Verwendung von Leichter Sprache,
- Lebendigkeit z. B. durch das Anwenden spielerischer Methoden bei der Wissensvermittlung,
- Multi-Sinnlichkeit z. B. durch das Einsetzen kreativer Elemente,
- Anschaulichkeit herstellen z. B. durch die Verwendung von Bildmedien und Modellen,

### 3 Theoretischer Rahmen

- Informationen wortwörtlich (be-) greifbar machen etwa durch Gegenstände zum haptischen Erleben,
- Wiederholung z. B. durch regelmäßige Gesprächsangebote, Weiterbildungen, Kurse.

Die Umsetzung dieser Prinzipien erfolgt konkret in ganz unterschiedlichen (sexualpädagogischen) Angeboten, wie Einzelgesprächen, Filmabenden, Exkursionen, Gruppenveranstaltungen sowie in den bereitgestellten Informationsmaterialien zu sexuellen Themen wie z. B. in Büchern, Filmen und sonstigen Medien. Sie gelten sowohl im Rahmen der Angebote für die beeinträchtigten Männer und Frauen, als auch für gemischte Gruppen, ebenso wie für Veranstaltungen und Angebote für Fachkräfte und Betreuungspersonen (vgl. ebenda).

Barrierefreiheit wird also in der Art und Weise deutlich, wie Menschen sich einander verständlich machen und der bzw. dem Gegenüber Aufmerksamkeit, auch in scheinbar Beiläufigem, entgegen bringen. In Bezug auf die spezifischen Bedarfe vieler geistig beeinträchtigter Menschen heißt dies im Wertschätzen von Langsamkeit und dem Anwenden von einfacher und verständlicher Sprache im Rahmen von Beratung und im Nutzen von Medien, sowie zur Verfügung stellen von Texten bis hin zum Internetauftritt. Barrierefreiheit „bedeutet die Abschaffung von Hindernissen, die dem Recht auf gleichberechtigte Teilhabe entgegen stehen, weil sie den Zugang zu Beratung, medizinischer Untersuchung und Behandlung u.v.m. erschweren bzw. unmöglich machen.“ [79, S. 37]. Zusätzlich ist sie ein Recht, dass von einer bzw. einem Einzelnen in Bezug auf ihre bzw. seine spezifischen Bedarfe beansprucht werden kann z. B. um Zugang zu Informationen über Verhütungsmethoden oder Unterstützungsmöglichkeiten in der Schwangerschaft zu bekommen. Barrieren im Vorfeld vorzubeugen bzw. angemessene Vorkehrungen zu treffen, ergänzt und erweitert Barrierefreiheit ebenfalls entscheidend, trägt zur Schaffung von gleichberechtigter Teilhabe und Inklusion von Menschen mit Beeinträchtigungen bei und baut deren Diskriminierung ab. Barrierefreiheit sollte Ziel eines Staates und sämtlicher seiner Institutionen, insbesondere jenen im Bereich der Behindertenhilfe und in sämtlichen Beratungseinrichtungen sein und dort konzeptionell verankert werden. Sie ist auf alle Formen möglicher Beeinträchtigungen auszurichten. Außerdem ist deren Umsetzung als ein Prozess zu verstehen, an welchem die Beteiligung der Betroffenen als ExpertInnen in eigener Sache selbstverständlich ist. Vermeintlich geschaffene Barrierefreiheit muss im Sinne der Gesellschaft und der/ des Einzelnen, ob beeinträchtigt oder nicht, kontinuierlich gepflegt, überprüft und weiterentwickelt werden, um die gleichberechtigte Teilhabe aller zu gewährleisten (vgl. ebenda).

*„Barrierefreiheit ist ein Menschenrecht, eine Qualität, die das Leben für alle menschlicher macht.“ (ebenda)*



## 4 Gesetzlicher Rahmen

*„Menschen mit Behinderung haben das gleiche Recht auf Eigenartigkeit wie Menschen ohne sichtbares Handicap, das gleiche Recht auf wohltuenden Aufenthalt in ihren Feuchtgebieten, das gleiche Recht auf Anormalität, Skurrilität, Provokation und Beschädigungseffekte. Es ist eine aggressive Behinderung der Entfaltung von Persönlichkeiten, wenn jegliche Eigenartigkeit als Zumutung identifiziert wird, die rigoros zurückzuweisen sei.“ [44, S. 23]*

Im Jahre 1993 bestätigte der Bericht „Human Rights and Disabled Persons“ des damaligen UN-Sonderberichterstatters Leandro Despouys bereits bestehende Vermutungen einzelner Akteure, wonach das Leben beeinträchtigter Menschen weltweit von Fremdbestimmung und Menschenrechtsverletzungen geprägt werde. Demnach würden Zwangssterilisation, Verbot von Heirat und Familiengründung, sexualisierte Gewalt und zwangsweise Heimunterbringung zum Alltag beeinträchtigter und somit in der Konsequenz behinderter Menschen gehören (vgl. [3, S. 36]).

Vor den schockierenden Ergebnissen dieses Berichts konnte die Öffentlichkeit nicht mehr die Augen verschließen. Die Staaten waren gezwungen zu Handeln und Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen mit Beeinträchtigungen vor diesen Über- und Eingriffen zu schützen und Ihnen ein selbstbestimmtes Leben in Würde, wie es die Menschenrechte garantieren sollen, zu ermöglichen (vgl. ebenda). Ein Stein kam ins Rollen, der zu einer Vielzahl von gesetzlichen Veränderungen und Neuerungen führt(e), differenzierte Diskurse über Beeinträchtigung und Behinderung fördert(e), die Gesellschaft, Politik, Gesundheitswesen, Institutionen etc. für die Belange beeinträchtigter Menschen sensibilisiert(e) und der vor allem noch lange nicht abgeschlossen sein wird, denn noch heute würden Eingriffe in die (sexuelle und reproduktive) Selbstbestimmung und mangelnder Zugang zu Informationen zum Alltag (geistig) beeinträchtigter Menschen gehören. „Verbote für Menschen mit Lernschwierigkeiten sind sehr oft selbst gemachte Gesetze von nichtbehinderten Menschen.“ [42, S. 25]

Im Folgenden wird ein Überblick zu den wesentlichen nationalen und internationalen Gesetzen vermittelt, der jedoch auf Grund der Vielzahl von Initiativen und Vereinigungen, die sich für sexuelle und reproduktive Rechte einsetzen und diese deklarieren, nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann.

### 4.1 Gesetze auf internationaler Ebene

#### 4.1.1 Das Kairoer Aktionsprogramm von 1994

Das Kairoer Aktionsprogramm ist das Ergebnis der Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung der Vereinten Nationen, welche 1994 in Kairo statt fand. Alle 179 teilnehmenden Länder, darunter Deutschland, stimmten schließlich nach eingehenden Verhandlungen dem entstandenen Abschlussdokument zu. Damit erkannte die Staatengemeinschaft das Recht aller Menschen auf reproduktive Gesundheit und damit auf umfassendes Wohlergehen in allen Belangen von Sexualität, Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt an (vgl. [48, S. 1f]).

## 4 Gesetzlicher Rahmen

Aus Kapitel Sieben des Kairoer Aktionsprogramms geht hervor, dass alle Menschen ein Recht sowohl auf ein befriedigendes, ungefährliches Sexualleben sowie auf Fortpflanzung haben und frei darüber bestimmen können ob, wann und wie oft sie davon Gebrauch machen wollen. Dies schließt das Recht von Männern und Frauen auf Zugang zu Informationen und wirksamen, sicheren, erschwinglichen, akzeptablen und gesetzeskonformen Methoden der Familienplanung und zu angemessenen Gesundheitsdiensten ein, die Frauen eine sichere Schwangerschaft und Entbindung ermöglichen und Paaren die bestmöglichen Voraussetzungen zusichern, ein gesundes Kind zu bekommen. Dementsprechend schließt reproduktive Gesundheit auch den Zugang zu medizinischen Vorsorgeleistungen ein, welche die reproduktive Gesundheit der bzw. des Einzelnen schützen oder gesundheitliche Probleme lösen. Reproduktive und sexuelle Gesundheit sind eng miteinander verbunden (vgl. [76, S. 59]). Die damit verbundenen Rechte gelten selbstverständlich für beeinträchtigte Menschen ebenso, wie für nicht-beeinträchtigte.

### 4.1.2 Die Erklärung(en) der sexuellen Menschenrechte

Am 26. August 1999 verabschiedete die Generalversammlung der World Association for Sexual Health (WAS) in Hongkong ihre Erklärung der sexuellen Menschenrechte. Die WAS ist eine multidisziplinäre, weltweite Organisation aus wissenschaftlichen Vereinen, Fachleuten und Nichtregierungsorganisationen (NRO's), die sich mit der Bedeutung von Sexualität im Leben aller Menschen beschäftigt, sich für umfassende sexuelle und reproduktive (Menschen-) Rechte einsetzt und durch vielfältige Aktionen (z. B. Aufklärungskampagnen, Veröffentlichung von wissenschaftlich fundierten Informationen, Unterstützung von Forschungsprojekten in Bezug auf Sexualität etc.) versucht Gesellschaften und Öffentlichkeit zu allen Themen die sexuelle Gesundheit betreffend zu sensibilisieren und aufzuklären (vgl. [83, S. 3]).

Die Erklärung wurde im März 2014 überarbeitet und ergänzt. Die einzelnen Punkte sollen hier kurz vorgestellt werden, da sie als universale Menschenrechte auf Grundlage von Freiheit, Würde und Gleichheit in jedem Land dieser Erde für jede(n) Einzelne(n) Gültigkeit besitzen und von den Staaten, ihren Institutionen und Mitgliedern der Gesellschaft respektiert, geschützt und gestärkt werden müssen (vgl. [82, S. 72]). Ausführliche Informationen sind der „Declaration of Sexual Rights zu entnehmen“, die auf der Homepage der WAS zugänglich ist [83]. All diese sexuellen Rechte leiten sich aus den Grund- und Menschenrechten ab und konkretisieren diese in Bezug auf die Vielfalt menschlicher Sexualität(en), die im Einzelnen ihren bzw. seinen ganz individuellen Ausdruck findet (vgl. [83, S. 3]):

1. Das Recht auf Gleichwertigkeit/ -berechtigung und Nicht-Diskriminierung in Bezug auf Sexualität.
2. Das Recht auf sexuelle Freiheit und (persönliche) Sicherheit.
3. Das Recht auf sexuelle Unabhängigkeit und körperliche Integrität.
4. Das Recht seine Sexualität frei von Folter, Unmenschlichkeit, Herabwürdigung und Bestrafung leben zu können.

#### 4 Gesetzlicher Rahmen

5. Das Recht seine Sexualität frei von Gewalt und Zwang zu leben.
6. Das Recht auf sexuelle Privatsphäre.
7. Das Recht auf Zugang zu dem höchstmöglichen Maße an (sexueller) Gesundheit und zu einem erfüllenden, sicheren und befriedigenden Sexualleben.
8. Das Recht auf Zugang zu den Leistungen des wissenschaftlichen Fortschritts.
9. Das Recht auf Zugang zu allen Informationen rund um Sexualität.
10. Das Recht auf umfassende sexuelle Bildung.
11. Das Recht auf gleichberechtigte Partnerwahl in gegenseitigem Einvernehmen.
12. Das Recht zu entscheiden, ob, wann und in welchen Abständen „man“ Kinder möchte, sowie auf Zugang zu allen diesbezüglich benötigten Informationen und Mitteln zur Fruchtbarkeitskontrolle.
13. Das Recht auf (das Äußern) eigene(r) Gedanken und Meinungen.
14. Das Recht sich friedlich zu versammeln, zu organisieren, zu demonstrieren und für sexuelle Rechte und Gesundheit einzustehen.
15. Das Recht auf uneingeschränkte Teilhabe am öffentlichen und politischen Leben.
16. Das Recht auf Zugang zu Gerechtigkeit, rechtlichen Beistand/ Unterstützung und Entschädigung.

Auch der Zentralrat der International Planned Parenthood Federation, kurz IPPF genannt, verabschiedete 2008 als Ergebnis einer mehr als zweijährigen internationalen Zusammenarbeit ihre Erklärung der sexuellen Rechte. Die IPPF, eine weltweite Bewegung nationaler Nichtregierungsorganisationen (NRO's) beschreibt sich selbst als globale Vorkämpferin und Dienstleisterin auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte aller Menschen (vgl. [45, S. 5]). Ihr erklärtes Ziel „*ist eine Welt in der Frauen, Männer und junge Menschen ohne Ausnahme frei über ihren eigenen Körper und somit über ihr eigenes Leben bestimmen können. Eine Welt, in der Elternschaft eine freie Entscheidung ist; in der die Anzahl der Kinder und die Geburtenabstände ebenfalls selbst bestimmt werden können; in der ein befriedigendes Sexualleben ohne Angst vor ungewollten Schwangerschaften oder sexuell übertragbaren Infektionen, einschließlich HIV, möglich ist. Eine Welt, in der Geschlecht und Sexualität nicht mehr Ursachen von Ungleichheit und Stigmatisierung sind.*“ [45, S. 2]

Auch die IPPF stellt klar, dass sexuelle Rechte sexualitätsbezogene Menschenrechte sind, deren Rechtsansprüche von den Rechten aller Menschen auf Freiheit, Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde abgeleitet werden würden (vgl. [45, S. 11]). Da sich die zehn in der IPPF-Erklärung benannten sexuellen Rechte mit denen der Erklärung der sexuellen Menschenrechte der WAS decken, werde ich hier nicht noch einmal gesondert darauf eingehen, sondern möchte der/ dem interessierten LeserIn die Lektüre der im Internet erhältlichen kostenfreien IPPF Erklärung ergänzend empfehlen [45].

##### 4.1.3 Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)

Als das bedeutendste internationale Dokument, in welchem explizit die Rechte beeinträchtigter Menschen benannt und eingefordert werden, gilt die Behindertenrechtskon-

#### 4 Gesetzlicher Rahmen

vention der Vereinten Nationen, kurz auch UN-BRK genannt. Sie wurde am 13. Dezember 2006, nach acht mehrwöchigen Sitzungen, einstimmig von der UN-Generalversammlung verabschiedet. Deutschland war eines der ersten Länder, welches die UN-BRK unterzeichnete. Seit 26. März 2009 ist sie geltendes Recht in der BRD (vgl. [3, S. 37]).

Mit der UN-BRK wurden keine neuen Rechte für Menschen mit Beeinträchtigungen geschaffen, sondern alle bestehenden Menschenrechte werden in ihr auf die Lebenssituationen beeinträchtigter Männer und Frauen konkretisiert und zugeschnitten (vgl. [3, S. 39]). Dabei sind die beeinträchtigten Menschen BürgerInnen und somit TrägerInnen unveräußerlicher Menschenrechte. In diesem Bewusstsein stehen nicht mehr, wie lange Zeit üblich, Fürsorge und Rehabilitation der Betroffenen im Fokus, sondern deren konsequente gleichberechtigte und selbstbestimmte Teilhabe (vgl. ebenda S. 38) in und an der Gesellschaft bzw. am Leben. Allerdings ist das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung in der UN-BRK nicht ausdrücklich benannt. Vielmehr sei die sexuelle Selbstbestimmung deswegen im (deutschen Recht) verankert, weil sie sich aus anderen Regelungen ableiten ließe (vgl. ebenda S. 39).

Aus der UN-BRK ergibt sich das Recht auf Zugang zu den sexuellen und reproduktiven Rechten aus einer Vielzahl von Artikeln. Einige sollen hier kurz genannt und in Bezug auf das Thema der vorliegenden Arbeit erläutert werden.

##### **Artikel 9: Zugänglichkeit**

Geistig beeinträchtigte Menschen benötigen, wie alle anderen auch, einen barrierefreien Zugang zu Informationen, eben um sich zu bestimmten Themen, wie Sexualität, Liebe, Kinderwunsch etc. informieren zu können. Die Vertragsstaaten der UN-BRK haben sich dazu verpflichtet für die spezifischen Beeinträchtigungen des einzelnen Menschen entsprechende barrierefreie Zugänge zu schaffen z. B. in Form von entsprechenden baulichen Veränderungen, Beschilderungen in Leichter Sprache, die den Weg weisen z. B. zu einer Schwangerenberatungsstelle, gesundheitlichen Einrichtung, vereinfachte Zugänge zu Technologien wie z. B. das Internet (vgl. [6, S. 13f]).

##### **Artikel 16: Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch**

*„(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Maßnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen.*

*(2) Die Vertragsstaaten treffen außerdem alle geeigneten Maßnahmen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von das Geschlecht und das Alter berücksichtigender Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschließlich durch die Bereitstellung von Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können.(. . .).“ [6, S. 16]*

#### 4 Gesetzlicher Rahmen

In Artikel 16 werden auch die vielfältigen Formen sexualisierter Gewalt und Übergriffe berücksichtigt. Es wird deutlich gemacht, dass geschlechts- und altersspezifische Aufklärung, die sich an den individuellen Fähigkeiten und Bedarfen der beeinträchtigten Menschen orientiert, Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch entgegen wirken, vorbeugen oder, wenn es schon geschehen ist, aufdecken kann, so dass Betroffene geschützt, Täter bestraft oder aufgeklärt und z. B. Einrichtungen der Behindertenhilfe Maßnahmen ergreifen können, um weitere Übergriffe zu verhindern.

##### **Artikel 20: Persönliche Mobilität**

Die Vertragsstaaten sind verpflichtet, wirksame Maßnahmen zu treffen, um die größtmögliche Unabhängigkeit des beeinträchtigten Menschen in Bezug auf ihre/ seine Mobilität zu fördern. Z. B. muss eine geistig beeinträchtigte Frau in die Lage versetzt werden zu einem für sie erschwinglichen Preis und einem von ihr bestimmten Zeitpunkt den Weg zu einem Termin in einer Schwangerenberatungsstelle zu bewältigen, um diesen wahrzunehmen und sich zu ihren Fragen informieren zu können (vgl. [6, S. 18]).

##### **Artikel 21: Recht der freien Meinungsäußerung, Meinungsfreiheit, Zugang zu Informationen**

*„Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäußerung und Meinungsfreiheit, einschließlich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation (...)“ [6, S. 18]*

Gemeint wird das Recht z. B. einer geistig beeinträchtigten Frau auf Zugang zu Informationen, die nicht mit zusätzlichen Kosten für sie verbunden sind, in einer für sie verständlichen Form z. B. zu Broschüren, Internetseiten, Büchern in Leichter Sprache zu den Themen Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt, sowie das Recht sich darüber mit anderen Menschen auszutauschen und ihre eigene Meinung kund zu tun und zu vertreten.

##### **Artikel 22: Achtung der Privatsphäre**

*„Menschen mit Behinderungen dürfen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen ihrer Ehre oder ihres Rufes ausgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.“ [6, S. 19]*

So haben z. B. BetreuerInnen, aber auch Eltern, Pflegepersonen oder Fachkräfte in Einrichtungen der Behindertenhilfe nicht das Recht einer Bewohnerin den (intimen) Kontakt mit ihrem Freund und/ oder (Heim-)Mitbewohner, seine Besuche, auch zu nächtlicher Stunde, zu verbieten oder ihre Post („Liebesbriefe“) ohne Wissen der Adressatin

zu öffnen. Diese Handlungen wären massive Eingriffe in die Privatsphäre der Frau (und des Mannes) und wären sogar gerichtlich (unter Strafe) zu ahnden (vgl. [85, S. 67ff]).

#### **Artikel 23: Achtung der Wohnung und der Familie**

Auf Grund der Bedeutung und Ausführlichkeit des Artikel 23 für die sexuellen und reproduktiven Rechte beeinträchtigter Menschen, wird dieser hier in zitiert:

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

*(a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird;*

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

*(c) Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.*

*(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten die Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen in Fragen der Vormundschaft, Pflegschaft<sup>1</sup>, Personen- und Vermögenssorge, Adoption von Kindern oder ähnlichen Rechtsinstituten, soweit das innerstaatliche Recht solche kennt; in allen Fällen ist das Wohl des Kindes ausschlaggebend. Die Vertragsstaaten unterstützen Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung.*

*(3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleiche Rechte in Bezug auf das Familienleben haben. Zur Verwirklichung dieser Rechte und mit dem Ziel, das Verbergen, das Aussetzen, die Vernachlässigung und die Absonderung von Kindern mit Behinderungen zu verhindern, verpflichten sich die Vertragsstaaten, Kindern mit Behinderungen und ihren Familien frühzeitig umfassende Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.*

*(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden.*

*(5) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, in Fällen, in denen die nächsten Familienangehörigen nicht in der Lage sind, für ein Kind mit Behinderungen zu sorgen, alle Anstrengungen zu unternehmen, um andere Formen der Betreuung innerhalb der weiteren Familie und, falls dies nicht möglich ist, innerhalb der Gemeinschaft in einem*

## 4 Gesetzlicher Rahmen

*familienähnlichen Umfeld zu gewährleisten.“ [6, S. 19f]*

### **Artikel 24: Bildung**

Die Vertragsstaaten verpflichten sich mit Artikel 24 ein inklusives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen zu gewährleisten. Ziel ist es, dass sich jeder Mensch individuell optimal entfalten kann und dadurch in die Lage versetzt wird, in und an der Gesellschaft zu partizipieren. Die Bedürfnisse der/ des Einzelnen stehen im Mittelpunkt, so dass im Einzelfall auch notwendige Vorkehrungen getroffen werden müssen und Unterstützung angeboten werden soll. Zusätzlich sollen beeinträchtigte Menschen selbst als Lehrkräfte oder BeraterInnen (Peer-Consulting bzw. -Beratung) fungieren und für andere Betroffene, wie auch Nicht-beeinträchtigte, positive und inklusive Signale von „Normalität“ setzen (vgl. [2, S. 7]).

### **Artikel 25: Gesundheit**

Von besonderer Bedeutung für die sexuellen und reproduktiven Rechte geistig beeinträchtigter Menschen ist Absatz a:

*„Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschließlich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere (a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in der selben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens; (...)“ [6, S. 22f]*

Eine geistig beeinträchtigte Frau hat z. B. das Recht auf Zugang zu den regelmäßigen gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen (und deren Kostenübernahme durch die Krankenkasse) bei einer Ärztin oder einem Arzt ihrer Wahl. Dort kann sie sich ebenfalls zu einem bestehenden Kinderwunsch und der Möglichkeiten zur Realisierung beraten lassen, zu Schwangerschaft und Geburt, aber auch zu für sie passenden Verhütungsmethoden, einem Schwangerschaftsabbruch etc.

## **4.2 Gesetze auf nationaler Ebene**

### **4.2.1 Das Grundgesetz**

Das Recht auf Selbstbestimmung, einschließlich natürlich der sexuellen Selbstbestimmung, leitet sich in der BRD aus den Artikeln des Grundgesetzes ab. Von zentraler Bedeutung sind die Artikel eins bis drei, weshalb sie hier kurz wiedergegeben werden

## 4 Gesetzlicher Rahmen

sollen:

„Art. 1

*(1) Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.(...)*

Art. 2

*(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.*

*(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.*

Art. 3

*(1) Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich.*

*(2) Männer und Frauen sind gleichberechtigt. Der Staat fördert die tatsächliche Durchsetzung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern und wirkt auf die Beseitigung bestehender Nachteile hin.*

*(3) Niemand darf wegen seines Geschlechtes, seiner Abstammung, seiner Rasse, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen benachteiligt oder bevorzugt werden. Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ [9, S. 1f]*

In Artikel 1 Absatz 1 garantiert der Gesetzgeber die Unantastbarkeit der menschlichen Würde und ergänzt in Artikel 2 das Recht auf Schutz der Privat- und Intimsphäre. Dies umfasst das Recht darauf, sein (privates und intimes) Leben frei nach den eigenen Wünschen und Vorstellungen zu bestimmen und zu gestalten. Das Recht auf (sexuelle) Selbstbestimmung eines Menschen wird lediglich dadurch und dann begrenzt, wenn diese die geschützte Selbstbestimmung anderer gefährden würde, wie es z. B. dann der Fall wäre, wenn sich ein(e) geistig beeinträchtigte(r) BewohnerIn einer Einrichtung der Behindertenhilfe einer anderen Person gegen deren Willen intim versuchen würde zu nähern (vgl. Art. 2 Abs. 1 GG).

Artikel 3 stellt klar, dass auch (geistig) beeinträchtigte Menschen dieselben (sexuellen und reproduktiven) Rechte haben ihre Persönlichkeit zu entfalten, (gleichgeschlechtliche) Beziehungen einzugehen und zu heiraten, eigene Kinder zu bekommen und groß zu ziehen, wie Nicht-beeinträchtigte auch. Niemand darf sie entgegen ihres Wunsches beeinflussen, unter Druck setzen oder gar Zwang oder Gewalt ausüben.

### 4.2.2 § 1 SGB IX

Das SGB IX ist für die Behindertenhilfe von wesentlicher Bedeutung, da hier sämtliche gesetzliche Leistungen und Leistungsträger der Behindertenhilfe verankert sind. Es bestimmt die Leistungen der Teilhabe und Rehabilitation für behinderte Menschen und damit auch deren Rechte und die Pflichten der beteiligten (staatlichen) Akteure und Institutionen. Der gesetzliche Auftrag der Behindertenhilfe ergibt sich aus § 1 SGB IX.



## 4 Gesetzlicher Rahmen

Dort heißt es:

*„Menschen mit Behinderungen oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen (...), um ihre Selbstbestimmung und ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen von Frauen und Kindern mit Behinderungen und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder sowie Menschen mit seelischen Behinderungen oder von einer solchen Behinderung bedrohter Menschen Rechnung getragen.“ [10, S. 13]*

Nicht ohne Grund trägt § 1 auch den Titel „Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft“. Er definiert Auftrag und Ziel der Behindertenhilfe und bestimmt zugleich den Handlungsrahmen im professionellen Umgang mit der Sexualität beeinträchtigter Menschen.

*„Rechtlich zulässig sind grundsätzlich nur solche Unterstützungsmaßnahmen, die den AdressatInnen Entscheidungsfreiheit belassen oder erst ermöglichen, d. h. ihre Selbstbestimmung respektieren und bei Bedarf auch fördern. Hierzu zählen z. B. Informationsangebote über Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung, Flirtkurse und Selbstbehauptungstrainings, die ergebnisoffene Beratung oder die Begleitung zu spezialisierten Beratungsstellen oder ÄrztInnen sowie tatsächliche Hilfestellungen im Alltag, die sich an Wünschen und Vorstellungen der AdressatInnen orientieren.“ [85, S. 52]*

### 4.2.3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)

Das SchKG ist Arbeitsgrundlage aller Schwangerenberatungsstellen in Deutschland. Der § 2 Absatz 1, welcher hier im Originaltext wiedergegeben wird, garantiert auch Menschen mit einer (geistigen) Beeinträchtigung den Rechtsanspruch auf Beratung in allen Fragen der Sexualaufklärung, Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt.

„§ 2 Beratung

(1) Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Zwecken in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen.“ [8, S. 2]

Der § 1 verpflichtet in den Absätzen 1 bis 3 die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unter Beteiligung der (Bundes-) Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger abgestimmt auf die verschiedenen Alters- und Personengruppen, womit auch (geistig) beeinträchtigte Menschen jeden Alters eingeschlossen sind, sowohl Konzepte der Sexualaufklärung zur gesundheitlichen Vorsorge und Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten als auch Informationsmaterialien mit entsprechenden Beratungsstellen und der Darstellung und Erklärung von Verhütungsmethoden bzw. -mitteln zu erstellen und unentgeltlich an Ein-

zelpersonen, Beratungsstellen, ÄrztInnen, Bildungseinrichtungen und sonstigen Institutionen, einschließlich den Einrichtungen der Behindertenhilfe, zur Verfügung zu stellen (vgl. [8, S. 1f]).

Aus diesem für alle Menschen geltenden Rechtsanspruch auf Beratung in allen Fragen rund um Sexualität, Familienplanung, Verhütung etc. leitet sich das Recht auf Zugang (geistig) beeinträchtigter Menschen zu den Angeboten in den jeweiligen Schwangeren- und Familienberatungsstellen ab. Gesetzgeber, Staat, die Beratungsstellen, Institutionen und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind verpflichtet, die Voraussetzungen zu schaffen, damit die betroffenen (und betreuten) Frauen und Männer jederzeit und selbstbestimmt die Möglichkeit haben sich entsprechend zu informieren und beraten zu lassen.

## **5 Parallelen zum Abschlussbericht des EU-Daphne-Projekts „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrung“**

Im Jahr 2014 veröffentlichte das Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte als Projektkoordinator den abschließenden Bericht des EU-Projekts „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“. Dabei handelt es sich um eine vergleichende, auf dem Gebiet einzigartige Studie, die im Zeitraum von 2013 bis 2015 unter Beteiligung der Länder Deutschland, Österreich, Großbritannien und Island statt fand. In deren Rahmen wurde ein klarer Mangel an Daten „... in Hinblick darauf, wie Frauen mit Behinderungen Gewalt erfahren und inwieweit Fachberatungsstellen und Unterstützungseinrichtungen für sie zugänglich sind“ fest gestellt [54, S. 4].

Schnittpunkte zwischen dieser EU-Studie und dem Forschungsgegenstand der vorliegenden Masterarbeit sind unübersehbar. Im Fokus beider steht der Zugang (bzw. die Zugänglichkeit) von Frauen mit Beeinträchtigungen zu Einrichtungen, welche Beratung, Unterstützung, Informationen, Begleitung und Beistand in einem grundsätzlich für alle Menschen essenziellen (Lebens-) Bereich oder einer individuellen Lebens- bzw. Notlage, wie sie z. B. aus einer ungewollten Schwangerschaft, ebenso wie auf Grund eines gewaltsamen Übergriffes gleichermaßen entstehen kann, anbieten. Sowohl Sexualität, Liebe, Partnerschaft und Familienplanung, als auch Opfer von (sexueller) Gewalt zu werden oder geworden zu sein sind Themen, zu welchen Menschen Beratungs-, Informations- und Unterstützungsbedarf haben. Dies lässt vermuten, dass es im Hinblick auf beeinträchtigte Frauen Besonderheiten zu beachten gibt, die über die Zugänglichkeit von bestimmten (Beratungs-) Angeboten entscheiden, diesen ermöglichen oder aber auch blockieren können.

Während die EU-Studie alle Frauen mit einer Beeinträchtigung einbezogen hat, konzentriere ich mich in meiner Arbeit ausschließlich auf geistig beeinträchtigte Frauen, die allerdings nur auf Grund dieses „Merkmals“ keine homogene Gruppe darstellen, sondern ebenso individuell und einzigartig sind in ihren Wünschen, Bedürfnissen und

## 5 Parallelen zum Abschlussbericht des EU-Daphne-Projekts

Persönlichkeiten, wie auch in der Art ihrer Beeinträchtigungen. Außerdem beziehe ich mich in meiner Arbeit nur auf diejenigen Frauen, die einen Großteil ihres Alltages in Einrichtungen der Behindertenhilfe verbringen, die es dann in meiner Fragestellung auch sind, welche von mir als „Vermittler“ oder „Bindeglied“ zwischen den Frauen und den externen (Schwangeren-) Beratungsstellen verstanden werden und denen somit von mir ein wesentlicher Einfluss in Bezug auf die Zugänglichkeit zu den Beratungsstellen unterstellt wird. Die Beratungs- und Unterstützungseinrichtungen unterscheiden sich lediglich in ihrem Schwerpunkt. Während im Fokus des EU-Projekts Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen standen, liegt dieser in meiner Arbeit bei Schwangerenberatungsstellen.

Die AutorInnen der EU-Studie „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ resümieren, dass Frauen mit Behinderungen eine Vielzahl von Barrieren in Bezug auf Unterstützung und ein Leben ohne Gewalt identifizieren würden. Die befragten Frauen benannten als Barrieren z. B. den Mangel an barrierefrei zugänglichen Einrichtungen und Informationen ebenso, wie die Angst von Pflegepersonen, zu denen sie auf Grund ihres Unterstützungsbedarfs in alltäglichen Dingen in einem Abhängigkeitsverhältnis stehen würden, ignoriert oder nicht ernst genommen zu werden, aber auch den Mangel an finanziellen Ressourcen (vgl. [54, S. 7]). Es erscheint schlüssig diese Barrieren auch im Kontext meiner Masterarbeit zu hinterfragen. Erste Bezugsperson für eine geistig beeinträchtigte Frau, die in einer Einrichtung der Behindertenhilfe lebt oder arbeitet, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit eine dort arbeitende Pflegeperson, (pädagogische) Fachkraft oder die/ der BetreuerIn sein. Von deren Sensibilität, Fachkompetenz und Wohlwollen ist dann abhängig inwieweit auf die verbal oder nonverbal geäußerten (sexuellen und reproduktiven) Wünsche und Bedürfnisse einer beeinträchtigten Frau eingegangen und sie in ihrer Selbstbestimmung gefördert und gestärkt wird. Die MitarbeiterInnen der Einrichtungen haben grundsätzlich Macht darüber hin- oder wegzuschauen bzw. zu hören, zu unterstützen, weiter zu vermitteln, Informationen zu geben oder vorzuenthalten etc. Entscheidend ist, wie mit dieser Macht in den Einrichtungen und von allen MitarbeiterInnen im einzelnen umgegangen wird.

Auch ein Mangel an finanziellen Ressourcen könnte bewirken, dass eine geistig beeinträchtigte Frau sich die Fahrt zu einer Schwangerenberatungsstelle mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder einem Taxi und somit den Zugang zu Informationen und Beratung nicht leisten könnte. Hier wäre wieder das Personal der Einrichtungen der Behindertenhilfe gefragt: Im Sinne von kostenfreien von den Einrichtungen organisierten Beförderungsmöglichkeiten, Vermittlung eines Beratungsgesprächs innerhalb der Einrichtung oder Unterstützung bei der Beantragung eines finanziellen individuellen Budgets für die Betroffene z. B. bei der Krankenkasse, dem Rententräger oder Sozialamt.

Ein weiteres interessantes Ergebnis der EU-Studie ist, dass das Wissen um ihre Rechte bei den befragten Frauen stark variierte. Nur eine geringe Anzahl wäre gut informiert gewesen, während die meisten Frauen nur über ein geringes Verständnis über ihre Rechte verfügten. Einige Frauen hätten zwar von der UN-BRK, aus welchen sich ja auch die sexuellen und reproduktiven Rechte ableiten lassen, gehört, aber die genauen Bestimmungen seien ihnen unbekannt. Die Studienteilnehmerinnen hätten

## 6 Methodischer Rahmen

hervor gehoben, dass rechtliche Informationen oft nicht barrierefrei, in Bezug auf geistig beeinträchtigte Frauen u. a. nicht in Leichter Sprache zugänglich seien und wenn doch, ihnen oft nicht klar wäre, wie sie diese Rechte einfordern könnten (vgl. ebenda S. 20).

*„Viele Frauen identifizierten den Mangel an politischem Willen, Ressourcen zur Umsetzung ihrer Rechte bereitzustellen, sowie vorherrschende Vorurteile und Diskriminierung als Faktoren, die Gesetze oft wirkungslos machen. Rechte allein sind unzureichend – erforderlich ist Inklusion auf allen Ebenen durch eine Politik und Gesellschaft, die dazu bereit ist.“* (ebenda S. 20).

Weiterhin schlussfolgerten die AutorInnen der EU-Studie aus den Ergebnissen der Befragungen beeinträchtigter Frauen, dass diese über wenig Wissen über Fachberatungsstellen und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen verfügen würden. Alle Frauen hätten die Notwendigkeit an Unterstützungsstrukturen im Fall von Gewalterfahrungen verdeutlicht (vgl. ebenda S. 21). Es bleibt offen, inwieweit dieses Ergebnis auch auf das Wissen von Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen zu Schwangerenberatungsstellen übertragbar ist. Ich halte Parallelen für möglich, da geistig beeinträchtigte Frauen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben oder arbeiten überwiegend zunächst auf die Informationsmedien (z. B. Bücher, Broschüren, Internet, Flyer etc.) angewiesen sind, die ihnen von diesen Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Der Flyer einer Schwangerenberatungsstelle in leichter Sprache, der z. B. in einer betreuten Wohnform ausliegt, kann der Anstoß für eine Bewohnerin sein, einen Termin in der externen Beratungsstelle (mit Unterstützung) zu vereinbaren, um sich informieren und beraten zu lassen und Unterstützung seitens ihrer Wohneinrichtung einzufordern z.B. indem sie erfolgreich deutlich macht mit ihrem Freund, der in der selben Einrichtung wohnt, ein gemeinsames Zimmer zu beziehen.

Viele Frauen gaben im Rahmen der EU-Studie auch an, dass Beratungsunterlagen, Informationsbroschüren und die Beratung selbst nicht auf die Bedarfe beeinträchtigter Frauen zugeschnitten wären (vgl. ebenda S. 21). Wenn dieses Defizit für Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen durch die AutorInnen festgestellt wurde, so ist es durchaus möglich, auch unter Einbeziehung der Sekundärliteratur, welche dem theoretischen Teil meiner Arbeit zu Grunde liegt, dass auch hier Parallelen zu meiner Arbeit bestehen könnten.

Natürlich nimmt die EU-Studie „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“ die Ergebnisse meiner Arbeit nicht vorweg. Vielmehr stellt sie eine Anregung dar, sich den Zugängen von beeinträchtigten Frauen zu verschiedensten Institutionen und Einrichtungen, die sie in ihrer Selbstbestimmung fördern, unterstützen bzw. diese gar erst ermöglichen, zu widmen. So ist meine Arbeit als Ergänzung und Weiterentwicklung gleichermaßen zu verstehen.

## 6 Methodischer Rahmen

*„Der Gegenstand sozialwissenschaftlicher Forschung ist der Bereich unserer Welt, der durch das menschliche Handeln konstituiert wird.“* [41, S. 24]

Den Forschungsgegenstand meiner Arbeit untersuchte ich mittels eines qualitativ-rekonstruierenden Erhebungsverfahrens unter Verwendung leitfadengestützter ExpertInneninterviews.

Auf Basis der detaillierten Analyse dreier ExpertInneninterviews habe ich nach den Kausalmechanismen, „die unter bestimmten Bedingungen bestimmte Effekte hervor bringen.“(ebenda S. 26), gefragt. Vor dem Hintergrund meiner Fragestellung bedeutet dies: Wie wirken welche Bedingungen, Maßnahmen, Handlungen, Einstellungen, welches Wissen in den Einrichtungen der Behindertenhilfe und deren MitarbeiterInnen in Bezug auf Zugänge und Barrieren für die dort wohnenden und/ oder arbeitenden Frauen zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen? Wie setzen Einrichtungen der Behindertenhilfe die damit in Zusammenhang stehenden sexuellen und reproduktiven Rechte ihrer geistig beeinträchtigten Klientinnen um, welche in nationalen und internationalen Gesetzen verankert sind (siehe Kapitel 4)?

In Anlehnung an Gläser und Laudel rekonstruiere ich einen sozialen Sachverhalt, indem ich alle Informationen zusammen trage, die ich dafür benötige, um ihn verstehen und erklären zu können (vgl. ebenda S. 37). Neben meinen theoretischen Vorüberlegungen und meiner Recherche zum aktuellen Stand von Forschung, Literatur und Gesetzen nutzte ich dafür die Informationen, welche mir ExpertInnen zu meinem Forschungsgegenstand im Rahmen von Interviews geben konnten. Die Rekonstruktion sozialer Sachverhalte mit ExpertInnen würde, nach Gläser und Laudel (vgl. ebenda) „eine Tiefe der Analyse, die wegen des Aufwandes nur für wenige Fälle zugleich überhaupt realisierbar ist“, erfordern. Standardisierte Vorgehensweisen und quantifizierende Erhebungen seien dafür ungeeignet (vgl. ebenda). Zu den qualitativen Erhebungsmethoden zählt das nichtstandardisierte Interview, in welchem vom Forscher lediglich das Thema bzw. Themen vorgegeben werden, nicht jedoch Fragewortlaut, -reihenfolge und Antwortmöglichkeiten (vgl. ebenda S. 41). Gläser und Laudel empfehlen hier das leitfadengestützte Interview, da eine zuvor vom Forscher erarbeitete Liste von Fragen sicher stellen würde, dass die/ der Interviewte zu allen wichtigen und mitunter scheinbar nur lose miteinander verbundenen Aspekten in einer begrenzten Zeit Informationen gibt (vgl. ebenda S. 43).

Die vorliegende Arbeit basiert somit auf einer der Beantwortung der Forschungsfrage angemessenen Methodenauswahl der qualitativen Sozialforschung: rekonstruierende Untersuchung, Interviewleitfaden, ExpertInneninterview, qualitative Inhaltsanalyse.

### 6.1 Forschungsethik

*„Als Sozialwissenschaftler sind wir Teil der Gesellschaft, deren Werte auch unsere sind. Wir interagieren in unseren empirischen Untersuchungen mit Nichtwissenschaftlern und müssen die Rechte und Interessen der Untersuchten ernst nehmen.“ [41, S. 49]*

Interview, Beobachtung, Aufzeichnung und deren Auswertung als Methoden jeglicher Sozialforschung können Menschen, insbesondere den Untersuchten Schaden zufügen. Im Bewusstsein dieser Tatsache war und ist es für mich eine meine Masterarbeit wie ein „roter Faden“ durchziehende Priorität, sensibel mit den Rechten meiner Interviewpart-

## 6 Methodischer Rahmen

nerInnen, deren durch sie vertretenen Institutionen, KollegInnen und KlientInnen umzugehen. Da die Berücksichtigung forschungsethischer Grundlagen wesentliche Auswirkungen auf mein wissenschaftliches Handeln hatte, erscheint es mir schlüssig, zunächst auf die Bedeutung dieser Grundsätze einzugehen.

Forschungsethik ist „... eine auf das Forschungshandeln angewandte Ethik.“ [74, S. 218], deren Notwendigkeit sich insbesondere daraus ergibt, dass die einzige Schranke der in Art. 5 Abs. 3 Satz 1 GG garantierten Freiheit der Forschung, die Treue zur Verfassung ist (vgl. ebenda). Allerdings werden die an sozialwissenschaftlichen Forschungsprozessen direkt und indirekt Teilnehmenden Gefahren ausgesetzt, welche sie in ihren Rechten, Interessen und in ihrer Integrität gefährden können, ohne dass ich als Forschende die Verfassung der BRD missachten würde.

Die Deutsche Gesellschaft für Soziologie (DGS) und der Berufsverband Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS) verabschiedete (erst) 1993 einen Ethik-Kodex. In seiner Fassung vom 10. Juni 2017 ist er für mich Grundlage meiner forschungsethischen Herangehensweise im Rahmen meiner Masterarbeit.

Aus den für meine Forschung bedeutsamsten Punkten dieses Ethik-Kodex' leite ich in Anlehnung an Strübing (vgl. ebenda S. 222ff.) zwei wesentliche Prinzipien für meine Arbeit ab:

**Prinzip der Nichtschädigung** Die durch mich Befragten dürfen durch meine Forschung keinen Nachteilen und Gefahren ausgesetzt werden. Ich habe sie über alle Risiken aufzuklären, die das Maß des im Alltag üblichen überschreiten würden. Dabei ist die Wahrung der Anonymität meiner InterviewpartnerInnen und der durch sie vertretenen Institutionen oberstes Gut. (vgl. [25, § 2 Abs. 5])

**Prinzip der informierten Einwilligung** *„Generell gilt für die Beteiligung an sozialwissenschaftlichen Untersuchungen, dass diese freiwillig ist und auf der Grundlage einer möglichst ausführlichen Information über Ziele und Methoden des entsprechenden Forschungsvorhabens erfolgt.“* [25, § 2 Abs. 3]

Diese Prinzipien habe ich befolgt, indem ich den teilnehmenden InterviewpartnerInnen im Vorfeld ihrer Entscheidung über eine Teilnahme an meiner Befragung per E-Mail ein 2-seitiges Handout mit allen wesentlichen Informationen zu meiner Masterarbeit, deren Fragestellung, Zielen und den Methoden der Durchführung des Interviews und dessen Auswertung habe zukommen lassen. Sowohl im Rahmen der späteren telefonischen Kontaktaufnahme durch mich zu der (Nach-) Frage nach der Entscheidung über die Teilnahme am Interview und einer möglichen Terminvereinbarung, als auch direkt im Vorfeld des Interviews im persönlichen Vier-Augen-Kontakt mit der/ dem Teilnehmenden habe ich noch einmal auf die Freiwilligkeit zur Teilnahme, die Möglichkeit der/ des Befragten das Interview jederzeit unter-, abrechnen oder zeitlich begrenzen zu können, die nachträgliche Rücknahme der Zustimmung und Auswertung zum Interview und die Wahrung der Anonymität, sowie die Aufzeichnung der Befragung auf Tonbandgerät hingewiesen. Im Anhang meiner Arbeit sind die „Information und Einwilligungserklärung zum Interview im Rahmen meiner Masterarbeit“ (A.2), der Interviewleitfaden (A.1) und die transkribierten und anonymisierten Interviews (A.3) einzusehen.

## 6 Methodischer Rahmen

Auf die für mich als Forschende wichtige Abgrenzung zwischen Forschungsethik und Datenschutz weist Strübing hin: „Während der Ordnungsrahmen, den etwa das Bundesdatenschutzgesetz bietet, rechtlich verbindlich ist und auf juristischem Wege eingeklagt werden kann, handelt es sich bei forschungsethischen Normen um Formen der Selbstverpflichtung der Wissenschaften und ihrer einzelnen Fächer.“ [74, S. 225]

Um auch den gesetzlichen Vorschriften des Datenschutzes Rechnung zu tragen, habe ich die Einwilligung der Teilnehmenden im Vorfeld schriftlich dokumentiert, indem mir diese ihre Zustimmung zur Teilnahme am Interview und späterer anonymisierter Auswertung durch mich vorab auf Basis des Prinzips der informierten Einwilligung auf dem 2-seitigen Handout „Information und Einwilligungserklärung zum Interview im Rahmen meiner Masterarbeit“ mit ihrer Unterschrift bestätigten.

Trotzdem mir im Vorfeld der einzelnen Interviews die Bestimmungen des Datenschutzes und der Ethik-Kodex der DGS und des BDS bekannt waren möchte ich auf Grund meiner Erfahrung und Verantwortung als Forscherin in der Reflexion meiner Interviews darauf hinweisen, dass mich diese Bestimmungen dennoch vor eine große Herausforderung stellten. Die Wahrung der Anonymität der Befragten bzw. ihrer durch sie vertretenen Institutionen und deren informationelle Selbstbestimmung sind ein hohes und ausgesprochen sensibles Gut der empirischen Sozialforschung. Insbesondere während der Transkription der Interviews und deren Auswertung wurde mir dies (glücklicherweise sehr schnell) ausgesprochen deutlich, denn „Es reicht nicht aus, die Namen der Untersuchten wegzulassen oder durch Pseudonyme zu ersetzen. Es müssen vielmehr alle Informationen weggelassen oder verändert werden, die gemeinsam mit anderen Informationen eine Identifizierung der Untersuchten gestatten würden.“[41, S. 55] Ich musste mir also die Frage stellen, inwieweit andere Personen auf Grund der verschiedenen Informationen meiner InterviewpartnerInnen in den Aussagen auf meine Interviewfragen, Rückschlüsse auf deren Namen bzw. die durch sie vertretenen Einrichtungen der Behindertenhilfe ziehen könnten. Dies galt es unbedingt zu verhindern ohne den Informations- und Wahrheitsgehalt der einzelnen Interviews zu verfälschen. Ich ersetzte also z. B. mögliche mit Namen genannte Kooperationspartner durch Verein, Träger, Bundes- bzw. Landesverband oder Hochschule. Außerdem strich ich die detaillierten lokalen Zugehörigkeiten der einzelnen Einrichtungen bzw. erweiterte deren Zuordnung auf „Einrichtungen der Behindertenhilfe in einer größeren Stadt in Sachsen-Anhalt“. Aussagen über die Größe, die lokale oder konfessionelle Zugehörigkeit der Einrichtung, die Anzahl der MitarbeiterInnen und KlientInnen, deren geschlechtsspezifischer Verteilung wurden durch mich gänzlich aus der Transkription entfernt. Einzelne durch die InterviewpartnerInnen berichtete „Fallbeispiele“ anonymisierte ich, indem ich sie auf die wesentlichen Informationen kürzte. Dies sind auch keine für die Beantwortung meiner Forschungsfrage(n) maßgeblichen Informationen. Selbst in diesem Falle hätten Einhaltung des Datenschutzes und forschungsethischer Prinzipien oberste Priorität.

Auf Grundlage einer Übersicht der wichtigsten forschungsethischen Grundsätze nach Gläser (ebenda S. 50), fasse ich hier die für meine Arbeit wesentlichen zusammen:

- Für die untersuchten ExpertInnen und indirekt betroffenen KlientInnen
  - Vermeidung von Schädigungen

- Grundsatz der freiwillig informierten Einwilligung
- Datenschutz
- Für die Nutzer der Forschungsergebnisse
  - Vollständige Mitteilung von Ergebnissen
  - Offenlegung des eigenen Wissens und der Vorgehensweise
  - Offenlegung von Quellen und Literatur bzw. keine Aneignung fremder Forschungsergebnisse

### 6.2 Datenerhebung

#### 6.2.1 ExpertInnen und ExpertInneninterviews

Die vorliegende Masterarbeit stützt sich, neben den theoretischen Vorüberlegungen und der Zusammenfassung des aktuellen Standes von Forschung, Gesetzeslage und Literatur, auf insgesamt drei leitfadengestützte ExpertInneninterviews, welche ich mit den LeiterInnen von drei verschiedenen Einrichtungen der Behindertenhilfe in einer größeren Stadt in Sachsen-Anhalt geführt habe.

In dem Bewusstsein, dass meine Auswahl der InterviewpartnerInnen maßgeblich darüber entscheiden würde, welche Art und Qualität die Informationen haben, die ich für die Beantwortung meiner Forschungsfrage erhalte, musste ich mir zunächst die folgenden Fragen stellen, welche Jochen Gläser und Grit Laudel wie folgt zusammenfassen:

- *„Wer verfügt über die relevanten Informationen?“*
- *„Wer ist am ehesten in der Lage, präzise Informationen zu geben?“*
- *„Wer ist am ehesten bereit, Informationen zu geben?“ [41, S. 117]*

Da jede(r) InterviewpartnerIn aus seiner persönlichen Perspektive berichten würde, bestand eine Herausforderung für mich darin, den Einfluss dieser persönlichen Perspektive auf die erhaltenen Informationen beurteilen zu müssen. „Deshalb ist es ratsam, Informationen über einen Sachverhalt von mehreren Interviewpartnern einzuholen, also zu triangulieren.“ (ebenda). Dabei spielte bei der Auswahl der InterviewpartnerInnen bzw. ExpertInnen neben den bereits oben genannten Fragen auch ein ganz forschungspraktischer Gesichtspunkt eine Rolle: Wer der potentiellen InterviewpartnerInnen ist verfügbar bzw. erreichbar? Im Ergebnis dieser Vorüberlegungen erhielt ich nun die Antwort darauf, wer „ExpertIn“ im Sinne meiner Fragestellung sein würde.

Was aber macht die LeiterInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe für mich zu ExpertInnen? Nach Gläser und Laudel beschreibt „Experte“ „die spezifische Rolle des Interviewpartners als Quelle von Spezialwissen über die zu erforschenden sozialen Sachverhalte. Experteninterviews sind eine Methode, dieses Wissen zu erschließen.“ (ebenda S. 12) Dies mache das Experteninterview zu einer speziellen Methode, die zu einem bestimmten Zweck, nämlich Wissen über einen mich als „Forscherin“ interessierenden Sachverhalt erlangen zu wollen, eingesetzt werden würde. Damit sind die LeiterInnen der Einrichtungen, nicht das „Objekt“ und eigentlicher Fokus meiner Untersuchung bzw. meines Interesses, sondern „Zeugen“ des mich interessierenden



## 6 Methodischer Rahmen

Prozesses (vgl. ebenda). „Die Experten haben eine besondere, mitunter sogar exklusive Stellung in dem sozialen Kontext, den wir untersuchen wollen.“(ebenda S.13) Der eigentliche Fokus meiner Fragestellung bzw. Untersuchung liegt auf den geistig beeinträchtigten Frauen, welche in den Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und/ oder arbeiten. Die EinrichtungsleiterInnen jedoch sind in Bezug auf meine Forschungsfrage diejenigen, welche auf Grund ihrer beruflichen Stellung über das besondere und entscheidende Wissen verfügen und mir so Informationen zugänglich machen können, um Antworten auf meine Forschungsfrage zu finden bzw. zu generieren. Als EinrichtungsleiterInnen sind sie maßgeblich für Koordinations- und Steuerungsprozesse, ebenso wie für die Implementierung von Werten und Einstellungen für welche die Einrichtung (bzw. die MitarbeiterInnen) steht und stehen will, für die Außenwirkung der Institution, für den Anstoß von Veränderungsprozessen, für Qualitätssicherung, Weiterbildung, für die Evaluation bestehender Konzepte und deren Weiterentwicklung etc. verantwortlich. In Bezug auf meine Masterarbeit sind sie also innerhalb der durch sie repräsentierten Einrichtung der Behindertenhilfe die ExpertInnen in Bezug auf die Fragestellung, nach der einrichtungsinternen Praxis von Zugängen und Barrieren für die betreuten geistig beeinträchtigten Frauen zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen.

Przyborski und Wohlrab-Sahar definieren Experten ebenfalls als Personen, welche über ein spezifisches Rollenwissen verfügen würden. Sie ergänzen, dass sie dieses auch von „Außen“ zugeschrieben bekommen und eine darauf basierende besondere Kompetenz für sich selbst in Anspruch nehmen würden (vgl. [64, S. 133]). Allerdings stimme ich diesem letzten Merkmal nicht uneingeschränkt zu, denn im Rahmen meiner Kontaktaufnahme zu einer bzw. einem ExpertIn äußerte diese(r) die grundsätzliche Bereitschaft zu einem Interview mit mir, aber gab auch Zweifel an der eigenen Kompetenz hinsichtlich meiner Forschungsfrage an („Ich weiss zwar nicht, ob ich da der/ die Richtige bin, aber wenn Sie meinen, dann können wir gerne einen Termin vereinbaren.“). Auch Gläser und Laudel ist diese Möglichkeit bekannt (vgl. [41, S. 163]).

ExpertInneninterviews können drei verschiedene Formen von Expertenwissen bereit stellen (vgl. ebenda S. 133f.):

- das Betriebswissen umfasst Kenntnisse über Abläufe, Regeln und Mechanismen von institutionalisierten Zusammenhängen in Bezug auf die Organisation oder Institution, welcher die ExpertInnen angehören und deren RepräsentantInnen sie sind.
- das Deutungswissen basiert auf der Akteursaktivität der ExpertInnen und der damit einhergehenden Teilnahme an den entsprechenden Diskursen innerhalb der Organisation oder Institution. Dieses Wissen gibt Aufschluss über die Relevanz bestimmter Themen, ihrer Verhandlung und Einschätzung innerhalb der jeweiligen Einrichtung.
- Das Kontextwissen bezieht sich auf andere im Zentrum der Untersuchung stehende Bereiche. Es beinhaltet Kenntnisse und Erfahrungen über Themen und Aspekte, bei denen der Experte nicht zu der direkten Zielgruppe gehört, sondern Beteiligter des jeweiligen Kontextes ist.

Für meine Masterarbeit sind alle drei Wissensformen relevant. In den Bereich des Be-

## 6 Methodischer Rahmen

triebswissens fallen z. B. Fragen nach und Aussagen zu dem Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzepts in der jeweiligen Einrichtung, nach Verantwortlichkeiten und AnsprechpartnerInnen, wie z. B. hinsichtlich Fragen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung, aber auch nach der Bedeutung und Organisation (sexualpädagogischer) Weiterbildungen. Das Deutungswissen des/ der ExpertIn spreche ich z. B. an, indem ich danach frage, wie in der jeweiligen Einrichtung durch die MitarbeiterInnen auf die Sexualität und die individuellen sexuellen und reproduktiven Wünsche der Bewohnerinnen eingegangen wird oder wie die grundsätzliche Einstellung bzw. Haltung der MitarbeiterInnen zur Sexualität, zu Liebe und Partnerschaft der Klientinnen eingeschätzt wird. Kontextwissen bezieht sich hier beispielsweise auf Erzählungen der Interviewten von Ereignissen, Umständen, Gegebenheiten, die ihnen selbst von Dritten, insbesondere MitarbeiterInnen, (externen) BerufskollegInnen, KlientInnen etc. zugetragen wurden oder ohne ihre direkte Beteiligung und ihren unmittelbaren Einfluss geschehen (sind). Aber auch das Wissen der Interviewten über relevante Gesetze und Rechte, wie z. B. die UN-BRK oder das Bundesteilhabegesetz sind dem Kontextwissen zuzuordnen.

Auf Basis meiner Erfahrungen als Interviewerin und für die wissenschaftliche Auswertung der Interviews als Autorin meiner Masterarbeit allein Verantwortliche, habe ich die Erfahrung gemacht, dass sich die Aussagen der Interviewten hinsichtlich der drei beschriebenen Wissensformen in der Praxis eines ExpertInneninterviews vermischen, selten klar voneinander abgrenzen und auch nicht immer sofort präsent und in ihrer Zuordnung klar erkennbar sein müssen. Vielmehr ergänzen sie sich. Dennoch möchte ich darauf hinweisen, dass im Rahmen meiner Masterarbeit dem Betriebs- und dem Deutungswissen besondere Wichtigkeit zukommt.

An dieser Stelle möchte ich abschließend auf die ggf. entstandene Frage danach eingehen, warum ich für die Beantwortung meiner Forschungsfrage nicht die geistig beeinträchtigten Frauen selbst als Expertinnen definiert und interviewt habe, zumal sie doch scheinbar am Besten darüber Auskunft geben könnten, welche Zugänge und Barrieren zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen seitens der Behindertenhilfeeinrichtungen in denen sie leben und/ oder arbeiten von ihnen erlebt und empfunden werden würden. Dies würde zunächst einmal voraussetzen, dass die betroffenen Frauen von der Existenz und den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen wissen würden, was somit eine Grundannahme wäre, auf welcher meine theoretischen Vorüberlegungen nicht basieren. Vielmehr verstehe ich in der vorliegenden Masterarbeit den Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen als gleichbedeutend mit dem selbstbestimmten Zugang zu den sexuellen und reproduktiven Menschenrechten, so wie es gesetzlich garantiert ist (siehe Abschnitt 4). Interessant ist, wie die Einrichtungen der Behindertenhilfe diese Rechte und Gesetze in Bezug auf die Thematik und Fragestellung der vorliegenden Arbeit in ihrem jeweiligen institutionellen Rahmen umsetzen, gestalten, KlientInnen und MitarbeiterInnen informieren bzw. sensibilisieren und sich der Bedeutung bewusst sind. Für die geistig beeinträchtigten Frauen stellen diese Einrichtungen ihren Lebensmittelpunkt dar. Darüber hinaus sind die meisten der betroffenen Frauen auf die Unterstützung durch die MitarbeiterInnen bzw. das Fachpersonal der Einrichtungen angewiesen. Somit hat jede Einrichtung und deren MitarbeiterInnen

maßgeblich Einfluss auf die Art, Qualität und Gestaltung von Informationen, Aktivitäten, (außerinstitutionellen) Angeboten für die betroffenen Frauen und trägt Verantwortung für das Wohlergehen und die Umsetzung der sexuellen und reproduktiven Rechte im Sinne der Bewohnerinnen bzw. Klientinnen. Daraus ergibt sich die Anwendung des ExpertInnenbegriffs auf die LeiterInnen von Einrichtungen der Behindertenhilfe.

### 6.2.2 Sampling

In Anlehnung an Strübing wird mit Sampling die Auswahl einer Untergruppe von Fällen, d. h. in Bezug auf meine Untersuchung die Auswahl von Personen, bezeichnet. Diese Personen, die von mir als solche definierten ExpertInnen, stehen dabei nicht für sich, sondern sie repräsentieren die Praxis von Einrichtungen der Behindertenhilfe in Bezug auf Zugänge und Barrieren zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen der dort wohnenden und/ oder arbeitenden geistig beeinträchtigten Frauen (vgl. [74, S. 174]).

Da sexuelle und reproduktive Rechte für alle Menschen gleichermaßen gelten und sich aus diesen im Sinne meiner Masterarbeit auch das Recht auf Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen ergibt, war für die Auswahl der Institutionen die Zugehörigkeit zu öffentlicher oder privater Trägerschaft oder einer Konfession ebenso wenig von Bedeutung, wie Größe, Alter und Lage der einzelnen Einrichtungen. Einrichtungen der Behindertenhilfe sind Teil der Gesellschaft und des Staates, in dem sie sich befinden. Für sie und in ihnen gelten die selben Gesetze, wie außerhalb bzw., in Bezug auf meine Untersuchung, in der BRD. Ihre Leitungen müssen folglich dafür Sorge tragen, dass KlientInnen, wie MitarbeiterInnen, aber auch Angehörige und sonstige (Netzwerk-) PartnerInnen Zugang zu den bestehenden Rechten haben und die entsprechenden Gesetze umgesetzt werden.

Um die einzelnen Interviews miteinander vergleichen zu können, war das spezifische Auswahlkriterium vor der Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen bzw. ExpertInnen jenes, dass es sich um Einrichtungen der Behindertenhilfe wie in Abschnitt 3.3.7 beschrieben handelt, in welchen Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen leben und/ oder arbeiten und die somit einen wesentlichen Lebensmittelpunkt für die Frauen darstellen.

Kontaktiert und angeschrieben wurden insgesamt sechs Einrichtungen der Behindertenhilfe in Sachsen Anhalt, was auf den forschungspraktischen Grund der Erreichbarkeit für mich als Forscherin zurück zu führen ist. Von diesen erklärten sich drei mit einem Interview einverstanden. Somit wurden im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit drei ExpertInneninterviews geführt und ausgewertet.

### 6.2.3 Feldzugang

Auf Grundlage der oben genannten Kriterien an die Einrichtungen war es nun an der Zeit mit den ExpertInnen „vor Ort“ Kontakt aufzunehmen. Im Rahmen einer gründlichen und gewissenhaften Internetrecherche konnte ich die Kontaktdaten von möglichen Einrichtungen der Behindertenhilfe innerhalb einer größeren Stadt in Sachsen Anhalt heraus finden.

## 6 Methodischer Rahmen

In Vorbereitung auf die erste Kontaktaufnahme entwarf ich ein 2-seitiges Informationsblatt (siehe Anhang A.2 „Information und Einwilligungserklärung zum Interview im Rahmen meiner Masterarbeit“), in welchem ich alle für die Einrichtungen wesentlichen Informationen zur Thematik meiner Masterarbeit, zum Vorgehen und der Methodik meiner Untersuchung und zum Datenschutz gemäß dem Ethik-Kodex der DGS und des BDS (siehe Abschnitt 6.1 Forschungsethik) zusammenfasste. Dieses Informationsblatt diente bei Zustandekommen eines Interviewtermins zugleich auch als Einwilligungserklärung für die am Interview teilnehmenden ExpertInnen unter den darin beschriebenen Bedingungen mit dem Interview, dessen Audioaufzeichnung und anschließender anonymisierter Transkription und Auswertung einverstanden zu sein.

Die nun folgende erste Kontaktaufnahme mit den von mir zuvor recherchierten und ausgewählten Einrichtungen erfolgte telefonisch. Ziel war es, soweit mir noch unbekannt, Namen und Erreichbarkeit der/ des EinrichtungsleiterIn zu erfragen und mich und mein Forschungsvorhaben daraufhin kurz bei der/ dem ExpertIn vorzustellen, Interesse und Sympathie zu wecken und die Erlaubnis zu erhalten, per Mail das oben genannte Informationsblatt zusenden zu dürfen. Dies gelang mir bei allen der sechs kontaktierten Einrichtungen mit einigem zeitlichen Aufwand. Grundsätzlich gaben alle kontaktierten Personen Interesse an und waren bereit, sich mein Informationsblatt durchzulesen bzw., bei Abwesenheit der/ des LeiterIn, weiterleiten zu wollen.

Eine(n) ExpertIn erreichte ich beim zweiten telefonischen Kontaktversuch. Nachdem ich mein Anliegen vorgebracht und mein Forschungsvorhaben näher erläutert hatte, schlug diese(r) selbst sofort vor einen Interviewtermin vereinbaren zu können. Dieser Termin drei Wochen später wurde schließlich auch mein erstes Interview für meine Masterarbeit. In Vorbereitung auf das Interview schickte ich meiner bzw. meinem InterviewpartnerIn unmittelbar nach dem Erstkontakt und der Terminvereinbarung das Informationsblatt bzw. die Einwilligungserklärung per E-Mail mit dem Hinweis zu, sich bei aufkommenden Fragen oder Unklarheiten jederzeit bei mir melden zu können.

Dieses Vorgehen war im Übrigen grundsätzlich für mich. Nach dem telefonischen Erstkontakt erhielten alle ExpertInnen per E-Mail das erwähnte Informationsblatt mit dem Hinweis, sich jederzeit bei mir melden zu können, insbesondere natürlich zur Terminvereinbarung zum Interview, aber auch um Fragen etc. zu klären. Praktisch war ich jedoch in meiner Rolle als angehende Masterabsolventin mit Bitte um Unterstützung durch ein Interview diejenige, welche sich bei den kontaktierten ExpertInnen nach 7 bis 10 Tagen ab Erstkontakt ein zweites Mal telefonisch in Erinnerung brachte. Auch hier waren die Reaktionen durchweg wohlwollend. Allerdings äußerten hierbei drei ExpertInnen ihre Absage(n) aus folgenden Gründen:

- fehlende (Selbsteinschätzung durch ExpertIn) oder persönlich unsichere Erfahrungen mit der Thematik,
- mangelnde zeitliche Kapazität,
- keine Zustimmung zum Interview durch übergeordneten Träger.

In den Fällen äußerte ich mein ehrliches Bedauern, aber auch Verständnis für diese Entscheidung. Außerdem legte ich noch einmal kurz dar, was die jeweilige Person für

mich zur/ zum ExpertIn im Sinne meiner Masterarbeit machte, was allerdings nicht dazu führte, wie von mir zunächst erhofft, die Entscheidung zur Nichtteilnahme zu überdenken.

In einem Falle musste die bzw. der EinrichtungsleiterIn noch das Einverständnis des übergeordneten Trägers abwarten. Die entsprechende Info erhielt ich per E-Mail, nachdem dieses erteilt worden war, so dass auch hier ein Interviewtermin vereinbart werden konnte.

Die Schwierigkeit bei der Terminvereinbarung mit der/ dem LeiterIn der noch offenen letzten Einrichtung bestand in der schwierigen telefonischen Erreichbarkeit. Hier waren Geduld und Ausdauer meinerseits gefragt. Knapp drei Wochen nach dem ersten telefonischen Kontakt konnten wir schließlich zu meiner Freude ein gemeinsames Zeitfenster finden. Der dritte Interviewtermin stand bevor!

Die Zeit zwischen Erstkontakt und der Vereinbarung eines Interviewtermins lag zwischen null Tagen bzw. am selben Tag und drei Wochen. Bis zum Interview selbst vergingen ab Terminvereinbarung zwischen zwei und vier Wochen.

Alle drei geführten ExpertInneninterviews fanden in den Büros der ExpertInnen bzw. Räumlichkeiten der Behindertenhilfeeinrichtungen statt. Vor Beginn der Interviews stellte ich mich kurz persönlich vor und gab, mein Informationsblatt aufgreifend und ergänzend, einen kurzen Überblick zu meinem Forschungsthema. Des Weiteren wurden mögliche Fragen geklärt, die Teilnehmenden bezüglich ihrer Rechte und über datenschutzrechtliche Bestimmungen informiert, sowie die Einwilligungserklärung zur Teilnahme am Interview in doppelter Ausführung, eine für die Einrichtung und eine für mich, unterzeichnet. Ebenfalls bestand im Anschluss an die Interviews Gelegenheit (im Interview aufgekommene) Fragen zu klären oder ggf. interessante Aspekte aus dem Interview seitens der/ des InterviewpartnerIn aufzugreifen.

Da mir alle Interviewten Interesse an den Ergebnissen meiner Masterarbeit mitgeteilt haben und ich mich gerne (damit) bedanken möchte, habe ich zugesichert die Ergebnisse bzw. die Masterarbeit nach deren Abschluss den ExpertInnen digital zur Verfügung zu stellen.

### 6.2.4 Der Interviewleitfaden

*„Für rekonstruierende Untersuchungen sind Leitfadeninterviews das geeignetste Instrument, weil über den Leitfaden sichergestellt werden kann, dass alle für die Rekonstruktion benötigten Informationen erhoben werden.“ [41, S. 116]*

Leitfadeninterviews basieren auf einer zuvor an Hand der Forschungsfrage erarbeiteten Fragenliste und den sich daraus ergebenden Themen. Dieser sogenannte Interviewleitfaden beinhaltet alle Fragen, welche in jedem Interview beantwortet werden müssen. Dabei sind weder die Art und Weise, wie ich als Interviewerin die Fragen formuliere, noch in welcher Reihenfolge ich sie im Interview stelle, verbindlich. Dadurch, dass ich Fragen auch außerhalb der Reihe oder wenn es sich gerade ergibt, weil die/ der Interviewte z. B. gerade selbst darauf zu sprechen kommt, einbringen kann, habe ich die Möglichkeit das Interview so weit wie möglich an einen natürlichen Gesprächsverlauf anzunähern. Gläser und Laudel weisen in diesem Zusammenhang darauf hin,

## 6 Methodischer Rahmen

dass die vollständige Beantwortung einer Frage erst dadurch erreicht werden könne, dass zu einer Antwort unmittelbar Nachfragen gestellt werden könnten, die auf Grund der Unvorhersehbarkeit des Gesprächsverlaufs so nicht möglich wären in den Interviewleitfaden aufzunehmen. Der Interviewleitfaden sei folglich eine Richtschnur, welche die unbedingt zu stellenden Fragen enthalte (vgl. [41, S. 42]).

Sowohl bei der Formulierung der Fragen meines Interviewleitfadens im Vorfeld der Interviews, als auch bei der Gestaltung, Strukturierung und (Um-) Formulierung meiner (Nach-) Fragen in der konkreten Interviewsituation, war für mich in Anlehnung an Gläser und Laudel und im Sinne wissenschaftlich fundierter Ergebnisse und auswertbarer Interviews die Einhaltung folgender Prinzipien von hoher Wichtigkeit:

- Offenheit der Fragen (vgl. [41, S. 131]):
  - Ergibt sich direkt aus dem methodologischen Prinzip der Offenheit.
  - Die Fragen sollen so wenig Einfluss wie möglich auf den Inhalt der Antworten ausüben.
  - Entscheidung über den Inhalt der Antworten trifft die/ der Interviewte.
- Neutralität der Fragen (vgl. ebenda S. 135):
  - Grundregel!
  - „Fragen dürfen nicht so formuliert werden, dass sie dem Befragten eine bestimmte Antwort nahe legen.“ (ebenda)
    - ⇒ Verbot von Suggestivfragen!
- Klarheit der Fragen (vgl. ebenda S. 140f.):
  - Klare, unmissverständliche und möglichst kurze Formulierung der Frage.
  - „Warum“-Fragen vermeiden, da sie große Unschärfe enthalten und Handlungen/ Prozesse zahlreiche Ursachen haben können.
    - ⇒ Stattdessen: Fragen nach Gründen/ Ursachen spezifizieren!
- Einfache Fragen (vgl. ebenda S. 141f.):
  - Grundsatz: pro Frage nur einen Gegenstand behandeln und nur ein Informationsbedürfnis äußern!
  - Niemals: multiple Fragen = mehrere Fragen in einem Satz!
    - ⇒ Risiko: Antworten können in verschiedene Richtungen gehen, wodurch ich als Interviewerin Kontrolle und Überblick über das Interview verlieren kann!

Eine weitere wichtige Regel für die Formulierung und Zulässigkeit von Fragen ist die Befolgung forschungsethischer Grundsätze (siehe Abschnitt 6.1 Forschungsethik), insbesondere:

- Prinzip der Nichtschädigung der/ des teilnehmenden InterviewpartnerIn
- ggf. Schutz der Anonymität Dritter: z. B. wenn ich in einem Interview die Aussage einer/ eines anderen Untersuchten verwende muss ich diese soweit anonymisieren, dass keine Rückschlüsse auf die Identität der Person gezogen werden können.

Es war mir wichtig meine InterviewpartnerInnen zunächst durch Erzählanregungen zu bitten, mir zu den von mir ausgewählten Themen von ihren Erfahrungen und ihrem Wissen als ExpertInnen zu berichten ohne dabei bereits einzuengen. In darauf folgenden Detailfragen konnte ich dann die noch offenen bzw. fehlenden Informationen erfragen.

Dem Anhang ist mein Interviewleitfaden beigelegt (siehe A.1).

### 6.2.5 Aufzeichnungsmethode

Fast schon real-poetisch, in jedem Fall zutreffend, erscheint die Feststellung von Jörg Strübing: „Die technische Aufzeichnung überführt die Flüchtigkeit des gesprochenen Wortes in eine dauerhafte Form.“ [74, S. 117]

Bereits mit Formulierung meiner Forschungsfrage und der Entscheidung, mich dieser mittels ExpertInneninterviews zu nähern, war die Entscheidung klar diese Gespräche digital aufzuzeichnen, um sie im Anschluss in Vorbereitung auf die Auswertung und Interpretation transkribieren zu können (siehe Abschnitt 6.2.7 Transkription). Sowohl Gläser und Laudel (vgl. [41, S. 158]), als auch Strübing (vgl. [74, S. 117]) weisen darauf hin, dass das Mitschneiden von Audioaufzeichnungen im Rahmen qualitativer Interviews mittlerweile zum methodischen Standard gehören würde und unverzichtbar sei.

Die Interviews in der Interviewsituation handschriftlich zu protokollieren oder erst im Nachhinein Gedächtnisprotokolle zur Auswertung anzufertigen, stellten für mich keine sinnvolle Alternative dar, da hier die Gefahr von gewaltigen Informationsverlusten und/oder -veränderungen drohte, die eine wissenschaftliche Auswertung erheblich beeinträchtigen oder gar Ergebnisse verfälschen könnten. Die Entscheidung die Interviews auf einem kleinen digitalen Aufzeichnungsgerät mitschneiden, gab mir die Möglichkeit mich ganz auf das Gespräch, die Situation, meine Fragen und meine(n) InterviewpartnerIn zu konzentrieren, dessen Antworten und Aussagen inhaltlich zu analysieren, zu prüfen, ob meine Fragen ausreichend beantwortet worden und ggf. Nachfragen zu stellen (vgl. [41, S. 158]).

Für alle drei InterviewpartnerInnen stellte der Fakt der Aufzeichnung des Gesprächs im Übrigen keinerlei Problem bzw. Beeinträchtigung hinsichtlich des Informationsgehalts der Aussagen dar. Ich konnte keine Befangenheit feststellen. Vielmehr schien es, dass das kleine Gerät im Verlauf des Interviews in Vergessenheit geriet. Bereits im ersten Kontakt mit den EinrichtungsleiterInnen hatte ich ganz selbstverständlich und fast beiläufig erwähnt, dass ich das Interview digital mitschneiden würde und dies auch noch einmal schriftlich in meinen Informationen zum Forschungsprojekt aufgegriffen und erläutert. In meinen unmittelbaren Vorbereitungen auf die einzelnen Interviews hatte ich einen fast banalen, aber in seiner Wirkung nicht zu unterschätzenden Hinweis von Gläser und Laudel beherzigt: „Um die Tonaufzeichnung so weit wie möglich aus dem Interview „herauszuhalten“ sollte man seine Technik außerdem so vorbereiten, dass während des Interviews nichts am Aufnahmegerät getan werden muss.“ [41, S. 158] Auf diese Weise war es mir möglich, die Interviews so weit wie möglich an eine natürliche Gesprächssituation anzunähern (vgl. ebenda S. 157).

### 6.2.6 Reflexion meiner Rolle als Interviewerin

*„Die Rolle des neutral fragenden, interessierten, vorinformierten Laien, der ein möglichst natürliches Gespräch mit dem Interviewpartner führt, gerät im Verlauf des Interviews immer wieder in Gefahr.“ [41, S. 187]*

Darauf weisen Gläser und Laudel in ihrem Buch „Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse“ zu Recht hin. So erscheint es mir im Rahmen meiner Forschungsarbeit von Wichtigkeit auch meine Rolle als Interviewerin im Nachhinein zu reflektieren und dem Leser meine Erfahrungen zugänglich zu machen.

Zu meiner Rolle als Interviewerin gehört es, das Gespräch bzw. Interview zu steuern und mit meinen Fragen dafür zu sorgen, dass mein(e) InterviewpartnerIn mir die Informationen zukommen lässt, welche für die Beantwortung meiner Forschungsfrage relevant sind. Dementsprechend ist es die Rolle der Befragten meinen Signalen und Aufforderungen zu folgen und mir die gewünschten Informationen zu geben (vgl. ebenda S. 114). „Um sein Informationsziel zu erreichen, muss der Interviewer deshalb sein Erkenntnisinteresse in Fragen übersetzen, die dem kulturellen Kontext des Gesprächspartners angemessen sind.“ (ebenda). Dazu gehört auch eine „gemeinsame Sprache“, was bedeutet, dass ich als die Fragen vorgebende Interviewerin zu jeder Zeit darauf achten muss keine missverständlichen Begriffe oder „Alltagssprache“ zu verwenden, unter denen die/ der Befragte etwas anders verstehen könnte, als ich. Dies könnte zu (sogar unbemerkten!) Verständigungsproblemen führen, welche Auswirkungen auf die wissenschaftliche Analyse der Antworten hätten.

Eine weitere wichtige Aufgabe für mich als Interviewerin besteht bzw. bestand darin, mich während des gesamten Interviews um ein vertrauensvolles Gesprächsklima zu bemühen, um die Befragten kontinuierlich zur Kooperation zu motivieren. Gläser und Laudel weisen darauf hin, dass „Je besser das Gesprächsklima ist, desto eher wird der Interviewpartner ausführlich erzählen, sein Gedächtnis anstrengen, wohlüberlegte Bewertungen abgeben usw.“ (ebenda S. 115). Solche „vertrauensbildenden Maßnahmen“ beginnen bereits mit dem ersten (hier: telefonischen) Kontakt zu den potentiellen InterviewpartnerInnen. Ich habe z. B. darauf geachtet, ruhig, freundlich und kurz mein Anliegen zu erläutern, nicht aufdringlich sofort nach einem Interviewtermin zu fragen, sondern mich ehrlich verständnisvoll, professionell und überlegt gegenüber den ersten Reaktionen der bzw. des ExpertIn zu äußern z. B. „Ich kann mir gut vorstellen, dass sie zeitlich sehr eingebunden sind und darüber hinaus eine kurze schriftliche Zusammenfassung über mein Forschungsvorhaben sinnvoll für Sie ist, so dass Sie sich in Ruhe einen Überblick verschaffen und zu einer Entscheidung hinsichtlich eines möglichen Interviews gelangen können. Wenn Sie damit einverstanden sind, würde ich Ihnen die entsprechenden Informationen per Mail zukommen lassen!“. Alle kontaktierten ExpertInnen gaben mir daraufhin ihr Einverständnis.

Ein Verweis auf die Wahrung der Anonymität der/ des Interviewten und die der jeweiligen Einrichtung, sowie die Möglichkeit das Interview jederzeit ab- oder unterbrechen zu können, ohne das daraus irgendwelche Nachteile für die bzw. den Interviewten entstehen würden, ebenso wie aus einer Nichtteilnahme, wirkten in meinen Erfahrungen entlastend auf die angefragten Personen. Dabei achtete ich darauf diese Hinweise,



## 6 Methodischer Rahmen

zwar wiederholt in jedem Kontakt (telefonischer Erstkontakt, telefonische Nachfrage zur Entscheidung und ggf. Terminvereinbarung und zum Interviewtermin vor Beginn), aber als Selbstverständlichkeit zu formulieren und nicht als Besonderheit, um genau diese Einstellung auch glaubhaft auf meine InterviewpartnerInnen übertragen zu können und Verlässlichkeit, Vertrauenswürdigkeit und Professionalität auszustrahlen.

Bedeutsam erschien mir auch, meine InterviewpartnerInnen im Vorfeld darüber zu informieren, sofern sie nicht bereits selbst danach gefragt hatten, dass ich für das Interview eine Stunde Zeit planen, aber die letztendliche Entscheidung darüber bei den ExpertInnen selbst liegen und ich mich ihrem Zeitrahmen anpassen würde. Meine Intention war es, durch diese Maßnahmen meinen InterviewpartnerInnen ein höchstmögliches Maß an Sicherheit und Autonomie zu gewährleisten, sozusagen selbst „Herr/Frau der Lage“ zu sein, auch wenn ich diejenige sein würde, welche mit ihren Fragen das Gespräch lenkt. Pünktlichkeit zum Interviewtermin und die Wahl „angemessener“ Bekleidung (hier gepflegte Alltagsbekleidung) in Abstimmung zum Setting und meinem Gegenüber erscheinen mir selbstverständlich, sollen aber nicht unerwähnt bleiben, da ein hier gemachter negativer Eindruck Auswirkungen auf die Interviewsituation haben kann.

Meine eigene Aufregung, die ich unmittelbar selbst vor jedem Interview verspürte, kommunizierte ich mit einem freundlichen Lächeln „Ich muss gestehen, dass ich ein wenig aufgeregt bin, denn auch für mich ist ein Interview nicht alltäglich“. Dies wirkte entlastend auf mich und zeigte meinen InterviewpartnerInnen Professionalität und meine eigene „Menschlichkeit“. Interessanterweise gestanden mir auch zwei ExpertInnen „etwas nervös“ zu sein, wodurch sich die Situation gefühlt auflockerte.

Interessant war es für mich zu erleben, dass ich mich im Verlauf des Interviews zunehmend entspannte und mich sehr gut auf die Antworten der ExpertInnen konzentrieren und darauf einlassen konnte. Eine Herausforderung stellte für mich die Fokussierung auf meine Forschungsfrage und somit auf meinen Interviewleitfaden dar. Wie gerne hätte ich manchmal aus Interesse und Neugierde Nachfragen gestellt, die von den vorgegebenen Themen abgewichen wären. In diesen Momenten erkannte ich die Sinnhaftigkeit und das Unterstützungspotential meines Interviewleitfadens, durch den es mir möglich war den Versuchungen meiner eigenen Neugierde zu widerstehen und bei meiner wissenschaftlichen Arbeit zu bleiben. Auch kurze Gesprächspausen, die jedoch selten waren, führten bei mir innerlich zu einer leichten Verunsicherung und waren schwierig auszuhalten, so dass ich mich tatsächlich einmal dabei ertappte, wie ich diese versuchte mit einem nachdenklichen „Ja...Aha...“ zu füllen. Gläser und Laudel weisen in Anlehnung an Seidmann darauf hin, dass Denken Zeit koste und daher diese Pausen toleriert werden müssten (vgl. [41, S. 174]).

Die spontane Formulierung offener und einfacher Nachfragen, wie es in leitfadengestützten Interviews möglich und vorgesehen ist, um ergänzende Informationen zu dem bereits Gesagten zu erhalten, erforderte mitunter ein hohes Maß an Konzentration und Fokussierung meinerseits. Allerdings ließ es sich nicht immer vermeiden, auch geschlossene Nachfragen zu stellen z. B. im Falle von Verständnisfragen „Habe ich Sie richtig verstanden, dass ...?“ . Sofern dem so war, konnte die Antwort aus einem knappen „Ja!“ oder „Nein!“ bestehen. Insgesamt habe ich erkannt, dass die größte Her-

ausforderung für mich darin bestand, knappe Antworten zulassen und als ausreichend akzeptieren zu können ohne dabei meine Kompetenz als Interviewerin anzuzweifeln und zu bewerten („Vielleicht habe ich nicht richtig gefragt?“ oder „Vielleicht hätte ich noch weiter nachfragen sollen/ müssen?“).

Die kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle als Interviewerin ermöglicht es mir meine Ressourcen zu erkennen, mögliche Störfaktoren, ebenso wie hilfreiche „Werkzeuge“ zu identifizieren, um diese zukünftig im Sinne einer hohen Qualität wissenschaftlichen Arbeitens (im Vorfeld) berücksichtigen zu können.

### 6.2.7 Transkription und Regeln

Bevor ich die einzelnen Interviews wissenschaftlich auswerten und interpretieren konnte, musste ich die Daten bzw. die Interviews, die mir als Audioaufzeichnungen vorlagen, transkribieren. Das bedeutete, alle verbalen Daten zu verschriftlichen.

Nach Strübing sind Transkriptionen regelgeleitete Verschriftlichungen gesprochener (Alltags-) Sprache und grenzen sich damit von einer bloßen Abschrift ab. „Sie sollen die Flüchtigkeit akustischer Sinnesreize in eine Form überführen, die sie dauerhaft und beliebig wiederholbar der wissenschaftlichen Analyse zugänglich macht.“ [74, S. 118]

Gläser und Laudel weisen darauf hin, dass es für die Transkription von Interviewprotokollen bislang keine allgemein akzeptierten Regeln geben würde und daher jeder Forscher seine eigenen Regeln in Abhängigkeit vom Untersuchungsziel aufstellen, dokumentieren und konsistent auf alle Interviews anwenden müsse (vgl. [41, S. 193]). Im Rahmen der Transkription der von mir geführten Interviews, habe ich mich den bei Experteninterviews bewährten Transkriptionsregeln von Gläser und Laudel angeschlossen und für meine Arbeit ergänzt (vgl. ebenda S. 194):

- Dialekteinfärbungen und Akzente wurden geglättet bzw. in Hochsprache übersetzt z. B. „haste“ wurde durch „hast du“ ersetzt.
- Transkription nichtverbaler Äußerungen, wie z. B. Lachen, Stottern, Räuspern habe ich nur dann transkribiert, wenn sie mir für die Aussage von Bedeutung erschienen.
- Besonderheiten in der Antwort z. B. durch ein Zögern oder ein lachendes oder ausgedehntes „Ja“ oder „Nein“ habe ich vermerkt.
- Unterbrechungen bzw. Pausen im Gespräch, sofern vorhanden, wurden vermerkt.
- Unverständliche Passagen, sofern vorhanden, wurden gekennzeichnet.
- Eigene Bemerkungen bzw. Anmerkungen zum besseren Verständnis der Aussage habe ich gekennzeichnet.

Hinsichtlich der Gestaltung der Transkription habe ich im Sinne einer besseren Lesbarkeit, die für mich einen günstigen Einfluss auf die Auswertung und Interpretation des Datenmaterials hat, inhaltlich zusammengehörende Aussagen als einen Absatz formatiert. „Das bedeutet, dass eine Antwort des Interviewpartners auch mehrere Absätze umfassen kann.“(ebenda S. 194) So konnte ich bereits bei der Transkription die Aussagen einer ersten Analyse unterzogen. Weiterhin habe ich die SprecherInnenwechsel

markiert und die einzelnen von mir zuvor so strukturierten Absätze über das gesamte transkribierte jeweilige Interview hinweg nummeriert, insbesondere um auf zitierte Passagen in meiner Auswertung eindeutig verweisen zu können.

Mit Blick auf forschungsethische Aspekte war ein bedeutender Bestandteil innerhalb der Verschriftlichung des Datenmaterials die konsequente Anonymisierung aller persönlichen Daten. Sämtliche Informationen, die Rückschlüsse auf die Interviewten, die von ihnen vertretenen Einrichtungen, auf (externe Netzwerk-) PartnerInnen oder sonstige Personen und Institutionen zulassen, wurden mit dem Ziel verändert, Rückschlüsse von dritten Personen zu vermeiden bzw. diese zu erschweren (siehe dazu Abschnitt 6.1 Forschungsethik).

Die Transkription der Interviews erfolgte unterstützend und erleichternd unter Verwendung des Programms „easytranscript“, welches kostenfrei im Internet unter [46] zur Verfügung gestellt wird/ wurde.

### 6.3 Auswertung

#### 6.3.1 Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Die Auswertung der ExpertInneninterviews sollte mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an das Vorgehen von Jochen Gläser und Grit Laudel erfolgen. Dabei wurden die auszuwertenden Texte, hier die einzelnen Interviews, als das Material behandelt, in welchem die Informationen nach welchen ich forsche enthalten sind. „Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus.“ ([41, S. 199]) Auf diese Weise generierte ich eine Informationsbasis, die sich von den ursprünglichen Transkriptionen der Interviews darin unterscheidet, dass sie nur noch die Informationen enthält, welche für die Beantwortung der Forschungsfrage von Bedeutung sind. Die Entnahme der benötigten Informationen bezeichnen Gläser und Laudel als Extraktion (ebenda S. 200). Diese ist der Kern des Verfahrens und stellt einen entscheidenden Interpretationsschritt dar, da ich als Forscherin beim Lesen der Texte entscheiden musste, welche der enthaltenen Informationen für die Untersuchung relevant sind. Trotz der dafür angebbaren Regeln wird die Extraktion somit vom individuellen Verstehen der bzw. des jeweils Forschenden, also von mir, geprägt (vgl. ebenda 199f.). Ein Suchraster aus verschiedenen Kategorien strukturiert den Prozess der Extraktion und bildet ein Kategoriensystem, welches auf den theoretischen Vorüberlegungen und den daraus abgeleiteten Einflussfaktoren und Hypothesen aufbaut. Zugleich ist das Kategoriensystem in zweierlei Hinsicht offen:

- „Es kann während der Extraktion verändert werden, wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen. Die Dimensionen existierender Kategorien können verändert werden, und es können neue Kategorien konstruiert werden.“ (ebenda S. 201) Die im Material enthaltenen Informationen, welche zusätzliche Kategorien bilden, ergänzen also die Kategorien, welche auf den theoretischen Vorüberlegungen basieren. Letztere dürfen

## 6 Methodischer Rahmen

nicht aus dem Kategoriensystem entfernt werden (vgl. ebenda S. 205). Im Falle meiner Masterarbeit konnten alle Informationen den bestehenden Kategorien zugeordnet werden.

- Die Merkmalsausprägungen der Kategorien werden frei verbal beschrieben und nicht vorab festgelegt (vgl. ebenda).

Die extrahierten Rohdaten werden in den beiden nun folgenden Schritten (Aufbereitung und Auswertung) der qualitativen Inhaltsanalyse weiter bearbeitet. Die Angabe der jeweiligen Quelle bzw. der Verweis auf die Textstelle, der die Information entnommen wurde wird stets mitgeführt, wodurch es auch außenstehenden LeserInnen jederzeit möglich ist, inhaltliche Entscheidungen im Verlauf der Auswertung (kritisch) nachzuvollziehen (vgl. ebenda S. 201).

Die Aufbereitung der Rohdaten geht mit deren Zusammenfassung, der Prüfung auf Redundanzen und Widersprüche und deren Sortierung nach für die Auswertung relevanten Kriterien einher. Gläser und Laudel (ebenda S. 202) weisen darauf hin, dass auch die Aufbereitung auf Interpretationsprozessen beruhen würde: „Ob Informationen für redundant bzw. widersprüchlich gehalten werden, ist ja eine Frage des individuellen Verstehens.“ Als Ergebnis erhalte ich nun eine strukturierte Informationsbasis „(. . .)“, die die empirischen Informationen über die zu rekonstruierenden Fälle zusammenfasst.“ (ebenda).

Im anschließenden und letzten Schritt der Auswertung nutzte ich die gewonnene Informationsbasis „(. . .)“, um die untersuchten Fälle zu rekonstruieren und nach den interessierenden Kausalmechanismen zu suchen.“ (ebenda). Dabei bestimmt die Struktur der Informationsbasis das Vorgehen bei der Auswertung (ebenda).

Die qualitative Inhaltsanalyse kann somit für sich beanspruchen ein regelgeleitetes und systematisches Verfahren zu sein.

### 6.3.2 Struktur des Kategoriensystems

Um meine Forschungsfrage beantworten zu können, ergab sich auf Basis meiner theoretischen Vorüberlegungen, die sich in den Fragen meines Interviewleitfadens widerspiegeln, das folgende Kategoriensystem. Die einzelnen Kategorien, auch Variablen genannt, bilden das Suchraster, welches die Extraktion der Rohdaten strukturiert hat:

1. Haltung der Einrichtung/ MitarbeiterInnen zur Sexualität der BewohnerInnen/ Klientinnen
2. Bedeutung Sexueller (Weiter-) Bildung
3. Wissen über sexuelle und reproduktive Rechte und Gesetze
4. Sexualpädagogisches Konzept
5. Sexualpädagogische Materialien und Medien
6. Interne AnsprechpartnerInnen bei allen Themen rund um Sexualität
7. Externe Kooperationen/ AnsprechpartnerInnen (bei allen Themen rund um Sexualität)

Die einzelnen Variablen bzw. Kategorien enthalten dabei verschiedene Dimensionen, welche bei der Extraktion der zugehörigen Informationen von wesentlicher Bedeutung waren, um letztlich die Forschungsfrage beantworten zu können. Auf diese Weise war es mir möglich die große Datenmenge in Form der transkribierten Interviews zu strukturieren und die wichtigen und forschungsrelevanten Aspekte heraus zu filtern. Auf Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an das Vorgehen von Gläser und Laudel konnte ich so wesentliche Ergebnisse über Zugänge zu Schwangerenberatungsstellen seitens der Einrichtungen der Behindertenhilfe für geistig beeinträchtigte Frauen zusammen tragen.

Die exakte Struktur des Kategoriensystems mit den einzelnen Variablen, deren jeweiliger Definition und den Indikatoren im Rahmen dieser Masterarbeit, sowie die entsprechenden Dimensionen der jeweiligen Kategorie, ist dem Anhang A.4 zu entnehmen.

### 6.3.3 Methoden der Qualitätssicherung

Um Beliebigkeit und Willkür zu verhindern müssen qualitative Forschungsvorhaben, genau wie quantitative, bestimmten Bewertungskriterien unterliegen. Die quantitativen Beurteilungskriterien der Qualitätssicherung sind für die qualitative Forschung nicht geeignet, da deren Grundannahmen kaum mit qualitativer Forschung vereinbar sind (vgl. [73, S. 322]).

So kann z. B. für qualitative Sozialforschung, im Unterschied zur quantitativen, nicht der Anspruch auf intersubjektive Überprüfbarkeit erhoben werden. „Eine identische Replikation einer Untersuchung ist schon allein aufgrund der begrenzten Standardisierbarkeit des Vorgehens in der qualitativen Forschung unmöglich. Angemessen für qualitatives Vorgehen ist der Anspruch auf Herstellung intersubjektiver Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, auf deren Basis eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen kann.“ (ebenda S. 324) Nach Steinke könne die Sicherung und Prüfung der Nachvollziehbarkeit auf drei Wegen erfolgen: der „Dokumentation des Forschungsprozesses“ (ebenda S. 324), der „Interpretation in Gruppen“ und „der Anwendung kodifizierter Verfahren“ (ebenda S. 326).

Die „Dokumentation des Forschungsprozesses“ stellt dabei die zentrale Technik auch für meine Forschungsarbeit dar. „Damit wird einem externen Publikum die Möglichkeit gegeben, die Untersuchung Schritt für Schritt zu verfolgen und den Forschungsprozess und die daraus hervorgegangenen Ergebnisse zu bewerten.“ (ebenda S. 324) In Bezug auf meine Forschungsarbeit habe ich den LeserInnen zunächst im theoretischen Teil sehr ausführlich den derzeitigen Stand der Forschung, Literatur und Gesetzeslage aufgezeigt, wodurch ich den (weiteren) Forschungsverlauf meiner Arbeit empirisch fundiert verankern konnte (ebenda S. 328). In einem zweiten Schritt garantiere ich die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses durch die exakte Beschreibung meines gesamten methodischen Vorgehens beginnend bei der Berücksichtigung berufsethischer Grundsätze über die Auswahl meiner InterviewpartnerInnen, die Kontaktaufnahme, der Bestimmung des Begriffs „ExpertIn“ in Bezug auf meinen Forschungsgegenstand, das Sampling, den Interviewleitfaden, das ExpertInneninterview etc. Darauf basiert schließlich auch die Beurteilung über die Angemessenheit des Forschungsprozesses. In die-

sem Rahmen wird weiterhin die qualitative Inhaltsanalyse in Anlehnung an Gläser und Laudel als Auswertungsmethode erläutert, so dass es den LeserInnen bzw. externen ForscherInnen möglich ist, meine Interpretation und Auswertung der Interviews zu beurteilen und die Einhaltung des Ablaufs überprüfen zu können. Um zwischen den Aussagen und dem Gedankengut anderer Autoren, den Äußerungen der Interviewten und meinen Deutungen als Forscherin präzise unterscheiden zu können, habe ich kontinuierlich die jeweilige Informationsquelle explizit dokumentiert (vgl. ebenda S. 325). Da alle Interviews unter Verwendung eines Leitfadens (siehe Abschnitt 6.2.4) durchgeführt und diese an Hand zuvor festgelegter Transkriptionsregeln (siehe Abschnitt 6.2.7) verschriftlicht wurden, kann zusätzlich das Kriterium der Durchführungsobjektivität garantiert werden (vgl. ebenda).

Mit der Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse in Anlehnung an Gläser und Laudel habe ich mich in Bezug auf die Auswertung und Interpretation der Interviews für ein kodifiziertes Verfahren entschieden. „Wenn kodifizierte Verfahren verwendet werden, verfügt der Leser einer Publikation über Informationen, die eine Kontrolle bzw. den Nachvollzug der Untersuchung erleichtern.“ [73, S. 326]

Indem ich meine eigene Rolle als Interviewerin hinterfragt habe, den Forschungsprozess sozusagen durch Selbstbeobachtung begleitete und persönliche Voraussetzungen für die Erforschung des Gegenstandes reflektierte, kann ich auch das Kriterium der reflektierten Subjektivität erfüllen (vgl. [73, S. 330f]).

## 7 Empirische Rekonstruktion

In diesem Kapitel werden die drei ExpertInneninterviews von mir einzeln rekonstruiert. Grundlage dafür ist die strukturierte Informationsbasis, welche ich mittels der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel gewonnen habe (siehe Abschnitt 6). Die wesentlichen Ergebnisse werden unter dem Fokus auf die Fragestellung meiner Masterarbeit dargestellt und ausgewertet. Die Struktur des Kategoriensystems als Grundlage für die Informationsbasis wird unter der Berücksichtigung sich aufzeigender Kausalmechanismen, die verschiedene Kategorien miteinander verbinden, fallbezogen aufgegriffen und erklärt. Gleiche Aussagen können sich in unterschiedlichen Kategorien wiederfinden. Dieses Vorgehen ermöglicht die strukturierte, übersichtliche und nachvollziehbare Darstellung der empirischen Ergebnisse für jedes Interview. Da das Kategoriensystem als „Suchraster“ bei der Extraktion der Daten in selber Art und Weise bei jedem der drei Interviews gleichermaßen angewandt wurde und somit eine Art „gemeinsamen Nenner“ zwischen den Interviews bildet, können die Ergebnisse schließlich miteinander verglichen, in Bezug gesetzt und diskutiert (Abschnitt 8) werden.

Als interessant und für die Forschungsarbeit von Bedeutung empfand ich, dass es seitens der ExpertInnen hinsichtlich der Informationen überwiegend keine Unterscheidung zwischen geistig beeinträchtigten Männern und Frauen gab, trotzdem sich meine Fragestellungen vor dem Hintergrund des Themas meiner Masterarbeit explizit auf Frauen bezogen. Lediglich beim Thema Schwangerschaft (und Schwangerenberatungsstelle) standen die Frauen (vorrangig) im Fokus. Es wird von mir als Forscherin und In-

tervIEWERIN interpretiert, dass hinsichtlich des Themas Sexualität in den Einrichtungen bzw. durch die ExpertInnen nicht zwischen Männern und Frauen unterschieden werden kann und soll, weil Bedürfnisse und Wünsche für alle Menschen gleichermaßen gelten: Ebenso wie sexuelle und reproduktive Rechte! Darüber hinaus leben und/ oder arbeiten in den von mir aufgesuchten Einrichtungen geistig beeinträchtigte Menschen jeden Geschlechts, was für die ExpertInnen eine (kommunikative) Trennung (nach Geschlecht) erschweren dürfte, insbesondere dann, wenn diese im Einrichtungsalltag nicht offensichtlich ist oder gar keine Rolle spielt. Somit erklärt sich meine Entscheidung über die Verwendung des „Binnen-I“ wie z. B. bei BewohnerInnen. Von den ExpertInnen selbst wurde hingegen die (meist) männliche Form gewählt, welche auch Frauen mit einschließen sollte.

### **7.1 ExpertInneninterview EI-I: „Da müssen wir als Einrichtung einfach mehr ran und haben noch ganz schön Nachholbedarf.“**

Die von mir zuerst aufgesuchte Einrichtung der Behindertenhilfe ist eine auf eine Stadt in Sachsen-Anhalt begrenzte Einrichtung mit vielfältigen stationären, teilstationären und ambulanten Angeboten sowohl für geistig und seelisch beeinträchtigte, als auch für alte Menschen mit Unterstützungsbedarf.

Das Interview führte ich mit der bzw. dem LeiterIn des Bereichs für geistig beeinträchtigte Menschen.

Eine besondere Vielzahl von Informationen erhielt ich auf meine Fragen, die auf die Haltung der Einrichtung zur Sexualität der Bewohnerinnen und Wünschen danach abzielten, welche im Rahmen der Auswertung meine erste Kategorie bildet.

Nach ExpertInnenaussagen gebe es unter den Bewohnerinnen und Bewohnern innerhalb der Einrichtung schon immer Sexualität, Partnerschaft und Wünsche danach (EI-I-7 und -15). Vor diesem Hintergrund wurde mir von einem konkreten Pärchen berichtet, welches in der (zeitlich nicht näher definierten) Vergangenheit eigeninitiativ auf die MitarbeiterInnen der Einrichtung zugegangen sei. Die MitarbeiterInnen hätten sich daraufhin bei dem Paar erkundigt, ob es Geschlechtsverkehr geben würde.

„Wir haben dann versucht in einfacher Sprache zu klären, wie und ob es denn wirklich so ist. Das haben sie bejaht. Und wir haben dann gesagt: ‚Da müssen wir mal schauen, wenn da jetzt kein Baby heraus kommen soll, dann wäre es günstig zu verhüten.‘“ (EI-I-69) In dieser Erzählung scheint eine hohe Identifikation von ExpertIn I mit den MitarbeiterInnen in der konkreten beschriebenen Situation deutlich zu werden, wie sich in der Formulierung „Wir“ ausdrückt und die annehmen lassen könnte, dass die/ der Interviewte dabei war oder ihr/ ihm dies unmittelbar zugetragen wurde und auf deren/ dessen Zustimmung in Bezug auf Verhalten und Reaktionen der MitarbeiterInnen stieß. Es kann hier in jedem Fall von einem vertrauensvollen und interessierten Informationsfluss zwischen Leitung und Personal ausgegangen werden. Die Aussage lässt offen, ob und welches konkrete Anliegen das Pärchen hatte, als beide auf die MitarbeiterInnen zugehen, die scheinbar dem Paar offen gegenüberstanden und die Partnerschaft verantwortungsvoll vor dem Hintergrund möglichen Geschlechtsverkehrs und einer daraus potenziell resultierenden Schwangerschaft thematisieren konnten. Es

bleibt hier unklar, ob es konkretes Anliegen des Paares war über Geschlechtsverkehr und eine Schwangerschaft zu sprechen oder ob diese Themen von den MitarbeiterInnen in das Gespräch getragen wurden und ggf. das Paar, aus hieraus nicht ableitbaren oder explizit benannten Grund in die Richtung lenkten, zu verhüten, worauf die Formulierung „Da müssen wir mal schauen, wenn da jetzt kein Baby heraus kommen soll, dann wäre es günstig zu verhüten.“ (EI-I-69) hinweisen könnte.

Ein Indiz für diese Interpretationsmöglichkeit ist in Aussage EI-I-74 zu finden. Vor dem Hintergrund der Vorteile, welche externe BeraterInnen bieten können, findet sich die folgende Erklärung: „Dadurch haben die Bewohner ein Maximum an Wahlfreiheit, ohne dass wir dann vielleicht z. B. beim Thema Verhütung in eine Richtung forcieren ‚Na, mach das mal so und so!‘.“ Diese Interpretation ist jedoch spekulativ, die mittels der Aussagen letztlich nicht eindeutig belegt werden kann.

Zur Haltung der Einrichtung zur Sexualität der Bewohnerinnen habe ich weiter erfahren, dass es seit vier bis fünf Jahren in der Einrichtung seitens des Personals eine grundsätzliche Beschäftigung mit dem Thema Sexualität geben würde (EI-I-7). Vor zwei bis drei Jahren sei der Umgang mit dem Thema durch die Einrichtung und die MitarbeiterInnen weniger gezielt, sondern anlassbezogen erfolgt, was bedeutet, dass z. B. durch das Personal etwas bemerkt wurde oder sich ein Paar gefunden hatte. Dann wäre durch interessierte MitarbeiterInnen auf die Themen Sexualität, Partnerschaft, Verhütung eingegangen und die jeweilige Bewohnerin ggf. zur Frauenärztin oder zum Frauenarzt begleitet wurden (EI-I-10).

Zu der selben Zeit habe es auch eine externe Fortbildung für die BewohnerInnen zu den Themen Liebe, Partnerschaft und Sexualität gegeben: „Und dann kamen einige Bewohner bei uns so begeistert an und haben gesagt: ‚Da wollen wir mehr erfahren!‘.“ (EI-I-14) Die Reaktionen bei den MitarbeiterInnen seien dagegen „eher bisschen schläfrig“ (EI-I-15) gewesen, „aber das war auch mit ein Punkt für uns, um aufzugreifen ‚Mensch, unsere Klienten wollen da was erfahren und wir gucken mal, wie wir ihnen so was wie Fortbildungen oder kleine Seminare intern anbieten können, um sie in einfacher Sprache an dieses Thema heran zu führen.‘.“ (EI-I-15).

Seitens ExpertIn I wird hier ein hohes Maß an Offenheit, Sensibilität und Aufmerksamkeit für die Bedürfnisse der BewohnerInnen deutlich, was zu ambitionierten Zukunftsplänen im Sinne der KlientInnen für die Implementierung interner Seminare zu führen schien.

Ein Prozess zunehmender Professionalisierung auf Grund der intensiven Beschäftigung mit dem Thema Sexualität sei seit zwei bis drei Jahren in Gang gekommen und würde andauern (EI-I-9). „Das hing sicherlich auch mit einer Studentin einer regionalen Hochschule zusammen, die uns im Rahmen ihrer Abschlussarbeit angefragt hatte, die wir mit unterstützt haben und wo wir einfach auch merkten, dass es etwas Dirigierendes von Seiten der Leitung braucht, also von mir, die sagt: ‚Wir implizieren hier in den Bereichen etwas Verbindliches!‘, also auch ein Konzept. Das war so der Entstehungspunkt, sich näher mit der Thematik auseinander zu setzen. Es war also mehr ein Impuls, insbesondere von der Studentin.“ (EI-I-13) Wieder wird ein hohes Maß an Offenheit seitens der Leitung bzw. Einrichtung deutlich; hier gegenüber dem äußeren Impuls durch eine Studentin, welcher dazu beigetragen hätte, sich gezielt, systematisch



## 7 Empirische Rekonstruktion

und engagiert mit dem Thema Sexualität bewusst auseinander zu setzen.

Die Tatsache, dass es in der Einrichtung seit zwei Jahren einen Arbeitskreis namens „Sexualisierte Gewalt“ geben würde, findet im Interview ebenfalls Erwähnung und unterstreicht den zunehmend professionalisierten, sensiblen und engagierten Umgang mit dem lebensnahen Themenfeld „Sexualität“, sowie das Bewusstsein für die Möglichkeit und Bedeutung von Grenzüberschreitungen und Gewalt (EI-I-7 und -9).

Darüber hinaus wurde in dieser Zeit die Studentin der regionalen Hochschule für die Einrichtung (, wie auch die Einrichtung für die Studentin,) zu einer wichtigen externen Kooperationspartnerin beim Thema Sexualität und ist damit der entsprechenden (7.) Kategorie zugeordnet. Die Zusammenarbeit basierte auf der Anfrage der Studentin hinsichtlich einer Unterstützung bei ihrer Masterarbeit, der die Einrichtung offen gegenüberstand und sich dazu bereit erklärte, woraus sich das zunehmende Bewusstsein seitens der Einrichtungsleitung entwickelte, sich näher mit der Thematik auseinander zu setzen. Der Impuls der Studentin entfaltet(e) also eine nachhaltige Wirkung bis in die Gegenwart und Zukunft.

An Hand eines weiteren echten „Fallbeispiels“ aus dem Einrichtungsalltag beschreibt ExpertIn I den konkreten Umgang mit sexuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen und beleuchtet die damit verbundenen Reaktionen von den Seiten der Beteiligten. Vor etwa 1,5 Jahren sei ein neuer Klient eingezogen, der sich sofort in eine Klientin verliebt hätte, welche die Gefühle erwiderte. Beide wohnten bzw. wohnen auch heute noch in unterschiedlichen Wohnbereichen in zwei verschiedenen Häusern der Einrichtung. Sie besuchten und besuchen sich jeden Tag. Für die MitarbeiterInnen war dies Anlass mit beiden offen und verantwortungsvoll das Thema Verhütung zu thematisieren. Im Rahmen einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung wurde „dann auch das Thema Verhütung angesprochen und geschaut, was sinnvoll ist.“ (EI-I-68).

Der Wunsch der beiden Verliebten innerhalb der Einrichtung zusammen zu ziehen, was grundsätzlich möglich sei, wurde nicht Wirklichkeit, da die Schwester der Bewohnerin der Realisierung dieses Vorhabens schockiert und rigoros ablehnend gegenüberstand. Offensichtlich schien der Einfluss der Schwester bei dieser Entscheidung so groß zu sein, dass ein gemeinsames Wohnen der beiden Verliebten (bislang) nicht realisiert wurde. Im Interview wird beschrieben, dass verständnislose, entsetzte oder schockierte Reaktionen von Angehörigen für Leitung und Personal der Einrichtung nicht ungewöhnlich seien: „Aber wir haben es auch oft, dass Angehörige zum Beispiel dafür überhaupt kein Verständnis haben, wenn auf einmal ihre Tochter oder ihr Sohn mit jemanden zusammen ist: ‚Das geht doch nicht! Die sind doch geistig behindert! Um Gottes Willen!‘. Da haben wir erkannt, dass es auch eine Arbeit mit den Angehörigen zu diesen Themen braucht.“ (EI-I-17) Weitere Aussagen, welche die Arbeit mit den Angehörigen, aufgreifen oder vertiefen und einen näheren Einblick zulassen würden, konnten aus den Informationen nicht extrahiert werden.

Die interviewte Person beschreibt, dass es seitens der Einrichtung eine grundsätzliche Offenheit gegenüber allen Themen der KlientInnen geben würde. Die bzw. der Klient würde im Mittelpunkt stehen, was den MitarbeiterInnen weitestgehend klar sei. „Die Mitarbeiter sind auch in der Lage das Thema Sexualität generell zu thematisieren. Aber, ich glaube, das hat bisher auch noch Grenzen.“ (EI-I-19)

Einige KlientInnen (drei werden genannt) würden ihre Sexualität, Partnerschaft und auch Selbstbefriedigung offensichtlich ausleben und sich ins Zimmer zurück ziehen. Es gebe auch Bewohner mit Vorlieben, die auch mal einen Film schauen würden. Diese Konfrontation mit den Vorlieben und sexuellen Bedürfnissen der BewohnerInnen würde Unsicherheiten, Ängste und Befindlichkeiten bei den MitarbeiterInnen auslösen. Eine souveräne Begleitung dieser Themen durch das Fachpersonal hätte daher Grenzen (EI-I-20 und -21).

Im Interview wurde durch ExpertIn I das Thema Schwangerschaft angeschnitten. Bislang hätte noch keine Bewohnerin geäußert, nicht verhüten und ein Kind zu wollen. Jedoch könne dies durchaus passieren. In diesem Zusammenhang macht ExpertIn I deutlich, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen nicht per se davon ausgeschlossen sind, sich einen Kinderwunsch zu erfüllen (EI-I-70). Diese Aussage lässt Rückschlüsse auf das Wissen um sexuelle und reproduktive Rechte erkennen, die eine eigene (4.) Kategorie bildet. „Ich kann jetzt gar nicht sagen, was wir dann machen, wie wir dann beraten würden. Ich glaube, dass die Mitarbeiter wahrscheinlich im ersten Moment damit überfordert wären.“ (EI-I-70) Nach erster Überforderung würden dann, so die Einschätzung der interviewten Person, die MitarbeiterInnen gemeinsam mit dem Paar nach Lebensperspektiven schauen, individuelle Unterstützung planen und somit strukturiert und lösungsorientiert an der Seite der Bewohnerin stehen (EI-I-70).

Das Bewusstsein für das Thema Sexualität der geistig beeinträchtigten BewohnerInnen sei in der Einrichtung noch ganz frisch (EI-I-37). Der Umgang damit sei bereits sicherer und offener als früher und würde sich perspektivisch weiterentwickeln (EI-I-32). Dadurch, dass es nun eine Pflicht für alle MitarbeiterInnen zur Auseinandersetzung mit dem vorhandenen sexual-pädagogischen Konzept, auf welches später noch einmal eingegangen werden soll, geben würde, sei Sexualität kein Tabuthema mehr (EI-I-32). Diese Entwicklung habe auch der Arbeitskreis „Sexualisierte Gewalt“ voran getrieben (EI-I-37).

Ebenso sei einrichtungsintern ein Bewusstsein für die Bedeutung von sexualpädagogischen Weiterbildungen gewachsen (EI-I-36 und -37). Ziel sei es den BewohnerInnen auf Augenhöhe beim Thema Sexualität zu begegnen und Geschlechtsverkehr und Verhütung offen in einer konkreten Situation besprechen zu können (EI-I-32). Der professionelle Umgang mit diesen Themen sei eine Herausforderung für die MitarbeiterInnen bzw. die Einrichtung (EI-I-11). Auch auf Seiten der BewohnerInnen seien gegenüber den MitarbeiterInnen Hemmungen bei der Thematisierung von Sexualität möglich, reflektiert ExpertIn I sensibel (EI-I-41).

Auf Grund guter Erfahrungen mit externen AnsprechpartnerInnen im Rahmen einer vergangenen Weiterbildung in einfacher Sprache für die BewohnerInnen (EI-I-75) kann sich die/ der ExpertIn auch zukünftig gut vorstellen die Angebote externer, guter BeraterInnen in Anspruch zu nehmen (EI-I-72 bis -74). „Warum sollen wir das erklären, vielleicht auch Mitarbeiter, die sich damit etwas schwerer tun? Wenn sie dort in der Lage sind gut zu beraten, warum nicht! Das sind ja dann auch Berater, die wirklich unabhängig beraten können und mit den Klienten ‚für und wider‘ abklären. Dadurch haben die Bewohner ein Maximum an Wahlfreiheit, ohne dass wir dann vielleicht z. B. beim Thema Verhütung in eine Richtung forcieren ‚Na, mach das mal so und so!‘.“

(EI-I-74)

Interessant in den Informationen der/ des Interviewten in Bezug auf die KlientInnen ist folgender scheinbarer Widerspruch: „Wir haben auch bemerkt, dass bei dem Thema für unsere Bewohner eigentlich alles ziemlich klar ist: ‚Ich hab da eine Freundin oder ich habe einen Freund!‘.“ (EI-I-16) An anderer Stelle jedoch heißt es: „denn ich denke, dass die Meisten von ihnen in Bezug auf Sexualität einfach total unaufgeklärt sind.“ (EI-I-75) Ein Erklärungsansatz hierzu könnte sein, dass sich die Aussage aus EI-I-16 ausschließlich auf das Bestehen und Bewusstsein einer Partnerschaft bezieht, während sich EI-I-75 auch auf die gelebte Sexualität in Form von Geschlechtsverkehr und die Möglichkeit gleichgeschlechtlicher Beziehungen bezieht, denn weiter heißt es dort über die KlientInnen: „Sie wissen z. B. gar nicht, wie ein Geschlechtsakt funktioniert oder ein Mann durchaus auch mit einem Mann oder eine Frau mit einer Frau zusammen sein darf, ohne dass das was Schlimmes ist.“ (EI-I-75) Auch hier wird wieder eine grundsätzliche Offenheit und Unvoreingenommenheit von ExpertIn I gegenüber auch „alternativer“ bzw. nicht heteronormativer Lebens- und Liebesvorstellungen deutlich, sowie die Ambition zur (Sexual-) Aufklärung und Sensibilität gegenüber den potenziellen Themen der BewohnerInnen.

An dieser Stelle wird erkennbar, wie eng die 1. Kategorie „Haltung zur Sexualität“ mit der 2. Kategorie „Sexuelle (Weiter-) Bildung“ verbunden ist und diese beeinflussen kann.

Auf Grund dessen, dass nach Informationen von ExpertIn I die meisten KlientInnen noch sehr unaufgeklärt seien, veranlasst dies die Einrichtungsleitung das Thema weiter anzugehen und in diesem Zusammenhang, von mir darauf angesprochen, auch die Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstellen zwecks möglicher sexualpädagogischer Bildungsangebote perspektivisch in Betracht zu ziehen (EI-I-72 und -75): „Da müssen wir als Einrichtung einfach mehr ran und haben noch ganz schön Nachholbedarf.“ (EI-I-75)

Auf die 2. Kategorie „Sexuelle (Weiter-) Bildung“ ließen sich bereits erste Hinweise in den bisherigen aufbereiteten Informationen finden. Da sexuelle Weiterbildung sowohl intern, als auch extern insbesondere durch Schwangerenberatungsstellen erfolgen kann, erschien es von Bedeutung diesem Punkt eine eigene Kategorie zu widmen. Nach Aussagen von ExpertIn I hätte es in der Vergangenheit Weiterbildungen zu den Themen Sexualität und Partnerschaft für die KlientInnen „eigentlich“ (EI-I-38) gar nicht gegeben, allerdings für die MitarbeiterInnen schon immer sporadisch. Die Teilnahme an diesen freiwilligen Weiterbildungen sei jedoch nur gering gewesen. „Ich habe aber in den Anmelde Listen gesehen, dass sich immer nur eine Hand voll dazu angemeldet haben.“ (EI-I-38)

Vor zwei, drei Jahren sei dann die Einrichtung von einem Verein mit einem Weiterbildungsprogramm angesprochen wurden, in welchem es einen Block für die MitarbeiterInnen und einen weiteren für die KlientInnen in leichter Sprache und mit einfachen Mitteln geben sollte. Themen seien Liebe, Sexualität, Partnerschaft, Beziehungsformen und sexualisierte Gewalt gewesen. Während die Reaktionen der BewohnerInnen von Interesse und dem Wunsch nach mehr Informationen geprägt waren, seien die der MitarbeiterInnen „eher bisschen schläfrig“ (EI-I-15) ausgefallen. Das Interesse der Be-

wohnerInnen wurde schließlich von der Einrichtung aufgegriffen.

In diesem Zusammenhang sei eine nachhaltige Zusammenarbeit mit dem Verein entstanden, der somit auch der 7. Kategorie „Externe AnsprechpartnerInnen“ zugeordnet werden kann und auf Anfrage der Einrichtung (regelmäßige) Weiterbildungen für diese anbieten würde: „Der Verein bietet ja regelmäßig Bildungsangebote an und sie stricken diese auch gezielt, wenn man die Mitarbeiter anfragt. Wenn wir nach einem bestimmten Thema fragen, dann würden sie das auch machen. Da sind sie sehr offen.“ (EI-I-61) Auch sei der Verein in der Vergangenheit von der Einrichtung bereits im Zusammenhang mit der sexualpädagogischen Konzeption und der Implementierung interner Fortbildungsangebote beratend angefragt wurden (EI-I-59).

Weiterhin habe man als Einrichtung Beziehungen „zu einer weiteren Beratungsstelle des selben Vereins in einer anderen Stadt“ (EI-I-54) gehabt. Dieser stellt folglich einen wichtigen externen Ansprechpartner in Bezug auf Sexualität dar, der auch von der Einrichtung eigeninitiativ und engagiert bei Bedarf kontaktiert werden würde. Die Basis der Zusammenarbeit kann als Vertrauen und Professionalität analysiert werden.

Das Sexualpädagogische Konzept stellt zwar eine eigene (4.) Kategorie dar, doch weist die Aufbereitung der Informationen auf zahlreiche Verknüpfungen sowohl mit der 2. Kategorie „Sexuelle (Weiter-) Bildung“, als auch mit der 6. Kategorie „Interne AnsprechpartnerInnen“ (z. B. Arbeitskreis, Sozialarbeiterin) und der 7. Kategorie „Externe AnsprechpartnerInnen“ (Hochschule, Verein) hin. Diese Kausalmechanismen sollen nun weiter verdeutlicht werden.

Nach Aussagen von ExpertIn I sei in den letzten Jahren hinsichtlich eines sexualpädagogischen Konzeptes „noch wenig in dem Bereich gemacht“ (EI-I-56) gemacht worden. Vor zwei, drei Jahren hätte dann eine Studentin einer regionalen Hochschule die Einrichtung im Rahmen ihrer Masterarbeit angefragt und um Unterstützung gebeten. Damit sei auf Seiten der Einrichtungsleitung ein Bewusstsein für eine Konzeption entstanden. Es sei Anlass gewesen, sich näher mit dem Thema Sexualität auseinander zu setzen und etwas Verbindliches in Form eines Konzeptes in den Bereichen der Einrichtung zu implementieren (EI-I-8 und -13).

Heute würde es das Konzept geben. An dessen Entstehung hätten der Arbeitskreis „Sexualisierte Gewalt“ und die Sozialarbeiterin vom Sozialen Dienst der Einrichtung mitgewirkt. „Sie haben dabei aber nicht nur über die Klienten geschrieben. Das sexualpädagogische Konzept ist schlussendlich auch eine Handlungsanleitung für die Mitarbeiter, also zu den Themen sexualisierte Gewalt oder auch Umgang mit Sexualität. Sie haben dabei auch regelmäßig Klienten, die sich dazu äußern können, in den Arbeitskreis eingeladen und gefragt ‚Wie seht ihr das?‘.“ (EI-I-29) Das Konzept sei „im Prinzip etwas Verordnetes“ (EI-I-33). Die Auseinandersetzung mit dem Konzept sei Pflicht. „Das ist Ziel des Konzeptes, dass es nicht mehr willkürlich und zufällig ist, Sexualität zu thematisieren, sondern zielgerichtetes Arbeiten.“ (EI-I-35).

Nun sei man seit Ende 2017 dabei „dieses Konzept in die Wohnbereiche zu tragen und einzuführen, bekannt zu machen und darauf aufbauend in diesem Jahr die ersten Fortbildungen und Seminare für die Klienten statt finden zu lassen.“ (EI-I-30), die vorrangig von diesem Konzept profitieren sollen, da es einen sichereren und offeneren Umgang mit dem Thema Sexualität durch die MitarbeiterInnen ermöglichen würde und sich die-

se nicht mehr davor verschließen könnten (EI-I-32).

Hier wird deutlich, dass die Einführung des sexualpädagogischen Konzepts eine unmittelbare Ursache für die Planung und Durchführung von internen Weiterbildungen sowohl für die KlientInnen (EI-I-30), als auch von verpflichtenden Schulungen für die MitarbeiterInnen ist: „Zu dem Konzept gibt es auch Schulungen. Für die Mitarbeiter laufen sie ab April. Das heißt, jeder Mitarbeiter wird im dritten Quartal auch zu Sexualität, Liebe, Partnerschaft, sexualisierte Gewalt geschult sein.“ (EI-I-33) Es wird deutlich, dass ExpertIn I uneingeschränkt hinter der Umsetzung dieses Vorhabens steht und sich der Bedeutung und Vorteile für die Einrichtung insgesamt, das Personal und die BewohnerInnen klar ist, wobei ExpertIn I äußerst professionell, ambitioniert und konsequent erscheint und dabei den Blick für Ängste, Befindlichkeiten und Unsicherheiten der MitarbeiterInnen mit einfließen lässt.

Perspektivisch soll die Einrichtung auf Grund der Zusammenarbeit zwischen der SozialarbeiterIn der Einrichtung und einem externen Projekt einer Hochschule, welches sich der sexuellen Bildung beeinträchtigter Menschen widmet und die Einrichtung 2015/Anfang 2016 angefragt hatte, in der Lage sein „Fortbildungsblöcke für die Klienten zu erstellen und selbst Karten, Anschauungs- und Bildmaterial, Puppen etc., zum Anfassen, herzustellen. Und auf Grund dieses Projektes sind wir dann hier in der Lage, das selbst in die Bereiche einzuführen. Das heißt, selbst Material nach Anleitung herzustellen.“ (EI-I-44).

Die weiteren Aussagen von ExpertIn I geben darüber Auskunft, dass mit der genannten Hochschule eine nachhaltige Kooperation entstanden sei, die hauptsächlich über Projekte laufe, „für die wir auch gezielt als Einrichtung angefragt werden uns zu engagieren bzw. auch Arbeitsmaterialien, die z. B. in dem Bildungsprojekt entwickelt werden bei unseren Mitarbeitern und Klienten auszuprobieren, ob und wie das funktioniert.“ (EI-I-58). Damit stellt die Hochschule einen wichtigen externen Ansprechpartner für die Einrichtung bei dem Thema Sexualität dar und wurde so der entsprechenden Kategorie zugeordnet.

Neben der sexuellen (Weiter-) Bildung wurde hier auf die Kategorien 6 und 7 „Interne bzw. Externe AnsprechpartnerInnen“ verwiesen, sowie auf die 5. Kategorie „Sexualpädagogische Materialien und Medien“. Eine klare Trennung und eindeutige Zuordnung der Informationen ist auf Grund deren Komplexität und den übergreifenden und sich gegenseitig bedingenden Kausalmechanismen oft nicht möglich. Vielmehr soll die Rekonstruktion des Interviews (ebenso wie die der beiden anderen) diese offen legen und somit einer Analyse und Auswertung zugänglich machen.

Die Information von ExpertIn I aus Aussage EI-I-44 benennt klar Materialien, die der 5. Kategorie „Sexualpädagogische Materialien und Medien“ zugeordnet werden können. Auf Grund der Zusammenarbeit zwischen der SozialarbeiterIn und dem externen Projekt einer Hochschule würde man aktuell Karten, Anschauungs- und Bildmaterialien, sowie Puppen herstellen und zukünftig selbstständig als Einrichtung in der Lage sein, diese Materialien herzustellen und den BewohnerInnen zugänglich zu machen. Hier räumt die interviewte Person ein, dass diese Materialien (ebenso wie die Fortbildungsblöcke) gar schon fertig sein könnten. Weiterhin haben die Sozialarbeiterin und der Arbeitskreis seit seinem Bestehen und im Rahmen der Konzeptentwicklung

## 7 Empirische Rekonstruktion

„Materialien in einfacher Sprache entwickelt, mit Piktogrammen und so weiter, die die Bewohner verstehen.“ (EI-I-30). Diese Aussage wiederholend heißt es weiter: „Der Arbeitskreis hat ganz viel in Form von Piktogrammen erarbeitet und in einfache Sprache übersetzt.“ (EI-I-43).

Von mir darauf angesprochen, inwieweit es in der Einrichtung für die Bewohnerinnen die Möglichkeit gebe im Internet bzw. an einem Computer selbstständig zu allen Fragen und Themen rund um Sexualität recherchieren zu können (EI-I-45), erhielt ich zunächst die Auskunft, dass die meisten KlientInnen auf Grund der Schwere ihrer Beeinträchtigungen gar nicht mit einem PC umgehen und mit bestimmten Themen nichts anfangen könnten. Inwieweit damit Sexualität gemeint ist, lässt die Aussage offen (EI-I-46 und -47). „In unserem Wohnheim hat kein Klient einen Computer, aber nicht, weil es unsererseits nicht gewollt wäre, sondern weil die Meisten nicht mit einem Computer umgehen können.“ (EI-I-46) Es gebe aber zwei, drei KlientInnen, welche in Besitz eines Smartphones seien und sozusagen über dieses bzw. einen eigenen Zugang das Internet nutzen könnten (EI-I-47). Inwieweit KlientInnen das Internet aktiv nutzen würden, sei ExpertIn I jedoch unbekannt (EI-I-48). Allerdings hätte es in der Vergangenheit mal einen Klienten gegeben, der regelmäßig in die Verwaltung gekommen sei „und einen Computer nutzen konnte, um Sachen zu googeln oder Zeitung zu lesen.“ (EI-I-48). Es wäre seitens der Einrichtung kein Problem einen internetfähigen Computer zur Verfügung zu stellen, wenn KlientInnen den Wunsch danach äußern würden (EI-I-50). Interessant ist dabei die folgende vertiefende ExpertInnenaussage dazu, da sie das Verhältnis und ein mögliches Dilemma von Angebot und Nachfrage reflektiert, welches die oder eine Ursache für die nicht vorhandene Nachfrage seitens der KlientInnen sein könnte: „Also wir könnten Internetzugang zur Verfügung stellen, aber es gibt nicht die Nachfrage. Aber vielleicht hat es auch damit zu tun, dass viele Klienten es nicht wissen, dass es das gibt. Das könnte natürlich auch eine Ursache sein“ (EI-I-52).

Die bisher rekonstruierten Aussagen lassen bereits die ersten Rückschlüsse auf einrichtungsinterne AnsprechpartnerInnen bei allen Themen rund um Sexualität, welche eine eigene (6.) Kategorie bilden, zu. In mehreren Passagen des Interviews wird erkennbar, dass heute, wie vor zwei bis drei Jahren bzw. einer nicht näher definierten Vergangenheit den MitarbeiterInnen der Einrichtung als AnsprechpartnerInnen für die BewohnerInnen eine hohe Bedeutung zukam bzw. zukommt. Allerdings sei die Thematisierung von Sexualität damals anlassbezogen durch MitarbeiterInnen erfolgt, die in ihrem Wohnbereich „etwas bemerkt“ (EI-I-10) hätten. Wenn sich z. B. eine Partnerschaft entwickelte sei geschaut worden, wie man sie hätte „begleiten können, aber weniger gezielt, sondern eigentlich immer ‚Was ist jetzt gerade dran? Streiten sie sich oder nicht? Wie ist es mit dem Thema Geschlechtsverkehr? Möchten sie das machen? Auch wirklich? Ist das jetzt nicht nur küssen oder auf der Couch sitzen? Soll es da mehr werden?‘ Dazu auch zu beraten, Verhütung spielt eine Rolle, zum Frauenarzt gehen und fragen ‚Was möchtest du?‘.“ (EI-I-10). Diese Gespräche seien immer mit den betreffenden KlientInnen und in der Regel von den MitarbeiterInnen ausgehend geführt wurden (EI-I-10 und -68). Es hätte jedoch auch ein (bereits erwähntes) Pärchen gegeben, welches von selbst auf die MitarbeiterInnen zugegangen sei und mit denen dann Geschlechtsverkehr und Verhütung besprochen wurden wären (EII-I-69). Der Austausch bzw. Zugang

wäre somit in beide Richtungen, also von MitarbeiterInnen auf KlientInnen und umgekehrt, möglich (gewesen).

Aus den Informationen lässt sich ableiten, dass Sexualität kein Thema war welches gezielt, regelmäßig und routiniert mit allen BewohnerInnen und in jedem Wohnbereich thematisiert wurde. Vielmehr hing dies zusätzlich auch von den Ambitionen der einzelnen MitarbeiterInnen ab, was nun mit Einführung des sexualpädagogischen Konzepts und der Arbeit des Arbeitskreises nicht mehr möglich sei: „Jeder Mitarbeiter hat etwas in der Hand, wie er mit diesen Themen umgehen kann und es ist nichts Willkürliches mehr nach dem Motto, dass es in einem Wohnbereich Mitarbeiter gibt, die sich mit den Themen auseinandersetzen und Lust darauf haben mit den Bewohnern zu arbeiten und in dem anderen Wohnbereich gibt's eben keinen und deshalb taucht das Thema Sexualität nicht auf.“ (EI-I-35).

Seit Bestehen (2 Jahre) des Arbeitskreises „Sexualisierte Gewalt“ fände innerhalb der Einrichtung eine intensive Beschäftigung mit dem Thema Sexualität statt (EI-I-7). Dieser Arbeitskreis sei zugleich ein Vertrauenskreis, in welchem aus jedem Wohnbereich eine engagierte Fachkraft aktiv an der Konzeption mitwirken und daran mitarbeiten würde, dass Thema im eigenen jeweiligen Bereich präsenter zu machen. Die Personen aus dem Arbeitskreis seien zugleich auch die Vertrauenspersonen beim Thema Sexualität und damit die AnsprechpartnerInnen innerhalb der Einrichtung sowohl für die MitarbeiterInnen in den Wohnbereichen, „als auch für die Bewohner, die wissen ‚Ich kann jetzt mit dem Thema zu Frau oder Herrn X gehen und mit ihr oder ihm darüber sprechen.‘.“ (EI-I-23). Diese AnsprechpartnerInnen seien bei den MitarbeiterInnen bekannt, jedoch ist sich ExpertIn I nicht ganz sicher, ob dies auch bereits bei den BewohnerInnen der Fall ist, „weil es das noch nicht lange gibt.“ (EI-I-25). Darüber hinaus kann auch das sexualpädagogische Konzept selbst als eine Art „Ansprechpartner“ verstanden werden, denn: „Jeder Mitarbeiter hat etwas in der Hand, wie er mit diesen Themen umgehen kann“ (EI-I-35). Dies würde einen zufälligen und willkürlichen Umgang mit Sexualität verhindern, da es diesen steuert und von der Einrichtungsleitung selbst delegiert und verordnet ist (EI-I-9 und -33).

Als externe AnsprechpartnerInnen beim Thema Sexualität wurden bislang eine Hochschule, eine Studentin einer regionalen Hochschule, sowie ein Verein (mit zwei Niederlassungen) von ExpertIn I benannt. Erwähnung fand auch, dass mit einer BewohnerIn im Rahmen einer gynäkologischen Vorsorgeuntersuchung das Thema Verhütung aufgegriffen wurde (EI-I-68). Es ist an Hand der Informationen nur vage zu beurteilen, ob dies bereits eine Zuordnung der/ des GynäkologIn zur Kategorie „Externer AnsprechpartnerInnen“ rechtfertigt. Sicher ist nach Auswertung der Aussagen dazu, dass die BewohnerInnen „wirklich ganz regelmäßig zum Frauenarzt zur Krebsvorsorge und so weiter“ (EI-I-68) gehen würden. In diesem Rahmen wurde dann in zwei beschriebenen „Fällen“ mit der jeweiligen BewohnerIn oder dem jeweiligen Paar, was nicht eindeutig hervorgeht, „das Thema Verhütung angesprochen und geschaut, was sinnvoll ist“ (EI-I-68). Inwieweit dies die Patientin bzw. Bewohnerin von sich aus thematisierte oder ggf. die begleitende Fachkraft aus der Einrichtung, lassen die Aussagen offen. Ein Austausch zwischen GynäkologIn und EinrichtungsmitarbeiterIn kann jedoch vermutet werden (EI-I-10, -68 und -69).

Von mir auf weitere externe Kooperationen zum Thema Sexualität angesprochen, erhielt ich von ExpertIn I die Auskunft, dass es keine weiteren gebe. „Aber nicht, weil wir das nicht wollen, sondern weil es einfach noch nicht dran war oder wir das bewusst wahrgenommen hätten. Wahrscheinlich auch um zunächst einmal intern zu schauen, was wir bei uns aufbauen können.“(EI-I-55)

Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen gebe es bislang nicht seitens der Einrichtung, da schwanger werden bislang nie Thema gewesen sei: „Daher war das für uns nie ein Thema eine Schwangerenberatung aufzusuchen und Kontakt zu knüpfen.“ (EI-I-63). Das Durchschnittsalter im Wohnheim läge bei 60 Jahren, wird ebenfalls als mögliche Ursache angeführt (EI-I-63). Im weiteren Verlauf des Interviews stellt sich heraus, dass hinsichtlich des Angebotsspektrums von Schwangerenberatungsstellen Unklarheit besteht. Von mir auf einige mögliche sexualpädagogische Angebote wie z. B. mögliche Gruppenveranstaltungen und/ oder Beratung zu Verhütung, Partnerschaft, sexuell übertragbaren Krankheiten etc. aufmerksam gemacht (EI-I-64), äußert sich ExpertIn I erstaunt: „Ach so! Das war mir nicht klar.“(EI-I-65) Konkret kann eine Schwangerenberatungsstelle in Ortsnähe vage benannt werden. Auf Grund meines Hinweises und dem Wissen darum, dass sich manch eigene MitarbeiterInnen beim Thema Verhütung gegenüber den KlientInnen „etwas schwerer tun“ (EI-I-74), äußert die interviewte Person sich vorstellen zu können, diese Angebote zu nutzen: „Ich kann mir vorstellen, dann auch gezielt Kontakt aufzunehmen, mal jemanden einzuladen, zu schauen, was sie da anbieten können.“ (EI-I-72). Eine wesentliche Voraussetzung sei jedoch, dass die BeraterInnen der Schwangerenberatungsstellen in der Lage sind die Inhalte in einfacher Sprache vermitteln zu können (EI-I-72): „Das muss eine Voraussetzung sein, damit unsere Klienten mitkommen. Das ist für mich ein Stück Barrierefreiheit.“ (EI-I-73) Sofern diese Bedingung erfüllt sei, würde der Kontakt mit Schwangerenberatungsstellen bewirken, dass den KlientInnen seitens der Einrichtung mehr sexualpädagogische Fortbildungen und Aufklärung, sowie unabhängige Beratung, welche den BewohnerInnen ein Maximum an Wahlfreiheit ermöglichen würde, angeboten werden könnten. ExpertIn I reflektiert und schlussfolgert darin eine große Ressource in ihrer bzw. der Arbeit der Einrichtung:

„Da müssen wir als Einrichtung einfach mehr ran und haben noch ganz schön Nachholbedarf.“ (EI-I-75)

### **7.2 ExpertInneninterview EI-II: „wenn ich schwanger bin, brauche ich auch eine Schwangerenberatungsstelle.“**

Die von mir im Rahmen des zweiten Interviews aufgesuchte Einrichtung verfügt über zahlreiche ambulante und stationäre Angebote der Behindertenhilfe. Im Interview werden dabei die Bereiche „Wohnheim“ und „Werkstatt“ genannt. Der Träger dieser Einrichtung hat Niederlassungen in ganz Deutschland. Ein Schwerpunkt stellt die Unterstützung geistig beeinträchtigter Menschen und deren Angehöriger dar.

ExpertIn II ist LeiterIn einer Niederlassung in einer Stadt in Sachsen Anhalt. Selbst wird die Einrichtung von der interviewten Person (mehrfach auch) als Unternehmen



bezeichnet (z. B. EI-I-7).

Die Haltung der Einrichtung zur Sexualität der Klientinnen (1. Kategorie), auch als „Mensch mit Behinderung“ bezeichnet (EI-II-9), beschreibt ExpertIn II als offen, akzeptierend und unterstützend und bezieht sich dabei auf die Gegenwart. Die Vergangenheit oder eine mögliche geschichtliche Entwicklung wird in dieser Kategorie nicht thematisiert. Zentral sei im Zusammenleben bzw. der Arbeit in Bezug auf die geistig beeinträchtigten Menschen die Prämisse „Selbstbestimmt leben“ (EI-II-9). Dabei verweist ExpertIn II auf die sexuellen und reproduktiven Rechte von geistig beeinträchtigten Menschen (3. Kategorie): Auch sie hätten ein Anrecht darauf, selbst über einen möglichen Kinderwunsch bzw. dessen Erfüllung und damit über Verhütung zu entscheiden (EI-II-II). Seitens der MitarbeiterInnen gebe es hier keinerlei Zwang, was wieder ein Charakteristikum für die Haltung der Einrichtung (1. Kategorie) in Bezug auf den Umgang mit dem Thema Sexualität ist.

Innerhalb der Einrichtung würden als „einzigstes Aufklärungsgespräche“ (EI-II-9) angeboten. Die Entscheidung der KlientInnen darauf einzugehen (oder nicht) würde akzeptiert werden (EI-II-9).

Die Thematisierung der Themen Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung durch die MitarbeiterInnen fände individuell und anlassbezogen statt (EI-II-19 und -20). Diese seien im Allgemeinen auch die internen AnsprechpartnerInnen (6. Kategorie) beim Thema Sexualität, insbesondere bei einer bestehenden Schwangerschaft. ExpertIn II beschreibt einen scheinbar typischen Ablauf und geht dabei auf die Haltung bzw. Reaktionen der MitarbeiterInnen gegenüber den KlientInnen bei der Konfrontation mit einer bestehenden Schwangerschaft ein: „Wenn eine Frau schwanger geworden ist, zeigt sie uns dies zum ersten Mal an. Wir geben ihr Unterstützung, sagen ihr, wo sie hingehen muss, unterstützen sie auch, wenn sie nicht alleine zur Untersuchung möchte“ (EI-II-12). Diese Erzählung lässt den Eindruck entstehen, dass eine Schwangerschaft keine Ausnahme darstellen und der Umgang seitens der Personals von Professionalität und Routine geprägt sein würde. In diesem Zusammenhang enthalten die Informationen von ExpertIn II zur „Haltung der Einrichtung zur Sexualität der Bewohnerinnen“ (1. Kategorie) einen weiteren wichtigen Hinweis auf das Wissen um sexuelle und reproduktive Rechte (3. Kategorie) und deren praktische Umsetzung im Alltag: „und sobald sie (die Frau, Anmerkung) dann den Mutterpass hat, besteht auch seit 01.01.2018 die Möglichkeit für Menschen mit Behinderung sofort ihre Arbeit zu unterbrechen und in den Schutz der Häuslichkeit zu gehen. Das heißt, die Frauen müssen dann nicht mehr arbeiten, genau wie nicht behinderte Menschen“ (EI-II-12). Die Frau könne selbst darüber entscheiden, ob sie weiter arbeiten wolle oder nicht. Diese gesetzliche Neuregelung bzw. Gleichstellung beeinträchtigter und nicht beeinträchtigter Frauen wäre an die Schwangeren durch den Werkstatttrat und die SozialarbeiterInnen nach in Kraft treten des Gesetzesänderung kommuniziert wurden (EI-II-14 und -15).

In dieser und weiterer Informationen (z. B. EI-II-7) werden die SozialarbeiterInnen als interne AnsprechpartnerInnen bei allen Themen rund um Sexualität (6. Kategorie) innerhalb des Werkstattbereichs benannt (EI-II-34). Bei einer bestehenden Schwangerschaft seien u. a. sie es, welche auf Wunsch der Schwangeren den ersten Kontakt mit einer Schwangerenberatungsstelle aufnehmen würden (EI-II-34 bis -36): „Meist ma-

chen das die Frauen nicht alleine. Da brauchen sie schon unsere Hilfe.“ (EI-II-36). Weiter werden an selber Stelle neben den SozialarbeiterInnen die Gruppenkräfte als interne AnsprechpartnerInnen (6. Kategorie) im Wohnbereich der Einrichtung benannt. Sie würden die Schwangere, sofern es von ihr gewünscht ist, auch zu einem Termin in einer Schwangerenberatungsstelle begleiten (EI-II-34 und -40). Auch für die individuelle und anlassbezogene sexuelle Aufklärung (EI-II-19 und -20) seien die MitarbeiterInnen insbesondere im Wohnbereich da, denn „die Ruhe findet man im Wohnbereich, wenn gerade die Werkstattbeschäftigten dann in ihrer Häuslichkeit in unseren Wohneinrichtungen sind.“ (EI-II-17).

Neben den SozialarbeiterInnen im Werkstattbereich sind dort auch die WerkstattdirektorInnen feste interne AnsprechpartnerInnen bei allen Fragen zu den Themen rund um Sexualität für die Beschäftigten (EI-II-24). Da die KlientInnen immer sehr bemüht seien, sich anzuvertrauen, gebe es auch feste Regeln hinsichtlich der allseits bekannten und frei zugänglichen AnsprechpartnerInnen: „Es geht schließlich um intime Sachen, die dann auch intim bleiben sollten und nicht überall ausgesprochen werden müssen.“ (EI-II-25).

Im Interview wird immer wieder deutlich, dass der Umstand einer Schwangerschaft bei einer Klientin (im Einrichtungsalltag) für ExpertIn II von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Gleich zu Beginn heißt es, dass die Einrichtung eine ganze Menge „vorwiegend in der Vorbeugung einer Schwangerschaft“ (EI-II-7) unternehmen würde. Die Hintergründe für diese Auffassung beschreibt ExpertIn II sehr sensibel und emotional sichtbar bewegt: „Wir gehen mit dem Thema sehr sensibel um, denn wir wissen darum, dass leider in den wenigsten Fällen die Kinder dann auch behalten werden können. Deshalb versuchen wir vorher aufzuklären und helfen natürlich da, wo wir helfen können. Das ist uns sehr sehr wichtig!“ (EI-II-43). ExpertIn II berichtet in diesem Zusammenhang von einer Werkstattbeschäftigten, die in einer nicht näher definierten Vergangenheit schwanger geworden war und die Kinder nach der Geburt nicht behalten durfte, da eine Rund-um-Betreuung nicht sicher gestellt werden konnte (EI-II-44). Das Engagement in Bezug auf die Sexualaufklärung zur Vorbeugung einer Schwangerschaft liest sich mit dem Wissen dieser Erfahrung als äußerst sensibel gegenüber den emotionalen, aber auch ganz lebenspraktischen besonderen Bedürfnissen einer schwangeren Frau (und ihrem Kind) vor dem Hintergrund einer geistigen Beeinträchtigung: „denn es tut weh zu sehen, dass die Kinder so weit weg kommen und die Mütter sparen das ganze Jahr, um einmal zum Kind fahren zu können und es zu sehen und sind dann so enttäuscht, dass ihr Kind nicht mehr diese Beziehung hat und oft nicht weiß "Wer ist denn das eigentlich?".“ (EI-II-52) Ziel, so ExpertIn II, sei es „dass die Kinder so lange, wie möglich bei den Eltern bleiben.“ (EI-II-45). Man würde die Eltern unterstützen, wo man könne, damit das Kind normal aufwachsen und nicht, auf Grund der Beeinträchtigung der Eltern, selbst von einer späteren Beeinträchtigung bedroht sein würde (EI-II-45 und -46). Zwar sei das Jugendamt diesbezüglich sehr offen, doch stehe das Wohl des Kindes im Mittelpunkt und sofern dieses bzw. die Betreuung nicht gewährleistet sei, müsse es aus seiner Familie heraus genommen werden, so der Kern der offensichtlich auf Erfahrungen beruhenden Aussage von ExpertIn II (EI-II-45). Die interviewte Person geht äußerst empathisch auf die einzelnen Akteure ein und ist in

der Lage die verschiedenen Blickwinkel zu reflektieren und Kausalmechanismen herzustellen, ohne Schuldzuweisungen zu vorzunehmen. Ein Kausalmechanismus wird z. B. in der Aussage deutlich, dass das Kind beeinträchtigter Eltern selbst beeinträchtigt werden könnte, weil „die Eltern selbst nicht in der Lage sind ihm Rechnen, Lesen, Schreiben beizubringen“ (EI-II-46).

In Verbindung mit der Erzählung von der schwangeren Werkstattbeschäftigten gibt ExpertIn II den Einblick, dass man sich damals als Einrichtung mit dem Gedanken beschäftigt hätte, neben einer Einrichtung für die Mütter und ihre Kinder (EI-II-44), auch eine Schwangerenberatungsstelle im selben Haus aufzubauen: „Wir hatten sogar in diesem Haus eine Schwangerenberatungsstelle mit geplant. Wir konnten uns das so vorstellen, dass, selbst wenn das Kind dann da war, der Mitarbeiter in der Beratungsstelle trotzdem den Weg zur Mutter sucht und schaut, dass alles in Ordnung ist.“ (EI-II-48) Das Engagement und Herzblut der interviewten Person bei diesem Vorhaben werden im Interview deutlich, ebenso wie das Bedauern darüber, dass die Pläne letztlich nicht verwirklicht werden konnten (EI-II-50), denn „wenn ich schwanger bin, brauche ich auch eine Schwangerenberatungsstelle. Die braucht jeder, auch ein Mensch mit Behinderung.“ (EI-II-50).

Interessant erscheint vor dem Hintergrund dieser Informationen und dem offensichtlichen Bewusstsein für die Bedeutung von Schwangerschaften geistig beeinträchtigter Frauen (Eltern), dass es in der Einrichtung kein sexualpädagogisches Konzept (4. Kategorie) gibt. ExpertIn II lässt mich diese (bewusste?) Entscheidung nachvollziehen: „In unserer Einrichtung gibt es kein sexualpädagogisches Konzept, denn jeder Fall ist individuell.“ (EI-II-11). Dass für eine schwangere Frau nicht die Möglichkeit bestehen würde, nach der Entbindung ihr Kind mit in den Wohnbereich der Einrichtung zu nehmen (EI-II-45), kann möglicherweise mit dem Fehlen eines sexualpädagogischen Konzepts in Verbindung gebracht werden, dass eine Voraussetzung darstellen könnte, um die entsprechenden Strukturen innerhalb einer Einrichtung zu implementieren.

Von mir auf die Gestaltung des Kontakts zu Schwangerenberatungsstellen, die ein potenzieller externer Ansprechpartner (7. Kategorie) zu allen Themen rund um Sexualität darstellen könnten, angesprochen, erhielt ich die Auskunft, dass es keine direkte Zusammenarbeit der Einrichtung mit Schwangerenberatungsstellen geben würde, sondern immer der und die betreffende KlientIn (EI-II-39). Die Frauen würden über die Existenz von Schwangerenberatungsstellen im Rahmen eines ersten Informationsgesprächs nach Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft in der Einrichtung durch die MitarbeiterInnen informiert (EI-II-38). Auf Wunsch der Schwangeren würde man sie auch in die Schwangerenberatungsstelle begleiten, sofern sie in der Einrichtung wohne. Bei einer Werkstattbeschäftigten, welche nicht in der Einrichtung wohnt, würde dies der oder die gerichtlich bestellte BetreuerIn übernehmen (EI-II-40). Neben den SozialarbeiterInnen und GruppenleiterInnen intern, seien diese für die Werkstattbeschäftigten die externen AnsprechpartnerInnen beim Thema Sexualität (EI-II-7 und -18). Kontakte mit Schwangerenberatungsstellen erfolgen also immer anlassbezogen bzw. bei Bedarf einer (schwangeren) KlientIn aus dem Wohnbereich. Ein regelmäßiger Austausch oder eine Zusammenarbeit besteht nicht. Generell habe die Einrichtung gar keine Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen, da sie dafür nicht zuständig sei, sondern immer die

gesetzlichen BetreuerInnen (EI-II-31).

Im Rahmen der Auswertung kann diese Information Irritation verursachen, da sie, entgegen anderer Aussagen (EI-II-34), die Zuständigkeit für den Kontakt mit Schwangerenberatungsstellen ausschließlich den BetreuerInnen zuspricht, ohne eine Differenzierung nach BewohnerIn und/ oder Werkstattbeschäftigten vorzunehmen. Grundsätzlich bestehe jedoch für die oder den Einzelne(n) die Möglichkeit zu Kontakt mit Schwangerenberatungsstellen (EI-II-31).

Auf meine interessierte Nachfrage, welche Möglichkeiten es seitens der Einrichtung geben könnte, um die Bewohnerinnen beim Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen zu unterstützen, kann sich ExpertIn II vorstellen „alle Schwangerenberatungsstellen, die es hier gibt, aufzulisten und das auslegen“ (EI-II-42). Allerdings schwingt in der Handhabung einer solchen Liste auch Skepsis mit: „Da müssen wir aber gucken, nicht das es so aussieht ‚Nun macht mal! Dann könnt ihr es auch nutzen.‘“ (EI-II-42). Auf Grund der bereits beschriebenen Erfahrungen von ExpertIn II, den damit verbundenen (eigenen) Emotionen und der Empathie für die Frauen, erscheint es wahrscheinlich, dass diese Einstellung bzw. der Hinweis zur Vorsicht darin begründet liegt, die Frauen (und ihre Kinder) vor einem belastenden und einschneidenden Ereignis, wie es die (vermeintlich begründete) Inobhutnahme des eigenen Kindes durch das Jugendamt sein kann, zu schützen.

Im weiteren Verlauf des Interviews äußert ExpertIn II lächelnd und knapp in Folge meiner kurzen Ausführung zum möglichen Angebotsspektrum von Schwangerenberatungsstellen und meiner Frage danach, inwieweit es vorstellbar ist, diese Angebote perspektivisch zu nutzen: „Ja, das könnte ich mir gut vorstellen. Werden wir sicherlich auch nutzen.“ (EI-II-54). Bedingung sei dabei stets, dass der geistig beeinträchtigte Mensch das auch wolle. „Wenn der Wille da ist, würden das die Sozialarbeiter machen und den Kontakt knüpfen.“ (EI-II-56). Damit wird wieder sowohl auf die SozialarbeiterInnen als interne AnsprechpartnerInnen (6. Kategorie), als auch auf die Haltung „Selbstbestimmt leben“ auch in Bezug auf Sexualität (1. Kategorie) verwiesen. Gerade vor dem Hintergrund einer Schwangerschaft oder deren Vorbeugung, offenbar ein zentrales Thema innerhalb der Einrichtung, könnte die Beratung von Schwangerenberatungsstellen genutzt werden: „Meistens haben wir immer zwei, die zur gleichen Zeit schwanger sind und dann könnte man noch paar Pärchen dazu nehmen und dann die Aufklärungsgespräche führen. Selbst wenn es schon zu spät ist, kann man sich für's nächste Mal auch ein bisschen Aufklärung anhören.“ (EI-II-57). Inwieweit es perspektivisch zu einer Zusammenarbeit zwischen der Einrichtung und Schwangerenberatungsstellen kommen wird, bleibt selbstverständlich offen. Als externer Ansprechpartner (7. Kategorie) fungieren diese aktuell grundsätzlich für die über die Existenz von Schwangerenberatungsstellen informierten BewohnerInnen (mit Unterstützung durch die SozialarbeiterInnen und/ oder Gruppenkräfte), (noch) nicht jedoch für die Einrichtung und die MitarbeiterInnen selbst.

Als weitere externe AnsprechpartnerInnen beim Thema Sexualität benennt ExpertIn II: „Einrichtungen, die zu uns kommen und dann Sexualaufklärung machen.“ (EI-II-7). Allerdings bleibt diese Formulierung vage und wird nicht weiter vertieft. Möglicherweise sind damit der Landes- und Bundesverband des eigenen Trägers und ein Spitzenver-

band der freien Wohlfahrtspflege gemeint (EI-II-27). Von diesen würde man als Einrichtung Bildungsangebote bzw. einen Weiterbildungskatalog erhalten, aus welchem dann durch den Werkstatttrat („Das ist so was wie der Betriebsrat für Menschen mit Behinderungen.“ EI-II-14) unter der Prämisse „Selbstbestimmt leben“ interessante Themen heraus gesucht werden würden (EI-II-29). Die Zusammenarbeit mit diesen potenziellen externen AnsprechpartnerInnen, welche sich jedoch nicht ausschließlich auf Sexualität zu beziehen scheint, erfolgt auf Basis von Weiterbildungen, die durch den Werkstatttrat ausgewählt werden.

Damit ist eine weitere wichtige Kategorie angeschnitten worden: 2. Sexuelle (Weiter-)Bildung. Offenbar werden zum Zwecke der Sexualaufklärung externe Einrichtungen genutzt (EI-II-7), darunter der Landes- und Bundesverband des eigenen Trägers, sowie ein Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege. Für die KlientInnen bzw. Werkstattbeschäftigten erfolgt dabei der Zugang zu diesen Bildungsangeboten nach der Prämisse „Selbstbestimmt leben“ über den Werkstatttrat, welcher interessante Themen für Weiterbildungen aus einem Weiterbildungskatalog auswählt (EI-II-29), die vermutlich in den Bereich der sexuellen (Weiter-) Bildung fallen können, aber nicht zwangsläufig müssen. Die KlientInnen erhalten dann die Möglichkeit an diesen bzw. solchen Seminaren und Weiterbildungen selbstbestimmt und freiwillig teil zu nehmen (EI-II-21 und -22).

Auch die MitarbeiterInnen würden Gelegenheit erhalten, da sie wichtige interne AnsprechpartnerInnen (6. Kategorie) für die KlientInnen sind, an Weiterbildungsmaßnahmen, welche ebenfalls nicht näher beschrieben werden, teil zu nehmen, insbesondere auch, um auf die besonderen, individuellen sprachlichen und kognitiven Bedürfnisse der KlientInnen eingehen zu können (EI-II-17).

Intern würde die sexuelle (Weiter-) Bildung der KlientInnen in Form von Aufklärungsgesprächen durch die MitarbeiterInnen, insbesondere die SozialarbeiterInnen und WerkstattleiterInnen im Werkstattbereich und die Gruppenkräfte im Wohnbereich, unter der Beachtung der Selbstbestimmung und Akzeptanz (der Entscheidung) des einzelnen Menschen erfolgen (EI-II-9, -17 und -24).

Aussagen über das Vorhandensein von sexualpädagogischen Materialien und Medien (5. Kategorie) konnten mittels qualitativer Inhaltsanalyse nicht heraus gefiltert werden. Eine Thematisierung seitens ExpertIn II erfolgte im Verlauf des Interview ebenso wenig, wie direkte Nachfragen durch mich als Interviewerin, welche auf entsprechende Informationen abgezielt hätten. Im Verlauf des Interviews lag, auch vor dem Hintergrund eines vorgegebenen Zeitrahmens, das Augenmerk durch mich als Interviewerin auf der Vertiefung der getroffenen ExpertInnenaussagen und Fokussierung auf Informationen über eventuelle Zugänge zu Schwangerenberatungsstellen.

### **7.3 ExpertInneninterview EI-III: „Dann ist der Name nicht so sehr aussagekräftig, über das, was sie (=Schwangerenberatungsstellen, Anmerkung) machen.“**

Das dritte und letzte Interview führte ich mit ExpertIn III als LeiterIn einer kleinen stationären Wohneinrichtung für geistig und mehrfachbeeinträchtigte Menschen, welche

einem großen bundesweiten Träger vielfältiger sozialer Dienstleitungen zugehörig ist.

Von mir zu Beginn des Interviews als Erzählanregung darum gebeten, zunächst einmal auf alles einzugehen, was ExpertIn III in Bezug auf den Umgang des Personals mit sexuellen Wünschen und Bedürfnissen der Klientinnen einfallen würde, wurde mir zunächst ein Einblick in die Haltung der Einrichtung zur Sexualität der Bewohnerinnen (1. Kategorie) vor dem Hintergrund der geschichtlichen Entwicklung der Einrichtung gewährt. Dies sei ein schwieriges Thema (EI-III-7). Diese Aussage bezieht sich auf die Gegenwart und begründet diese mit einer weiter zurück liegenden Vergangenheit. Früher seien Männer tabu gewesen, die Frauen hätten in einem anderen Haus gewohnt. Freundschaften „oder so“ (EI-III-7) zwischen Männern und Frauen wären so nicht entstanden. Es wird deutlich, dass es in dieser Zeit ein einrichtungsinternes Männerverbot gegeben haben muss, welches auch strikt eingehalten wurde und sich auch auf das Personal erstreckte, denn: „Jede Frau wurde damals auch von nur einer Frau (ohne Beeinträchtigung, Anmerkung) betreut.“ (EI-III-9).

Erst mit der Wende, also etwa Anfang der 1990er Jahre, hätte sich dies „bisschen gelockert“ (EI-III-7) und sei „richtig interessant“ (EI-III-10) geworden, „als es dann auch Discos gab, wo die Frauen hingehen konnten.“ (EI-III-7) und ihre ersten Freunde kennen lernten. Auch seien die Frauen dann in die Werkstätten gegangen, wo sich neue Möglichkeiten für Freundschaften geboten hätten (EI-III-10). Zu dieser Zeit wurden also Kontakte zwischen Bewohnerinnen und Männern, welche sie an externen Orten kennenlernten, möglich und Beziehungen konnten sich entwickeln.

Die ersten männlichen Bewohner seien dann „Mit dem Umzug in dieses Haus vor vielen Jahren“ (EI-III-7) eingezogen. Offensichtlich hatte sich die einstmals sehr restriktiv-absolute (nur Frauen) Einstellung innerhalb der Einrichtung zu einer offeneren, liberaleren gewandelt, die sogar Männer als Bewohner schließlich mit einbeziehen ließ (1. Kategorie).

In diesem Kontext erzählt ExpertIn III von ihren/ seinen Erfahrungen mit drei verschiedenen, voneinander unabhängigen Bewohnerinnen und ihrer extern lebenden Freunde, wobei eine offene Haltung erkennbar wird (1. Kategorie). Die Bewohnerinnen A und B seien mit ihren Freunden zusammen gezogen. Während die Beziehung der Einen auf Grund von zu viel Nähe in die Brüche gegangen wäre, würde die Andere noch heute mit ihrem Freund zusammen wohnen (EI-III-15). Eine dritte Frau (Bewohnerin C), welche heute noch in der Einrichtung lebe, hätte auf einer kirchlichen Urlaubsfahrt ihren damaligen Freund kennen gelernt, welcher „in einer anderen Stadt auch in einer Einrichtung“ (EI-III-12) wohnte. Obwohl sich beide besuchten, mal in den Urlaub gefahren wären, sei das Ziel ihrer Beziehung nicht gewesen zusammen zu ziehen. Gespräche mit den MitarbeiterInnen der Einrichtung, welche sich bei dem Paar danach erkundigt hätten, wie sie sich die Zukunft vorstellen und/ oder zusammen ziehen wollen würden, hätten sie abgeblockt bzw. ein „Zusammenwohnenwollen“ verneint (EI-III-12). Den Mitarbeiterinnen kann auf Basis der Informationen unterstellt werden aufmerksam, interessiert und zugewandt gegenüber dem Paar und ihrer Geschichte gewesen zu sein. ExpertIn III vermutet, dass die Beziehung „eher so ein Statussymbol ‚Ich habe jetzt einen Freund!‘“ (EI-III-12) gewesen sei. „Aber inwieweit auch Sexualität eine Rolle spielte, das war nicht so. Mal küssen, mal drücken, in den Arm nehmen... Das gehörte so zum Leben dazu,

ist ja ganz normal, auch verloben. Das ging dann ganz schnell. Aber was es eigentlich heißt und mit sich bringen könnte z. B. eine Hochzeit, zusammen ziehen und so, war immer ein Thema, dass sie nicht wollten.“(EI-III-12)

Heute würde es sogar in der Einrichtung selbst ein Pärchen geben, bei denen jeder sein eigenes Zimmer hätte. Beide könnten sich jederzeit besuchen und auf Wunsch auch eine Nacht zusammen verbringen: „Das wäre überhaupt kein Thema.“ (EI-III-17). ExpertIn III sagt klar, dass man dem „schon offen“ (EI-III-17) gegenüberstehen würde. Die grundsätzliche Offenheit wird an Hand der Erzählungen erkennbar. Zugleich wirkt ExpertIn III skeptisch und vorsichtig gegenüber einem möglichen Zusammenziehen, da sie/ er die Bedürfnisse der Bewohnerin und des Bewohners so einschätzt, dass dies nicht das wäre, was beide wollen würden. Da sich beide jeden Tag sehen würden, bräuchten sie auch ihre Freiräume und Privatsphäre. Die Frau sei sehr dominant: „Das ist schon gut so, wie es gerade ist.“ (EI-III-18).

Insgesamt sei Sexualität bei den BewohnerInnen kein vorrangiges Thema. Zum Einen sieht ExpertIn III die Ursachen dafür in der bereits beschriebenen historischen Entwicklung (EI-III-9), zum Anderen sei das Alter der Bewohnerinnen „schon mal so ein bisschen über diese Zeit hinaus, so dass sie diese Bedürfnisse so nicht mehr haben.“ (EI-III-8). Während Wünsche nach Sexualität und/ oder Partnerschaft bei den älteren Bewohnerinnen also nicht (mehr) Thema seien (EI-III-8 und -15), wäre dies bei den jüngeren Frauen anders. Diese hätten auch Freunde (E-III-8).

Sofern Bewohnerinnen Fragen hätten zu den Themen rund um Sexualität, würden die MitarbeiterInnen Ihnen zur Verfügung stehen (EI-III-9). Im Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse sind sie es auch, welche intern als AnsprechpartnerInnen für die BewohnerInnen beim Thema Sexualität fungieren und somit der entsprechenden 6. Kategorie zugeordnet sind. Die Haltung der MitarbeiterInnen dazu benennt ExpertIn III klar mit „Offen!“ (EI-III-20). Sie würden versuchen mit den Klientinnen ins Gespräch zu kommen z. B. wenn jemand einen neuen Partner hätte und mit ihm Zeit verbringen wollen würde. Dann würden die MitarbeiterInnen versuchen, dies zu ermöglichen. Auch Gespräche würden sie anbieten „aber nur, wenn sie die möchten.“(EI-III-20) Das Angebot von Gesprächen erfolgt somit individuell und anlassbezogen. Dabei sind die MitarbeiterInnen den KlientInnen gegenüber zugewandt, sensibel und um Unterstützung bemüht.

Da beim Thema Sexualität mitunter auch Hemmschwellen seitens der BewohnerInnen gegenüber den MitarbeiterInnen bestünden darüber zu sprechen, würde das Personal bei Bedarf versuchen externe GesprächspartnerInnen für die KlientInnen zu organisieren (EI-III-9 und -20). ExpertIn III begründet dies mit dem Eindruck, dass die (gehemmten) KlientInnen „vielleicht da auch offener miteinander reden können oder nehmen es anders wahr, wenn ein anderer Gesprächspartner ihnen gegenüber sitzt, als wir.“ (EI-III-28). Insbesondere bei einem hypothetischen Kinderwunsch einer Bewohnerin vertritt die interviewte Person die Auffassung, dass Gesprächsangebote externer BeraterInnen anders bzw. schöner (EI-III-45) im Sinne von besser angenommen werden würden, als die von internen MitarbeiterInnen: „Wir oder die Eltern kommen dann einfach nicht bei der Frau an: ‚Ihr wollt das nur nicht! Ihr gönnt mir das nicht!‘, Sondern wenn jemand von Außen kommt und ihr sagt: ‚So einfach ist das nicht mit einem Kind oder immerzu wechselnden Partnern!‘, ist es immer ein anderes Gespräch.“

## 7 Empirische Rekonstruktion

Das wird, wenn wir ihr das nahe bringen wollen, nicht so angenommen.“ (EI-III-67) Inwiefern es in der Einrichtung bereits eine solche Situation gegeben hat, erschließt sich nicht aus dem Datenmaterial. Es scheint jedoch, als wäre es eine Erfahrung von ExpertIn III, dass externe GesprächspartnerInnen bei bestimmten (sensiblen) Themen von den BewohnerInnen einen konstruktiveren Zugang erhalten, als dies für die MitarbeiterInnen dann möglich wäre.

Kontakte zu spezialisierten externen GesprächspartnerInnen (7. Kategorie) bei allen Themen und Fragen rund um Sexualität habe es bislang nicht gegeben, so dass aktuell ExpertIn III auch keine bekannt sind. Sofern der (kommunizierte und damit bekannte) Bedarf bestehen würde, was impliziert, dass er bislang (noch) nicht bestand, „würden wir uns Hilfe holen. Gar keine Frage!“ (EI-III-45). Die MitarbeiterInnen würden versuchen diese Kontakte zu externen Fachleuten zu organisieren (EI-III-9). Eine Kontaktaufnahme könnte somit hypothetisch in der Zukunft erfolgen. Er wird nicht ausgeschlossen. Sofern Wünsche nach Sexualität, Partnerschaft oder Familienplanung seitens der BewohnerInnen bestünden, seien dann die gesetzlich bestellten BetreuerInnen und die Frauenärztin oder der Frauenarzt die allgemeinen externen AnsprechpartnerInnen. Ob ausschließlich für die BewohnerInnen oder nur für die MitarbeiterInnen oder beide, ist nicht eindeutig identifizierbar (EI-III-44).

Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen hätte es bislang nicht gegeben, da noch nie jemand schwanger gewesen sei: „Schwanger, also Schwangerenberatungsstelle. Deshalb kam es für uns noch nicht in Frage.“(EI-III-63) Auch in diesem Interview kristallisiert sich heraus, dass Unklarheiten hinsichtlich des möglichen Angebotspektrums von Schwangerenberatungsstellen, als auch der möglichen Zielgruppen existieren. Als Reaktion meiner kurzen Erklärung zu den möglichen Angeboten und der Information, dass auch geistig beeinträchtigte Menschen zu den Adressaten dieser gehören, äußert ExpertIn III kurz und treffend: „Dann ist der Name nicht so sehr aussagekräftig, über das, was sie machen.“(EI-III-61) Um die BewohnerInnen im Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen zukünftig unterstützen zu können, sei es für ExpertIn III vorstellbar, sich zunächst einmal darüber zu informieren, was Schwangerenberatungsstellen alles anbieten, um dann individuell Beratungen an die BewohnerInnen zu empfehlen, „was wir eben nicht so können.“ (EI-III-71) z. B. Partnerschaftsberatungen (EI-III-66).

Ein(e) letzte(r) externe(r) AnsprechpartnerIn, welche(r) von der interviewten Person nicht näher benannt wird, stellt zugleich die Verbindung zur (2.) Kategorie „Sexuelle (Weiter-) Bildung“ dar. Vor ein paar Jahren hätte es einmal(-ig) eine Weiterbildung zum Thema Sexualität für die MitarbeiterInnen gegeben (EI-III-30 und -33). Diese sei auf Grund eines Angebotes einer/ eines externen AkteurIn, welches die Einrichtung erhalten hatte, verwirklicht wurden. Der/ die externe AkteurIn war also auf die Einrichtung „zugegangen“ (E-III-52 und -53). Auch sei diese Zusammenarbeit auf Basis dieser Weiterbildung einmalig gewesen. Über die Reaktionen der MitarbeiterInnen oder die Wirkung der Weiterbildung geben die Daten keine Auskunft.

(Externe) Weiterbildungen für geistig Beeinträchtigte sind ExpertIn III nicht bekannt: „Ja, Weiterbildungen für geistig behinderte Menschen ist immer sehr schwierig. Ich wüsste jetzt auch nicht, dass ich mal irgendwann einen Flyer in der Hand gehabt hätte



und es direkt für unsere Bewohnerinnen gewesen wäre.“ (EI-III-31). Allerdings räumt ExpertIn III ein, dass „wir“ (EI-III-31) nicht immer über alles Bescheid wissen würden. Eine weitere Ursache für das (bisherige) Fehlen von sexualpädagogischen Weiterbildungen sieht die interviewte Person in der Größe der Einrichtung: „Vielleicht ist es nochmal in großen Einrichtungen bisschen anders, die dann auch Sozialarbeiter haben und da auch anders auf diese Themen eingehen könnten und sich vielleicht auf eine Weiterbildung mit den Bewohnern vorbereiten könnten.“ (EI-III-32)

Eine grundsätzliche Offenheit gegenüber (sexualpädagogischen) Weiterbildungen macht ExpertIn III deutlich, indem sie/ er klar kommuniziert, dass sofern der Bedarf oder das Interesse an einem bestimmten Thema bestünde, dann im Internet ein entsprechendes Angebot heraus gesucht werden würde, welches meist aus dem Verbund des eigenen Trägers wäre (EI-III-54). Dieses Vorgehen scheint grundsätzliche für alle Themen zu gelten und damit eben auch für das Thema Sexualität.

Anknüpfend an die Frage nach der Bedeutung sexueller (Weiter-) Bildungen, fasse ich nun die Informationen zum Vorhandensein von sexualpädagogischen Materialien und Medien (5. Kategorie) zusammen. Für die MitarbeiterInnen würde es solche Materialien geben (EI-III-35). Diese werden allerdings von ExpertIn III nicht näher benannt. Da ich gezielt nach Informationsmaterialien wie Büchern, Broschüren etc. fragte, liegt die Vermutung nahe, dass sich die interviewten Person auch auf solche Materialien bezieht. Den BewohnerInnen stünde ein Buch in einfacher Sprache „Kindgerecht eigentlich.“ (EI-III-35) zur Verfügung. Etwas „dazwischen“ (EI-III-35), was als zwischen Kinder- und Erwachsenenliteratur interpretiert werden kann, würde es ja nicht geben. Aus dem Zusammenhang wird deutlich, dass es keine weitere Literatur oder Medien für die BewohnerInnen zum Thema Sexualität in der Einrichtung zu geben scheint.

Von mir auf die Möglichkeit danach angesprochen, inwieweit die KlientInnen die Gelegenheit haben würden sich selbstständig im Internet zu den Themen rund um Sexualität und Partnerschaft zu informieren, deutet ExpertIn III auf den Computer im Zimmer, dem Büro der Leitung, und erklärt, dass dieser der einzige PC der Einrichtung sei und auch die einzige (Möglichkeit) für alle MitarbeiterInnen (EI-III-37). Für die meisten BewohnerInnen wäre es nicht das Medium, worüber sie sich informieren würden (EI-III-39). Allerdings gebe es einen Bewohner mit einem privaten Internetanschluss und auch eine Bewohnerin mit einem Handy, von welcher ExpertIn III ausgeht, dass sie ebenfalls das Internet nutzen könne. Über was sich diese beiden jedoch informieren würden, wisse sie/ er nicht, denn „ganz so tief geht man da auch nicht rein“ (EI-III-38). Grundsätzlich gibt es also die Möglichkeit für diese beiden bzw. auch andere BewohnerInnen, „vielleicht drei oder vier“ (EI-III-39) Interessierte, über einen privaten Anschluss bzw. ein eigenes internetfähiges Gerät das Internet als Informationsquelle zu nutzen. Explizit nach möglichen Flyern und Broschüren gefragt, berichtet ExpertIn III, dass der eigene Träger regelmäßig etwas in Leichter Sprache veröffentlichen würde, was dann in der Einrichtung aushinge. Dort könnten sich die BewohnerInnen dann informieren bzw. sich dies vorlesen lassen, da die Wenigsten lesen könnten (EI-III-41).

In diesem Zusammenhang wäre auch, „wie gerade jetzt“ (EI-III-42), die Information über ein neues Bundesteilhabegesetz erschienen. Dies weist darauf hin, dass innerhalb der Einrichtung auch sexuelle und reproduktive Rechte (3. Kategorie) im weiteren Sinne

## 8 Diskussion

bekannt gemacht und an die BewohnerInnen kommuniziert werden, so dass sie in diesem Beispiel (theoretisch) die Möglichkeit erhalten, auf Grund des Wissens um dieses Gesetz die sich aus dem Bundesteilhabegesetz ergebenden Rechte einzufordern und zu nutzen.

Auf das Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzeptes (4. Kategorie) angesprochen, stellt ExpertIn III klar, dass es ein solches nicht gebe (EI-III-21 und -22). Aus den weiteren Informationen geht hervor, dass die Bedeutung eines solches Konzeptes unklar sei und die interviewte Person davon noch nichts gehört hätte (E-III-24). ExpertIn III stellt in diesem Zusammenhang eine Verbindung her zwischen einer in der (unbestimmten) Vergangenheit liegenden Beziehung „zwischen einer Bewohnerin aus unserer Einrichtung und einem Bewohner aus einem anderen Wohnheim.“ (EI-III-26), die jedoch so nicht funktioniert hätte. Diese sei Auslöser dafür gewesen über ein sexualpädagogisches Konzept nachzudenken (EI-III-24). Auf meine Nachfrage, inwieweit die Beziehung Überlegungen für ein solches Konzept angestoßen hätte, klärt ExpertIn III auf: „Na, eher nach jemanden, der sich mit dem Thema auskennt, besonders bei geistig behinderten Menschen. Der mit ihnen auf dieses Thema eingehen kann.“ (EI-III-28)

Da die Beziehung der beiden schnell auseinandergegangen sei, hätte sich der Bedarf „dann auch wieder ganz schnell erledigt“ (EI-III-24), so dass es nicht zu einer Suche und Kontaktaufnahme nach und mit möglichen externen AnsprechpartnerInnen, wie z. B. einer Schwangerenberatungsstelle, zu den Themen Sexualität und Partnerschaft gekommen wäre.

## 8 Diskussion

Ziel meiner Forschungsarbeit war die Analyse von Einstellungen und Strukturen in Einrichtungen der Behindertenhilfe, welche Auswirkungen auf die Gestaltung von Zugängen (und Barrieren) zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen für die dort wohnenden und/ oder arbeitenden geistig beeinträchtigten Frauen haben. Da Schwangerenberatungsstellen eine Vielzahl sexualpädagogischer Angebote bereit halten und in diesem Rahmen den Ratsuchenden die Möglichkeit eröffnen sich zu bilden, zu informieren und darauf aufbauend eigene Entscheidungen zu treffen, setze ich den Zugang zu diesen Institutionen gleich mit dem Zugang zu den eigenen sexuellen und reproduktiven Rechten. Unter Berücksichtigung der theoretischen Vorüberlegungen mit der Vorstellung aktueller Diskurse und Veröffentlichungen zum Thema Sexualität und geistige Beeinträchtigung, sowie einer Zusammenfassung der geltenden nationalen und internationalen sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesetze, sollen nun die Ergebnisse aus den drei ExpertInneninterviews auf Basis der Quellenangaben, wie sie im vorhergehenden Kapitel bereits benannt wurden, zusammengefasst und diskutiert werden.

Grundsätzlich waren alle drei ExpertInnen als VertreterInnen der jeweiligen Einrichtungen der Behindertenhilfe und stellvertretend für die Einstellungen der MitarbeiterInnen insgesamt, dem Thema Sexualität der Bewohnerinnen und deren Wünschen und

## 8 Diskussion

Bedürfnissen nach Partnerschaft und Nähe aufgeschlossen. Sie beschrieben die Haltung in ihrer Einrichtung einstimmig als „offen“.

ExpertIn I beschreibt sehr genau und nachvollziehbar den Verlauf und die Hintergründe für die zunehmende Beschäftigung mit dem Thema Sexualität im Heimalltag. Sie/Er berichtet davon, dass es Partnerschaften und Wünsche danach, sowie Sexualität unter den BewohnerInnen schon immer gegeben hätte. Die Auseinandersetzung damit seitens der Einrichtung und des Personals sei zu dieser Zeit anlassbezogen z. B. wenn sich ein Pärchen gefunden hatte oder etwas bemerkt wurden sei, was als sexualisierte Gewalt gedeutet werden konnte, durch MitarbeiterInnen erfolgt, die sich für das Thema erwärmen konnten. So war es möglich, dass die Handhabung mit der Thematik in den Wohnbereichen sehr unterschiedlich oder gar nicht erfolgte, wenn es keine mutigen oder ambitionierten MitarbeiterInnen zu diesem Thema gab.

Eine Weiterbildung, die von einem externen Verein angeboten und durchgeführt wurde und auf großes Interesse bei den BewohnerInnen stieß, sowie die Unterstützung einer Studentin bei ihrer Masterarbeit zu diesem Thema durch die Einrichtung brachte einen Stein ins Rollen, der zu einer nachhaltigen Auseinandersetzung mit der Thematik Sexualität führte und führt. Es entstand ein Arbeitskreis mit dem Namen „Sexualisierte Gewalt“.

Durch diesen und das Engagement der Sozialarbeiterin intern, sowie der Zusammenarbeit mit einem externen Verein und (dem Projekt) einer Hochschule entstanden schließlich sowohl eigene Materialien in einfacher Sprache mit Piktogrammen, als auch ein sexualpädagogisches Konzept, welches zunehmend in die einzelnen Bereiche der Einrichtung eingeführt wird, damit sich alle MitarbeiterInnen damit zielgerichtet beschäftigen. Die Auseinandersetzung mit dem Konzept ist verbindlich. Neben MitarbeiterInnen aus allen (Wohn-) Bereichen wirkten im Entstehungsprozess auch die BewohnerInnen mit. Für dieses Jahr waren und sind die ersten Weiterbildungen für die MitarbeiterInnen zu diesem Konzept und Fortbildungen und Seminare für die KlientInnen geplant, welche für ExpertIn I diejenigen sind, die am meisten von dem Konzept profitieren sollen. Sexualität soll zukünftig kein Tabuthema mehr sein, der Umgang mit diesen Themen soll sicherer und offener werden, denn ExpertIn I weiß darum, dass die Beschäftigung damit noch immer eine Herausforderung für die MitarbeiterInnen darstellt. Für diese ist das Thema auch mit Ängsten, Befürchtungen und Unsicherheiten verbunden z. B. wie auf die Konfrontation mit sexuellen Vorlieben oder auch Selbstbefriedigung eingegangen werden kann.

Als interne AnsprechpartnerInnen zu allen Fragen und Themen rund um Sexualität stehen den MitarbeiterInnen und BewohnerInnen von Einrichtung I die Personen aus dem Arbeitskreis zur Verfügung, die das Konzept und das Thema Sexualität zielgerichtet und aktiv in alle Bereiche tragen, wo sie als Vertrauenspersonen bei den MitarbeiterInnen bereits bekannt sind und bei den BewohnerInnen noch nachdrücklich bekannt gemacht werden müssen.

Das Thema Sexualität ist in Einrichtung I präsent und erfährt eine hohe Aufmerksamkeit. ExpertIn I steht voll und ganz hinter der diesbezüglichen Arbeit ihrer Einrichtung, die sie/er maßgeblich mit steuert und damit voran bringt. Sie/er geht dabei sensibel und engagiert vor, hat hohe Ambitionen und sieht die Beschäftigung mit der Thematik

## 8 Diskussion

als einen fließenden Prozess. Sie/ er ist aufmerksam gegenüber den Ängsten und Befindlichkeiten der MitarbeiterInnen und zugleich auch unterrichtet über die Bedürfnisse der BewohnerInnen und „Geschichten aus dem Heimalltag“. Darüber hinaus weiß sie/ er, dass es auch eine sexualpädagogische Arbeit mit den Angehörigen braucht, welche bei der Konfrontation mit den partnerschaftlichen und/ oder sexuellen Wünschen bzw. Tatsachen ihrer geistig beeinträchtigten Kinder mitunter verständnislos, schockiert und entsetzt reagieren und versuchen Einfluss auf deren Leben zu nehmen und sich z. B. dem Wunsch nach „Zusammenwohnen“ entgegen stellen.

Zudem bestehen in Einrichtung I nachhaltige und geschätzte Kontakte zu externen AnsprechpartnerInnen (ein Verein, eine regionale Hochschule) bei allen Themen und Fragen rund um Sexualität, die bei Bedarf auch von der Einrichtung selbst unterstützend angefragt wurden und werden z. B. im Rahmen sexualpädagogischer Weiterbildungen oder hinsichtlich des sexualpädagogischen Konzepts oder bei der Herstellung von Arbeitsmaterialien und einfacher Sprache für die BewohnerInnen. Es wird deutlich, dass der sexuellen (Weiter-) Bildung von MitarbeiterInnen und BewohnerInnen ein hoher Stellenwert zukommt und dies, neben der Möglichkeit externer Angebote, insbesondere intern implementiert werden soll, wobei zukünftig auch sexualpädagogische Materialien selbst, also einrichtungsintern hergestellt werden können. Dabei liegt der allgemeine Zugang zu (internetfähigen) Computern als Informationsmedium durch Einrichtung I für die geistig beeinträchtigten BewohnerInnen nicht im Fokus der Aufmerksamkeit.

Auf Grund der ambitionierten, professionellen und reflektierten Thematisierung von Sexualität und deren Bedeutung im Heimalltag bzw. für die geistig beeinträchtigten BewohnerInnen durch die Einrichtungsleitung war es für mich zunächst erstaunlich im Rahmen des Interviews zu erfahren, dass es bislang keine Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen gegeben hat. Als Ursache dafür stellte sich heraus, dass zum Einen das Durchschnittsalter im Wohnheim bei 60 Jahren, und damit (wahrscheinlich) jenseits der Menopause und (unterstellt) jenseits sexueller Bedürfnisse, liegt und zum Anderen „Schwanger-werden“ bzw. „Mutter-oder-Vater-werden“ bislang noch nie Thema war. Schwangerenberatungsstelle scheint zwangsläufig mit Schwangerschaft assoziiert zu werden, woraus in dieser Logik folgen würde: Ohne Schwangerschaft keine Schwangerenberatungsstelle.

Auf Grund meiner Vermutung über Unklarheiten hinsichtlich des möglichen Angebotsspektrums von Schwangerenberatungsstellen, erlaubte ich mir im Rahmen des Interviews eine kurze Erläuterung dazu, welche meine Vermutung in der (kommunizierten) erstaunten Reaktion der interviewten Person bestätigte: „Ach so! Das war mir nicht klar.“ (EI-III-65). Da diejenigen Frauen mit Partner, von welchen mir berichtet wurde, bislang auch („nachwuchssicher“) verhüten, was nach Aussagen von ExpertIn I im Rahmen eines gynäkologischen Gesprächs thematisiert wurde bzw. wird, konnte es bislang nie zu einer Schwangerschaft kommen. Inwieweit dabei die Frauen (und Männer) auf Grund umfassender und neutraler Informationen über Schwangerschaft, deren Verhütung und der Vielzahl entsprechender Möglichkeiten, deren Handhabung und Nebenwirkungen eine zu 100% aufgeklärte und selbstbestimmte Entscheidung getroffen haben bzw. treffen, lassen die Informationen offen. In Bezug auf eine Bewohnerin und ihren Freund

## 8 Diskussion

heißt es zum Thema Verhütung: „Das hat dann auch eine Frauenärztin ganz vernünftig gemacht und dann war das in Ordnung.“ (EI-I-69)

ExpertIn I selbst räumt ein, dass Schwangerenberatungsstellen beim Thema Verhütung unabhängig beraten und für und wider abklären könnten, ohne in eine Richtung zu forcieren, während vielleicht bei MitarbeiterInnen der Einrichtung diese (unbeabsichtigte) Gefahr bestünde. Der Vorteil läge darin, dass die BewohnerInnen ein Maximum an Wahlfreiheit genießen könnten (EI-I-74) und man ihnen durch die Zusammenarbeit mit Schwangerenberatungsstellen insgesamt mehr Möglichkeiten an sexualpädagogischen Fortbildungen, Seminaren und Beratung anbieten könnte (EI-I-75).

Zunehmende Selbstbestimmung, sexuelle Aufklärung und Wahlfreiheit gehen jedoch auch damit einher, dass sich eine Frau oder ein Paar für die Verwirklichung eines Kinderwunsches entscheiden könnte oder überhaupt gegen Verhütung. Auch Fehler bei der Einnahme oder in der Anwendung von selbstbestimmt gewählten Verhütungsmitteln, die sich dem Einfluss der MitarbeiterInnen der Einrichtung entziehen, wären denkbar. Die Folge könnte eine gewollte oder ungewollte Schwangerschaft sein, welche die Schwangere (und den werdenden Vater/ Partner), aber insbesondere auch die MitarbeiterInnen der Einrichtungen (und nicht zu vergessen die Angehörigen) vor (noch) neue Herausforderungen stellen würde.

ExpertIn I vermutet, dass die MitarbeiterInnen im ersten Moment überfordert wären und dann mit dem Paar gemeinsam nach Lebensperspektiven, Unterstützung und Beratung (EI-I-70) geschaut werden würde. Dabei ist im Bewusstsein der interviewten Person, dass auch Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen nicht von sexuellen und reproduktiven Rechten ausgeschlossen sind (EI-I-70). Das bedeutet, sich der Herausforderung zu stellen und sie beim Zugang zu unabhängigen Informationen zu den Themen Sexualität, Kinderwunsch, Partnerschaft, Verhütung etc. zu unterstützen und behutsam zu begleiten, sowie mit Schwangerenberatungsstellen auf einer professionellen und vertrauensvollen Basis in gegenseitigem Austausch und Verständnis füreinander zusammen zu arbeiten und sich auszutauschen, um die geistig beeinträchtigten Menschen in einem eigenverantwortlichen und erfüllten Sexualleben unter sensibler und realistischer Berücksichtigung aller geplanten und ungeplanten Konsequenzen wie z. B. einer Schwangerschaft, aber auch einer sexuell übertragbaren Erkrankung oder einfach einer Flut von Emotionen, weil man sich verliebt hat, zu beraten und zu stärken.

Auch ExpertIn II beschreibt in der durch sie/ ihn vertretenen Einrichtung II, welche aus den Bereichen Wohnheim und Werkstatt für beeinträchtigte Menschen besteht, einen prinzipiell offenen und zugewandten Umgang durch die MitarbeiterInnen gegenüber dem Thema Sexualität der BewohnerInnen. Oberste Prämisse ist dabei, wie insgesamt im Alltag der Einrichtung, der Grundsatz „Selbstbestimmt leben“. Es würde kein Zwang ausgeübt.

Gleich zu Beginn des Interviews wird klar, dass Fokus der internen Arbeit mit dem Thema in der Vorbeugung einer Schwangerschaft liegt und in Form von Sexualaufklärung individuell und fallbezogen statt findet. Dem beeinträchtigten Menschen steht es dann frei dieses Aufklärungsgespräch anzunehmen bzw. eine eigene Entscheidung auch hinsichtlich der Verwirklichung eines möglichen Kinderwunsches zu treffen, die, egal in welche Richtung diese gehen würde, von den MitarbeiterInnen Akzeptanz erfährt. Zu-

## 8 Diskussion

nächst erschien es mir nicht schlüssig, weshalb der Vorbeugung einer Schwangerschaft ein so hoher Stellenwert seitens der interviewten Person zugesprochen wurde. Aus den Informationen geht schließlich jedoch hervor, dass die Absichten dahinter keineswegs Bevormundung oder gar das Absprechen von „Mutter-oder-Vater-sein“ sind, sondern ein Versuch die geistig beeinträchtigten Frauen (und Männer) vor Enttäuschung und Schmerz zu bewahren. Ebenso wie das (ungeborene) Kind davor, selbst von einer Behinderung bedroht zu werden, weil es auf Grund der geistigen Beeinträchtigung der Mutter und einem ungleich höheren Unterstützungsbedarf in der Erziehung und Pflege, welcher von Außen (scheinbar!) nicht gewährleistet werden kann, von den leiblichen Eltern getrennt und in einer Pflegefamilie oder stationären Jugendhilfeeinrichtung, im schlimmsten Fall weit weg, aufwächst. ExpertIn II hat diese Erfahrungen gesammelt und äußert großes Mitgefühl mit den betroffenen Frauen. An späterer Stelle soll dieser Punkt noch einmal aufgegriffen und tiefer verhandelt werden.

Hinsichtlich der internen AnsprechpartnerInnen zum Thema Sexualität in Einrichtung II ist klar geregelt, dass dies innerhalb des Werkstattbereichs die SozialarbeiterInnen und GruppenleiterInnen und im Wohnbereich die Gruppenkräfte sind, welche dann die sexuelle Aufklärung einzelfall- und anlassbezogen übernehmen. Die Aufgabe kann aus Sicht der interviewten Person auf Grund der Wahrung intimer Informationen nicht jeder übernehmen, worauf eine klare Regelung der AnsprechpartnerInnen begründet wird. Interne AnsprechpartnerInnen für die MitarbeiterInnen wurden nicht explizit genannt. Jedoch fand Erwähnung, dass die Gruppenkräfte die Möglichkeit erhalten an Weiterbildungen teilzunehmen, um die richtigen Worte zu finden und Informationen verständlich und individuell an die KlientInnen weitergeben zu können. Weiterbildungen für die Werkstattbeschäftigten werden aus einem Weiterbildungskatalog des Landes- bzw. Bundesverbandes des eigenen Trägers und/ oder eines Spitzenverbandes der freien Wohlfahrtspflege durch den Werkstatttrat, der Betriebsrat der beeinträchtigten Beschäftigten, heraus gesucht. Die Teilnahme erfolgt freiwillig und selbstbestimmt.

Während in Einrichtung I die Thematisierung von Sexualität zielgerichtet und verbindlich für alle MitarbeiterInnen erfolgt und dabei auch die Klienten involviert werden, deren Interesse an den Themen Sexualität, Liebe, Partnerschaft etc. von ihnen selbst kommuniziert und seitens der Leitung aufgegriffen wurde und einen Stein ins Rollen brachte, so dass feste Strukturen, verbindliche Weiterbildungen und ein sexualpädagogisches Konzept entstanden bzw. entstehen, wird die Thematisierung von Sexualität in Einrichtung II als etwas individuelles verstanden und findet fallbezogen durch feste AnsprechpartnerInnen (wie in Einrichtung I auch) statt. In beiden Einrichtungen sind interne AnsprechpartnerInnen für die Klientinnen vorhanden, klar geregelt und bekannt, wobei ExpertIn I für Einrichtung I einräumt, dass sich die Bekanntheit dieser Personen für die BewohnerInnen noch festigen muss. Ob es in Einrichtung II auch interne AnsprechpartnerInnen zum Thema Sexualität für die MitarbeiterInnen gibt, wie in Einrichtung I vorhanden, erschließt sich aus den Informationen nicht abschließend.

Die Ansätze der Einrichtungen I und II sind also, trotzdem beide Sexualität offen verhandeln, sehr verschieden. Als ein Ausdruck für diesen Unterschied kann das Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzepts in Einrichtung I interpretiert werden, während Einrichtung II vor dem Hintergrund bzw. der Annahme, dass jeder Fall individu-

## 8 Diskussion

ell ist, bewusst Abstand von einem solchen Konzept zu nehmen scheint. Dies bewirkt in Einrichtung I eine zielgerichtete, obligatorische und konzeptuell verbindliche Beschäftigung mit den Themen rund um Sexualität unabhängig von „Einzelfällen“, welche gerade durch diese Herangehensweise Berücksichtigung finden, da „sich Mitarbeiter da nicht einfach zurück nehmen und sagen können ‚Bleibt mir mit dem Thema fern! Damit möchte ich nichts zu tun haben‘“ (EI-I-32).

Auch Einrichtung III arbeitet nicht mit einem sexualpädagogischen Konzept. Wieder ist die grundsätzliche Einstellung der Einrichtung und des Personals gegenüber den sexuellen Wünschen und Bedürfnissen der BewohnerInnen eine (heute) offene. Die Errungenschaft eines historischen Prozesses beginnend in den Jahren vor 1990, in einer Zeit, in welcher in der Einrichtung ausschließlich Frauen lebten und auch das Personal nur aus weiblichen Pflegerinnen bestand, über die Wendejahre zu Beginn der 1990er Jahre, als die Frauen in Discos und Werkstätten erste männliche Bekanntschaften machten und Freunde fanden, bis zum Umzug in ein neues Haus, welches dann auch für männliche Bewohner geöffnet wurde.

Die MitarbeiterInnen, welche in dieser eher kleinen Einrichtung zugleich auch die internen AnsprechpartnerInnen beim Thema Sexualität sind, sind den BewohnerInnen dabei zugewandt, interessiert an ihren (Liebes-) Geschichten und bemüht mit ihnen ins Gespräch zu kommen, wenn sich z. B. jemand verliebt hat und/ oder in einer Partnerschaft lebt bzw. eine solche gestalten möchte. Auch hier wird Sexualität, wie in Einrichtung II, anlassbezogen und individuell ohne sexualpädagogische Konzeption von den MitarbeiterInnen aufgegriffen. Während aber die Präsenz von (gelebter) Sexualität z. B. durch (potenzielle) Schwangerschaften in Einrichtung II alltäglich scheint, so stellt Sexualität in Einrichtung III kein vorrangiges Thema dar, was ExpertIn III auf das fortgeschrittene Alter der meisten Bewohnerinnen zurück führt. Dennoch gibt es in Einrichtung III ein Pärchen, die, wie auch in Einrichtung I berichtet wurde, in getrennten Zimmern wohnen. In beiden Einrichtungen ist es uneingeschränkt möglich, dass sich die Partner jederzeit besuchen und eine Möglichkeit finden könnten, wenn gewünscht, eine Nacht miteinander zu verbringen. Während in Einrichtung I ein Zusammenziehen grundsätzlich möglich wäre, was scheinbar bislang durch die ablehnende Haltung der Schwester der Bewohnerin (noch) nicht verwirklicht wurde, schätzt ExpertIn III ein, dass beide Partner Freiraum und Privatsphäre benötigen würden und ein Zusammenziehen nicht gut ginge.

Die Bedeutung und der Sinn eines sexualpädagogischen Konzepts sind ExpertIn III nicht bekannt. Irrtümlich wird es mit dem Gedanken nach externer Unterstützung bei einer schwierigen Paardynamik zwischen einer Bewohnerin und ihrem ehemaligen Freund in Verbindung gebracht, der jedoch nicht realisiert wurde, da die Beziehung zuvor endete. Sexualität wird in Einrichtung III intern und bei konkretem Anlass thematisiert, sofern die BewohnerInnen bereit sind mit den MitarbeiterInnen darüber zu sprechen.

Externe AnsprechpartnerInnen beim Thema Sexualität werden, anders als in Einrichtung I, wo nachhaltige Kooperationen mit einer Hochschule und einem Verein bestehen, scheinbar hypothetisch bzw. bislang nicht genutzt. Sowohl von Einrichtung II, als auch von Einrichtung III werden vorrangig für den einzelnen geistig beeinträchtigten Menschen die gesetzlich bestellten BetreuerInnen benannt. Für die MitarbeiterInnen der

## 8 Diskussion

Einrichtungen II und III stehen keine nachhaltigen externen AnsprechpartnerInnen zur Verfügung. Als solcher fungierte in Einrichtung III lediglich ein externer Akteur im Rahmen einer sexualpädagogischen Weiterbildung in der Vergangenheit. In Einrichtung II werden externe Akteure ebenfalls nicht näher benannt, sondern nur erwähnt, dass die MitarbeiterInnen die Möglichkeit zu Weiterbildungen erhalten.

Hinsichtlich sexualpädagogischer Materialien und Medien konnte ExpertIn I davon berichten, dass die Einrichtung I auf Grund der Kooperation mit einem Projekt einer Hochschule zukünftig in der Lage sein würde selbst Anschauungsmaterialien herzustellen. Durch den Arbeitskreis und die SozialarbeiterIn wurde bereits viel in einfache Sprache übersetzt bzw. angefertigt und auch Piktogramme zur Verdeutlichung entworfen. Inwieweit es solcherlei oder andere Materialien in Einrichtung II gibt, erschließt sich aus dem Datenmaterial nicht. ExpertIn III berichtet davon, dass Materialien für die MitarbeiterInnen vorhanden seien, die nicht näher benannt werden. Für die BewohnerInnen gibt es ein Buch mit dem Titel „Wo die Babys herkommen“. ExpertIn III erklärt, dass dieses Buch kindgerecht und somit in leichter Sprache geschrieben ist, so dass es für die BewohnerInnen verständlich sein sollte, die es entweder selbst lesen oder, falls sie dies nicht beherrschen, sich von den MitarbeiterInnen vorlesen lassen können.

In der Betrachtung aller drei Interviews und dem dadurch möglichen Vergleich der unterschiedlichen Verhandlungen und Formen der Thematisierung von Sexualität in den jeweiligen Einrichtungen wird deutlich, dass die Entwicklung eines sexualpädagogischen Konzepts einher geht mit der kontinuierlichen und bewussten Auseinandersetzung mit den Themen Sexualität, Partnerschaft, Liebe, Lebensentwürfen, sexualisierter Gewalt etc. Der dadurch in Bewegung kommende Prozess scheint die Entstehung eines Bewusstseins für die Bedeutung von internen und externen Weiterbildungen und AnsprechpartnerInnen, sowohl für KlientInnen, als auch für das Personal, ebenso wie einen offenen und natürlichen Umgang mit dem Thema nachhaltig zu begünstigen. Dabei gilt es natürlich auch behutsam mit Ängsten, Unsicherheiten und Befindlichkeiten auf Seiten der MitarbeiterInnen umzugehen als diejenigen, welche den direktesten Kontakt mit den geistig beeinträchtigten KlientInnen haben und so auch mit sexuellen Wünschen und Bedürfnissen meist unmittelbar in Berührung kommen können. Die Arbeit an und mit einem Konzept kann dabei Handlungssicherheit für die beteiligten Akteure in Bezug auf den Umgang mit Sexualität im Einrichtungsalltag geben und ermöglicht einen zielgerichteten und professionellen Umgang dadurch, dass die Auseinandersetzung und Arbeit mit einem solchen Konzept verbindlich für alle MitarbeiterInnen der jeweiligen Einrichtung gilt. Darüber hinaus ermöglicht es einen sensiblen Blick nach Außen z. B. in der Erkenntnis von ExpertIn I, dass es auch eine Arbeit mit den Angehörigen der geistig beeinträchtigten Menschen braucht, um diese im Zugang und der Verwirklichung ihrer sexuellen Wünsche zu unterstützen.

Sexualität scheint in allen drei Einrichtungen kein Tabu-Thema zu sein. Sexuelle Wünsche und Bedürfnisse der KlientInnen können nach Aussagen der ExpertInnen offen thematisiert und, sofern die Bereitschaft seitens der BewohnerInnen und Werkstattbeschäftigten besteht, auch mit den MitarbeiterInnen besprochen werden.

Etwas Anderes scheint allerdings der Zugang zu den reproduktiven Rechten zu sein. ExpertIn II macht deutlich, dass die Entscheidung über einen Kinderwunsch und über



## 8 Diskussion

Verhütung letztlich bei dem geistig beeinträchtigten Menschen liegt und diese Entscheidung vom Personal akzeptiert wird. Fokus liegt hier jedoch in der Vorbeugung einer Schwangerschaft. Auf die Hintergründe wurde bereits eingegangen. In Einrichtung I und III existieren bislang keinerlei Erfahrungen im Umgang mit Kinderwunsch und Schwangerschaft von Bewohnerinnen. Beide ExpertInnen äußern, dass es keine Möglichkeit seitens der Einrichtungen geben würde, dass die Frauen, so auch in Einrichtung II, mit Kind dort wohnen bleiben könnten. Kinderwunsch und Schwangerschaft und/ oder die Ablehnung von Schwangerschaftsverhütung würden die MitarbeiterInnen bzw. die jeweilige Einrichtung vor vollkommen neue Herausforderungen stellen. Dabei ist allen ExpertInnen klar, dass auch Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen nicht (mehr) davon ausgeschlossen sind, sich einen Kinderwunsch zu erfüllen. Allerdings wirft dies die Frage danach auf, welche Unterstützung es dann bräuchte, um die werdenden Eltern unterstützen zu können.

An dieser Stelle spätestens kann die Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstellen höchst hilfreich und sinnvoll sein. Einrichtungen I und III gaben die Auskunft, dass bislang keinerlei Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen bestanden, auf Grund der Tatsache, dass Kinderwunsch und Schwangerschaft (noch) nie Thema gewesen seien. Einrichtung II selbst hat ebenfalls keine Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen, da dies nicht in die Zuständigkeit der Einrichtung fallen würde. Allerdings würde man schwangere KlientInnen im Rahmen eines Informationsgesprächs in der Einrichtung über die Existenz von Schwangerenberatungsstellen informieren und auf Wunsch der Schwangeren bei der Terminvereinbarung unterstützen und diesen gar begleiten. Für ExpertInnen I bis III ergibt sich die Inanspruchnahme von Schwangerenberatungsstellen ausschließlich auf Grundlage von Kinderwunsch und/ oder Schwangerschaft. ExpertIn III formuliert diesen Kausalmechanismus kurz und treffend: „Schwanger, also Schwangerenberatungsstelle.“(EI-III-63) Das mögliche und breite Angebotspektrum von Schwangerenberatungsstellen und die Tatsache, dass sich die Angebote an alle Männer und Frauen richten, unabhängig von einer (geistigen) Beeinträchtigung war allen drei interviewten Personen nicht bekannt. Die Reaktionen auf meine kurze Erläuterung zu den Angeboten waren von Erstaunen gekennzeichnet. Der Begriff Schwangerenberatungsstelle ist nach ExpertIn III nicht aussagekräftig über das, was Schwangerenberatungsstellen alles anbieten. Diese Aussage ist auch stellvertretend für die anderen beiden ExpertInnen gültig. Vor dem Hintergrund meiner Hinweise über die dort möglichen Angebote, können sich alle drei ExpertInnen vorstellen diese zukünftig zu nutzen. ExpertIn I wird konkret und sagt, dass sie/ er sich vorstellen könnte, „gezielt Kontakt aufzunehmen, mal jemanden einzuladen, zu schauen, was sie da anbieten können“ (EI-I-72) unter der Voraussetzung, dass die BeraterInnen in der Lage sind die Inhalte in einfacher Sprache zu vermitteln, so dass sie von den BewohnerInnen auch verstanden werden. ExpertIn I sieht darin die Möglichkeit, den BewohnerInnen mehr anbieten zu können z. B. Fortbildungen und sexualpädagogische Aufklärung. Für ExpertIn III liegt ein großer Vorteil darin, dass erfahrungsgemäß GesprächspartnerInnen von „Außen“ bei den BewohnerInnen gerade bei sensiblen Themen einen anderen bzw. besseren Zugang finden, während dieser den internen MitarbeiterInnen nur begrenzt oder gar nicht, indem z. B. Gesprächsangebote abgeblockt werden, möglich ist.

## 9 Maßnahmen zur Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte durch Zugang

Für ExpertIn II liegt der Fokus auf der Sexualaufklärung in Verbindung mit (bestehender) Schwangerschaft, für welche auch das Angebot von Schwangerenberatungsstellen denkbar wäre.

Zusammenfassend verdichten sich aus der Vielzahl der Informationen die Hinweise, dass den BewohnerInnen ein grundsätzlicher Zugang zu ihren sexuellen Wünschen und Bedürfnissen, insbesondere Partnerschaften ermöglicht und allgemein akzeptiert ist. Diese Zugänge werden in den Einrichtungen selbst verhandelt und aktuell nicht durch die externen Angebote von Schwangerenberatungsstellen erweitert bzw. ergänzt, die eine Vielzahl von Informationen über sexuelle und reproduktive Rechte unabhängig von einer Schwangerschaft vermitteln können und eine selbstbestimmte und befriedigende Sexualität und die damit in Verbindung stehende Verwirklichung von Lebensentwürfen fördern. Gerade im Bereich der Verwirklichung und des Zugangs reproduktiver Rechte wird ein nennenswertes Defizit deutlich.

Auch heute (noch) birgt die sexuelle Selbstbestimmung geistig beeinträchtigter Menschen, wie grundsätzlicher aller, eine Vielzahl von Herausforderungen. Schwangerenberatungsstellen und Einrichtungen der Behindertenhilfe sind nur zwei Akteure, welche sich dieser Herausforderung stellen müssen und dabei unbedingt auf die Schaffung barrierefreier Strukturen und Unterstützungsmöglichkeiten in den Bereichen Jugendhilfe, Behindertenhilfe, Politik, Gesellschaft und im Gesundheitssystem angewiesen sind und dort auch mit entsprechenden Forderungen im Sinne ihrer geistig beeinträchtigten KlientInnen die Einhaltung nationaler und internationaler Gesetze und Rechte vertreten müssen, um Strukturen zu schaffen, in denen niemand an einer selbstbestimmten und erfüllten Sexualität mit oder ohne Kinder behindert wird.

## 9 Maßnahmen zur Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte durch Zugang

### 9.1 Stärkung und Bewusstseinsbildung der geistig beeinträchtigten Frauen

*„Menschen mit Behinderungen müssen in die Lage versetzt werden, sich ihrer eigenen Würde und ihrer Rechte bewusst zu werden, um selbstbestimmt entscheiden zu können.“ [3, S. 42]*

Dies bedeute die grundlegende Stärkung des Selbstbewusstsein der Betroffenen durch verschiedenste Maßnahmen und Methoden der Bewusstseinsbildung, wie z. B. Empowerment-Trainings, Beratungsangebote und gezielte und zugängliche Informations- und Aufklärungsmedien (vgl. ebenda). In Bezug auf die Zielgruppe der geistig beeinträchtigten Menschen ist es dabei grundlegend erforderlich, dass die beteiligten Akteure ihre entsprechenden Angebote in Leichte Sprache „übersetzen“, um alle einzuschließen und niemanden auszugrenzen oder zu entmutigen, weil z. B. die Inhalte einer Beratung oder eines Seminars auf Grund zu komplizierter Sprache nicht verstanden werden. Diese grundlegende Voraussetzung war allen drei interviewten Personen bewusst. Zudem können z. B. in Beratungssituationen Bildkarten zur Verdeutlichung

## 9 Maßnahmen zur Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte durch Zugang

des Gesagten oder das Vorhalten einer „roten Karte“ als Stoppschild, welches von der geistig beeinträchtigten Person hoch gehalten werden kann, wenn es zu schwer wird, hilfreich sein (vgl. [65, S. 10f]). Einrichtung I hatte zum Zeitpunkt des Interviews bereits einige der hier genannten Maßnahmen in Angriff genommen bzw. zum Teil verwirklicht. So waren z. B. Materialien in leichter Sprache und Piktogramme zum Thema Sexualität einrichtungsintern erarbeitet wurden und können zukünftig sogar selbst hergestellt werden.

Um Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen eine selbstbestimmte Sexualität zu ermöglichen, muss es Pflicht des Staates sein die Rechte der UN-BRK schnellstmöglich umfassend umsetzen. Dabei kommt auch den Trägern und Beschäftigten von Einrichtungen der Behindertenhilfe oder (Schwangeren-) Beratungsstellen, Eltern, BetreuerInnen, Verbänden etc. eine wesentliche Rolle in diesem Prozess zu, da sie in direktem und oftmals täglichen Kontakt mit den Betroffenen stehen. Ihre Aufgabe ist es, sensibel auf die vielfältigen Wünsche und Bedürfnisse der geistig beeinträchtigten Frauen einzugehen, sie wertfrei zu akzeptieren, auch wenn sich die beeinträchtigte Frau, um die es geht, dem Thema verschließt, und so auf dem Weg zu einer selbstbestimmten Sexualität zu begleiten bzw. zu assistieren, was auch bedeutet bei Bedarf Professionelle von Außen hinzu zu ziehen. Auch gegenüber diesen Punkten äußerten die drei ExpertInnen unabhängig voneinander Sensibilität und Akzeptanz gegenüber den Bedürfnissen und Entscheidungen der geistig beeinträchtigten Frauen. Bei Bedarf die Angebote externer AnsprechpartnerInnen zu organisieren und nutzen zu wollen stellt(e) für alle interviewten Personen eine Option dar. ExpertIn I hatte im Rahmen des Interviews berichtet, bereits externe AnsprechpartnerInnen zu Rate gezogen zu haben, während sich ExpertIn II und III auf einen hypothetischen, in der Zukunft liegenden Bedarf bezogen. Es ist empfehlenswert im Vorfeld objektiv und genau zu definieren, was als Bedarf gilt und konkrete Kriterien für eine Kontaktaufnahme fest zu legen. Dabei ist es von großem Vorteil bereits eine Auswahl potenzieller AnsprechpartnerInnen einrichtungsintern mit den entsprechenden Kontaktdaten gelistet und erste Informationen über die Angebote der verschiedenen Schwangerenberatungsstellen im Rahmen von Erstkontakten z. B. in Form eines Telefonats oder, sicher nachhaltiger, persönlichen Kennenlerngesprächen in Erfahrung gebracht zu haben. Dies ermöglicht bzw. erleichtert zielgerichtetes, zeitnahes und professionelles Handeln und eine unkomplizierte Unterstützung der geistig beeinträchtigten KlientInnen. Bedarfe müssen nicht „verschleppt“ werden oder sich „auflösen“, sondern können als Impulse in einem stetigen Prozess im Umgang mit dem Thema Sexualität und den damit einhergehenden Wünschen und Bedürfnissen verstanden werden von dem KlientInnen, das Personal und die Einrichtung insgesamt profitieren.

### 9.2 Maßnahmen der Qualitätssicherung

Um positive und nachhaltige Veränderungen hinsichtlich der sexuellen und reproduktiven Rechte gemäß der UN-BRK für die betroffenen Frauen zu bewirken und sich den damit in Zusammenhang stehenden Herausforderungen zu stellen, müssen vor allem die Träger und Leitungsebenen der Einrichtungen der Behindertenhilfe ihren Willen da-

## 9 Maßnahmen zur Umsetzung sexueller und reproduktiver Rechte durch Zugang

zu ausstrahlen und verkörpern. Sigrid Arnade empfiehlt zur Qualitätssicherung Aktionspläne zur Realisierung einer menschenrechtsbasierten Arbeitsweise in der Begleitung, Betreuung und Pflege von Menschen mit Beeinträchtigungen zu entwickeln, in denen konkrete Maßnahmen mit Fristen und Verantwortlichkeiten festgelegt werden würden. Als Beispiele für solche Maßnahmen führt Arnade an (vgl. [3, S. 43]):

- Selbstverpflichtung zur Achtung der sexuellen Selbstbestimmung der BewohnerInnen,
- Befragung der Betroffenen zur Bestandsaufnahme: Kann sexuelle Selbstbestimmung gelebt werden?, Welche Hindernisse gibt es?, Was müsste passieren, um mehr sexuelle Selbstbestimmung zu ermöglichen? (z. B. Abschließbare Einzelzimmer und Bäder),
- Verpflichtende auf Sexualität bezogene Fortbildungen für die MitarbeiterInnen,
- Empowerment und Peer-Counseling bzw. -Beratung -Angebote für die Betroffenen,
- Öffentlichkeitsarbeit um nach Außen die Achtung und den Schutz der sexuellen Selbstbestimmung der KlientInnen zu dokumentieren,
- Entwicklung und Evaluation von Konzepten zur assistierten Selbstbestimmung und zum Schutz vor sexualisierter Gewalt

Auch die Gründung einer sexualpädagogischen Arbeitsgruppe oder eines Arbeitskreises in jeder Einrichtung würde Veränderungen durch regelmäßigen Austausch und Input anstoßen, sofern diesem VertreterInnen aus Betroffenen, Heimleitung, Pflegepersonal, pädagogischen und medizinischen Mitarbeitern angehörten, die dann wiederum als Multiplikatoren in ihren jeweiligen Wohn-/ Arbeitsgruppen und Bereichen fungieren würden.

Die Erarbeitung eines sexualpädagogischen Konzepts sollte das Ziel sein!

Darüber hinaus ist auch der Austausch zwischen den Institutionen von großer Bedeutung für die (Weiter-)Entwicklung von (bestehenden) Konzepten, Einstellungen und vorhandener Materialien, Medien und Weiterbildungen. Die Einrichtungen haben die Möglichkeit untereinander, voneinander und miteinander zu lernen, Erfahrungen und Sichtweisen zu teilen, Maßnahmen zu verhandeln und Modellprojekte zu initiieren, umzusetzen, zu begleiten, auszuwerten, zu optimieren etc. Von einem solchen kooperativen Miteinander aus VertreterInnen (MitarbeiterInnen wie KlientInnen) der Einrichtungen der Behindertenhilfe, MitarbeiterInnen der Schwangerenberatungsstellen, Angehörigen, gesetzlich bestellten BetreuerInnen, GynäkologInnen, UrologInnen, Hausärzten und Hausärztinnen, sowie VertreterInnen der Städte und Kommunen, Kranken- und Pflegekassen profitieren alle beteiligten Akteure. Die Umsetzung nationaler und internationaler sexueller und reproduktiver Rechte geistig beeinträchtigter Menschen ist ebenso, wie der selbstbestimmte Zugang zu diesen Rechten und den darin unterstützenden und aufklärenden Institutionen, insbesondere Schwangerenberatungsstellen, verbindlich und geltend für alle. Daraus ergibt sich die Pflicht zu Kooperation und Austausch für jeden Einzelnen und im Besonderen die MitarbeiterInnen, welche die Einrichtungen bilden und individuell gestalten.

Der Bedarf dazu entsteht nicht erst! Er ist da!

## 10 Fazit und Ausblick

Ziel meiner vorliegenden Masterarbeit war es, ausgehend von den theoretischen Vorüberlegungen und dem sich daraus ableitenden Verständnis von geistiger Beeinträchtigung und sexueller und reproduktiver Rechte, Bedingungen zu generieren, durch welche Einrichtungen der Behindertenhilfe die durch sie unterstützten und betreuten geistig beeinträchtigten Frauen im Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen unterstützen können.

Auf Grundlage der drei dargestellten ExpertInneninterviews war es möglich, vor dem Hintergrund der Thematik Sexualität einen Einblick in die Einstellungen, das Selbstverständnis der Einrichtungen, den Umgang mit Sexualität und Wünschen danach im Einrichtungsalltag, die Bedeutung von sexualpädagogischer (Weiter-) Bildung und die Gestaltung möglicher Kooperationen zu erhalten.

Es konnte gezeigt werden, dass in allen drei Einrichtungen auf sexuelle Wünsche und Bedürfnisse der Klientinnen durch die MitarbeiterInnen versucht wird sensibel und zugewandt einzugehen und bei der Verwirklichung dieser individuell und bedarfsbezogen zu unterstützen. Grundsätzlich wird das Thema Sexualität in den Einrichtungen offen, dabei sehr unterschiedlich hinsichtlich vorhandener Methoden, Ressourcen und (geschaffener) Möglichkeiten verhandelt.

Auch reproduktive Rechte geistig beeinträchtigter Menschen waren zum Zeitpunkt des Interviews grundsätzlich allen ExpertInnen bekannt, insbesondere das Wissen darum, dass Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen nicht von der Erfüllung eines möglichen Kinderwunsches ausgeschlossen sind. Es wurde allerdings auch deutlich, dass die offene Verhandlung der reproduktiven Rechte im Sinne der Klientinnen mit Herausforderungen für die Einrichtungen selbst verbunden ist und in zwei der drei Einrichtungen bislang (noch) nicht statt fand, da seitens der KlientInnen kein „Bedarf“ bzw. Kinderwunsch geäußert oder Verhütungsmittel abgelehnt wurden. Da in den einzelnen Einrichtungen als Anlass für die Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstellen einstimmig eine bestehende Schwangerschaft angenommen wurde, bestanden zum Zeitpunkt der Interviews keine Kontakte oder Kooperationen zwischen den Einrichtungen und den Schwangerenberatungsstellen. In Einrichtung II wurden schwangere Werkstattbeschäftigte über die Existenz von Schwangerenberatungsstellen informiert, welche sie dann selbstständig bzw. auf Wunsch der Schwangeren mit Unterstützung des Einrichtungspersonals kontaktieren und/ oder aufsuchen konnten. Es zeigte sich, dass von den ExpertInnen der Begriff „Schwangerenberatungsstelle“ ausschließlich mit Schwangerschaft in Verbindung gebracht wurde und keinerlei Informationen über die weiteren vielfältigen Angebote von Schwangerenberatungsstellen bekannt waren, worin nach Auswertung der ExpertInneninterviews der vorrangige Grund dafür liegt, dass Schwangerenberatungsstellen bislang nicht kontaktiert wurden. Daraus ergibt sich, dass auch die geistig beeinträchtigten Frauen seitens der Einrichtungen aus Ermangelung über Informationen zu den Angeboten von Schwangerenberatungs-

stellen keinen Zugang zu Schwangerenberatungsstellen besessen haben, sei denn es bestand, wie in Einrichtung II geäußert, eine Schwangerschaft. Im Zugang zu den weiteren vielfältigen Angeboten wie sexualpädagogische Aufklärung, Verhütungsberatung, Beratung zu Schwangerschaft, Geburt, Elternschaft (bevor diese eintreten), Partnerschaft, Liebe, Sexualität etc. konnten die beeinträchtigten Frauen zum Zeitpunkt der Interviews (noch) nicht auf Unterstützungsmöglichkeiten ihrer jeweiligen Einrichtungen zurück greifen.

Auf Grund der geringen Fallzahlen kann diese Masterarbeit natürlich kein umfassendes und fundiertes Bild darüber geben, inwieweit und wodurch auch andere Einrichtungen der Behindertenhilfe die von ihnen betreuten geistig beeinträchtigten Frauen im Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen (nicht) unterstützen.

Es lässt sich festhalten, dass dieser Forschungsgegenstand sehr viel Potenzial für weiterführende und vertiefende Forschungsvorhaben und Fragestellungen bietet. So könnte z. B. eine quantitative Studie die Daten bzw. Aussagen von weit mehr Einrichtungen erheben und auswerten. Darüber hinaus wäre ebenso interessant zu untersuchen, welche Meinungen, Wünsche und Ideen über den Zugang zu Schwangerenberatungsstellen die betreuten geistig beeinträchtigten Frauen haben oder welche Rolle und Positionen die Schwangerenberatungsstellen einnehmen und welche Verantwortlichkeiten und Maßnahmen sich daraus ableiten lassen. Auch die Entwicklung eines ganzheitlichen sexualpädagogischen Konzepts, welches eben auch externe KooperationspartnerInnen, insbesondere Schwangerenberatungsstellen, aktiv als Akteure einbezieht und sozusagen „in die Pflicht“ nimmt, könnte Thema einer weiteren Forschungsarbeit sein.

## Quellenangaben

- [1] Ilse Achilles. »Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen«. In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 111–123.
- [2] Sigrid Arnade. »Hintergründe der UN-Behindertenrechtskonvention. „... ein Zaubertrank, der Flügel verleiht“«. In: *pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.: Magazin Nr. 1/ 2015: Recht auf Zugang. Information und Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung*. (Frankfurt am Main 2015), S. 4–7.
- [3] Sigrid Arnade. »Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit. Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen.« In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 35–46.
- [4] AWO Bezirksverband Niederrhein e.V. Beratungszentrum Lore-Agnes-Haus. Broschüre „Liebe ist für alle da“. Essen.
- [5] AWO Bezirksverband Niederrhein e.V. Beratungszentrum Lore-Agnes-Haus. Broschüre „Schwanger – Was nun?“ Essen.
- [6] Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen (Hrsg.) *Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Berlin. 2017.
- [7] Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) GbR. *Seelische Behinderungen*. Zugriff: 11.02.2018. URL: <https://www.integrationsaemter.de/Fachlexikon/77c387i1p/index.html>.
- [8] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (Hrsg.) *Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG)*. Stand: 20.10.2015 - Zugriff 05.05.2018. URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/SchKG.pdf>.
- [9] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (Hrsg.) *Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland*. Stand: 13.07.2017 - Zugriff 05.05.2018. URL: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/GG.pdf>.
- [10] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH (Hrsg.) *Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX)*. Stand: 17.07.2017 - Zugriff 05.05.2018. URL: [https://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_9\\_2018/SGB\\_IX.pdf](https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/SGB_IX.pdf).

- [11] Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hrsg.) *Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Beltz Juventa. Weinheim und Basel. 2014.
- [12] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Familienplanung.de. Beratungsthemen*. Zugriff 16.02.2018. URL: <https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsthemen/>.
- [13] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). *Sexualaufklärung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Konzept*. Köln. 2015.
- [14] Claudia Camp. »Leichte Sprache. Eine Sprache, die niemanden ausgrenzt«. In: *pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.: Magazin Nr. 1/ 2015: Recht auf Zugang. Information und Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung*. (2015). Frankfurt am Main, S. 12–15.
- [15] CEDAW-Allianz zivilgesellschaftlicher Organisationen in Deutschland. *Alternativbericht CEDAW*. Zugriff: 14.12.2017. Berlin 11/ 2016. URL: <https://www.frauenrat.de/der-cedaw-alternativbericht/>.
- [16] CEDAW-Allianz zivilgesellschaftlicher Organisationen in Deutschland. *Alternativbericht CEDAW. Zusammenfassung*. Zugriff: 14.12.2017. Berlin 11/ 2016. URL: <https://www.frauenrat.de/der-cedaw-alternativbericht/>.
- [17] Jens Clausen und Frank Herrath. »Einleitung«. In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 11–15.
- [18] Rosemarie Czarski. »Sexualpädagogische Konzeptionen in Einrichtungen der Behindertenhilfe: Entwickeln - leben - fortschreiben.« In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 239–247.
- [19] Deutscher Frauenrat. *Ergebnisse und Empfehlungen der AG Gesundheit vom 12. Juni 2016*. Zugriff: 31.10.2017. URL: <https://www.frauenrat.de/fuer-ein-geschlechtergerechtes-gesundheitswesen/>.
- [20] Deutscher Frauenrat. *Grundsätze. Eine starke Demokratie – nur mit Geschlechtergerechtigkeit*. 24.06.2017 - Zugriff: 14.12.2017. URL: <https://www.frauenrat.de/grundsaeetze/>.
- [21] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). *Anwendung der ICF in Deutschland*. Zugriff: 09.02.2018. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/anwendung.htm>.
- [22] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). *ICD-10-GM Version 2018 Systemisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision*. Zugriff: 07.02.2018. URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2018/systematik/>.



- [23] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). *ICD-10-WHO Version 2016. Kapitel 5 Psychische und Verhaltensstörungen. Intelligenzminderung (F70 – F79)*. Zugriff: 07.02.2018. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/kodesuche/onlinefassungen/htmlamtl2016/block-f70-f79.htm>.
- [24] Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). *ICF*. Zugriff: 09.02.2018. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/>.
- [25] DGS - Deutsche Gesellschaft für Soziologie. *Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und des Berufsverbandes deutscher Soziologinnen und Soziologen*. Stand 10.06.2017 - Zugriff: 27.07.2018. URL: <https://www.sozioogie.de/index.php?id=19>.
- [26] donum vitae - zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e.V. - Bundesverband. *Das ist wichtig bei der rechtlichen Betreuung. Die rechtliche Betreuung ist eine Hilfe für erwachsene Menschen. Heft in leichter Sprache*. 2015 - Zugriff: 30.11.2017. URL: [http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft\\_4\\_rechtliche\\_Betreuung\\_2015.pdf](http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft_4_rechtliche_Betreuung_2015.pdf).
- [27] donum vitae - zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e.V. - Bundesverband. *Liebe, Sex und Verhütung. Heft in leichter Sprache*. 2015 - Zugriff: 30.11.2017. URL: [http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft\\_1\\_Sexualaufklaerung\\_2015.pdf](http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft_1_Sexualaufklaerung_2015.pdf).
- [28] donum vitae - zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e.V. - Bundesverband. *Rat und Hilfe in der Schwangerschaft. Heft in leichter Sprache*. 2015 - Zugriff: 30.11.2017. URL: [http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft\\_2\\_Schwangerschaft\\_131030.pdf](http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft_2_Schwangerschaft_131030.pdf).
- [29] donum vitae - zur Förderung des Schutzes des menschlichen Lebens e.V. - Bundesverband. *Schwangerschaft und Geburt. Heft in leichter Sprache*. 2015 - Zugriff: 30.11.2017. URL: [http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft\\_3\\_Geburt\\_131016.pdf](http://www.donumvitae.org/media/raw/Heft_3_Geburt_131016.pdf).
- [30] Nora Eisenbarth und Petra Zimmermann. »Selbstverständlich Inklusion – Mehr Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen«. In: *pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.: Magazin Nr. 1/ 2015: Recht auf Zugang. Information und Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung*. (Frankfurt am Main 2015), S. 16–19.
- [31] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Dokumentation der Fachtagung EIGENWILLIG am 29.Juni 2010 im Rauhen Haus, Hamburg*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Dokumentation\\_Fachtagung.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Dokumentation_Fachtagung.pdf).
- [32] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Dreimonatsspritze*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/3monatsspritze\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/3monatsspritze_download.pdf).

- [33] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Hormonspirale*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/hormonspirale\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/hormonspirale_download.pdf).
- [34] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Kondom*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/kondom\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/kondom_download.pdf).
- [35] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Kupferspirale*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/kupferspirale\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/kupferspirale_download.pdf).
- [36] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Pille*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/pille\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/pille_download.pdf).
- [37] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Vaginalring*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/vaginalring\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/vaginalring_download.pdf).
- [38] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Verhütungspflaster*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/verhuetungspflaster\\_download.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/verhuetungspflaster_download.pdf).
- [39] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *Flyer Wörterbuch zu Sexualität, Verhütung und Besuch der FrauenärztIn*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Woerterbuch\\_Sexualitaet\\_leichte\\_Sprache.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Woerterbuch_Sexualitaet_leichte_Sprache.pdf).
- [40] Familienplanungszentrum e. V. Hamburg. *„EIGENWILLIG“ - Projekt zum Aufbau eines Angebotes der Fachberatung zur Körper- und Sexualaufklärung für Menschen mit Behinderungen in Hamburg - Abschlussbericht*. Zugriff: 28.10.2017. URL: [http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht\\_Eigenwillig\\_2010.pdf](http://www.familienplanungszentrum.de/wp-content/uploads/Abschlussbericht_Eigenwillig_2010.pdf).
- [41] Jochen Gläser und Grit Laudel. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften/ Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2010.
- [42] Stefan Göthling. »Niemand ist perfekt. Die Aufgaben und Ziele des Vereins „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland«. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 01/ 2010. Sexualität und Behinderung*. (Köln 05/ 2010), S. 24–26.
- [43] Thomas Heinze. *Qualitative Sozialforschung. Einführung, Methodologie und Forschungspraxis*. München, Wien: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2001.

- [44] Frank Herrath. »Menschenrecht trifft Lebenswirklichkeit: Was behindert Sexualität?« In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 19–34.
- [45] International Planned Parenthood Federation (IPPF) (Hrsg.) *Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung*. London: 2009 - Zugriff: 02.02.2018. URL: [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF\\_Deklaration\\_Sexuelle\\_Rechte-dt2.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf).
- [46] ISlconsult privates Institut für Sozialinnovation Consulting UG Berlin. *E-WERKZEUG. Easytranscript. Version 2.50.7 Epicé vom 22.11.2015*. Zugriff: 26.08.2018. URL: <https://e-werkzeug.eu/index.php/de/produkte/easytranscript>.
- [47] Gudrun Jeschonnek. »Welche sexualitätsbezogene Assistenz unterstützt?« In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 222–238.
- [48] Reiner Klingholz. *Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz 1994*. Zugriff: 29.04.2018. URL: <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/entwicklungspolitik/aktionsprogramm-der-kairoer-weltbevoelkerungskonferenz-1994.html>.
- [49] Reiner Klingholz. *Reproduktive Gesundheit*. Zugriff: 29.04.2018. URL: <https://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/entwicklungspolitik/reproduktive-gesundheit.html>.
- [50] Norbert Koop. »Wissen hilft«. In: *pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.: Magazin Nr. 1/ 2015: Recht auf Zugang. Information und Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung*. (Frankfurt am Main 2015), S. 20–21.
- [51] Udo Kuckartz. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Bad Langensalza: Beltz Juventa, 2014.
- [52] Lena Lache. *Seminar: Behinderung und Sexualität*. Hochschule Merseburg, 02.07.2016.
- [53] Land Sachsen Anhalt. *Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen Sachsen-Anhalt*. Zugriff: 16.02.2018. URL: <https://ms.sachsen-anhalt.de/themen/familie/familienratgeber/adressen/schwangerschaftsberatungsstellen/>.
- [54] Sabine Mandl u. a. *Abschließender Projektbericht „Zugang von Frauen mit Behinderungen zu Opferschutz- und Unterstützungseinrichtungen bei Gewalterfahrungen“*. Deutschland, Großbritannien, Island und Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Menschenrechte; queraum. kultur- und sozialforschung, 2014.

- [55] Beate Martin. »Sexuelle Bildung als Menschenrecht. Gedanken über angemessene Sexualitätsbegleitung und notwendige Qualifizierungsmaßnahmen«. In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 204–216.
- [56] Philipp Mayring. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Bad Langensalza: Beltz Verlag, 2015.
- [57] Alina Mertens. »Behinderung und reproduktive Selbstbestimmung«. In: *Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge*. Hrsg. von Michaela Katzer und Heinz-Jürgen Voß. Gießen: Psychosozial-Verlag, 2016, S. 315–331.
- [58] Barbara Ortland. *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer, 2008.
- [59] pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. *Körper und Sexualität. Sexualität und geistige Behinderung*. Frankfurt am Main 2011.
- [60] pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. *Liebe und Sexualität. Fragen und Antworten in Leichter Sprache*. Frankfurt am Main 2. Auflage 2016.
- [61] pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. *Verhütung in Leichter Sprache*. Frankfurt am Main 2. Auflage 2016.
- [62] pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hrsg.) *Dokumentation Fachtagung vom 22.11.2008 „Liebe Haben – Sexualität und geistige Behinderung“*. Zugriff: 28.10.2017. URL: <https://www.profamilia.de/publikation-forum-onlineberatung/publikationen/publikationen.html>.
- [63] pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. (Hrsg.) *„Selbstverständlich Inklusion“ - ein Projekt des pro familia Landesverbandes Hessen e.V. - interner Abschlussbericht*. Zugriff: 21.04.2018. URL: <https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/hessen/landesverband-hessen/projekt-inklusion.html>.
- [64] Aglaja Przyborski und Monika Wohlrab-Sahar. *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, 2010.
- [65] Martina Puschke. »Menschen mit Behinderung sind die ExpertInnen für ihre Bedarfe«. In: *pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.: Magazin Nr. 1/ 2015: Recht auf Zugang. Information und Beratung für Menschen mit geistiger Behinderung*. (Frankfurt am Main 2015), S. 8–11.

- [66] Christian Schmitz. *Ein Netz voller Scheren, Barrieren und Chancen*. In: Aktion Mensch e.V. Einfach für Alle. Das Angebot der Aktion Mensch für ein barrierefreies Internet - Zugriff: 27.04.2018. URL: <https://www.einfach-fuer-alle.de/artikel/barrieren/>.
- [67] Brenda Sorg. *Zugänge zur Schwangerschaftsberatung für Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung: Barrierefreiheit auf dem Prüfstand*. Hausarbeit Hochschule Merseburg 2017.
- [68] Sozialhelden e.V. (Hrsg.) *Projekt Leidmedien. Begriffe*. Zugriff: 04.02.2018. URL: <http://leidmedien.de/begriffe/>.
- [69] Ralf Specht. »Sexualität als Recht auch für Menschen mit Behinderung«. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 01/ 2010. Sexualität und Behinderung*. (Köln 05/ 2010), S. 3–8.
- [70] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Alter der Mutter 2015*. Zugriff 11.05.2018. URL: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenMutterAlterBundeslaender.html>.
- [71] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland 2012*. Zugriff 11.05.2018. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Geburtentrends5122203129004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/HaushalteMikrozensus/Geburtentrends5122203129004.pdf?__blob=publicationFile).
- [72] Statistisches Bundesamt (Hrsg.) *Statistik der schwerbehinderten Menschen. Kurzbericht 2015*. Erschienen 24.02.2017 - Zugriff: 29.01.2018. URL: [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101159004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101159004.pdf?__blob=publicationFile).
- [73] Ines Steinke. »Gütekriterien qualitativer Forschung«. In: *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Hrsg. von Uwe Flick, Ernst von Kardorff und Ines Steinke. Hamburg: Rowohlt Verlag, 2005, S. 319–331.
- [74] Jörg Strübing. *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung*. Boston/ Berlin: De Gruyter GmbH, 2018.
- [75] Georg Theunissen. »Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion«. In: *Geistige Behinderung*. 02 (2008). Marburg: Lebenshilfe-Verlag, S. 127–136.
- [76] United Nations Population Fund. *Programme of Action of the International Conference on Population and Development (20th Anniversary Edition)*. United Nations Population Fund, 2014.
- [77] Ver.di Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen Bundesverwaltung Klaus Lichtenberg. *Hintergrundinfo Behindertenhilfe*. Zugriff: 03.03.2018. URL: <https://www.verdi.de/++file++54d36ba7bdf98d0b0b000010/download/Hintergrundinfo%20Behindertenhilfe.pdf>.

- [78] Steffen Wasmund. *Sozialgesetzbuch (SGB IX) Neuntes Buch Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. § 2 SGB IX Begriffsbestimmungen*. Zugriff: 11.02.2018. URL: <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/2.html>.
- [79] Sigrid Weiser. »Das Engagement der pro familia für Menschen mit Behinderung«. In: *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.): Forum Sexualaufklärung und Familienplanung Nr. 01/ 2010. Sexualität und Behinderung*. (Köln 05/ 2010), S. 36–39.
- [80] Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. *Definition des Begriffs „geistige Behinderung“*. Zugriff: 02.02.2018. URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>.
- [81] Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. *Sexuelle und reproduktive Gesundheit. Definition*. Zugriff: 02.02.2018. URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition>.
- [82] World Association For Sexual Health. »Erklärung der Sexuellen Menschenrechte«. In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 72–74.
- [83] World Association For Sexual Health (Hrsg.) *Declaration of Sexual Rights. 2014*. Zugriff: 01.05.2018. URL: <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>.
- [84] World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28 – 31 January 2002, Geneva*. Zugriff: 02.02.2018. 2006. URL: [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/).
- [85] Julia Zinsmeister. »Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung«. In: *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Hrsg. von Jens Clausen und Frank Herrath. Stuttgart: Kohlhammer, 2013, S. 47–71.

## Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BRD	Bundesrepublik Deutschland
Bsp.	Beispiel(e)
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EU	Europäische Union
f.	folgende
ff.	fortfolgende
FH	Fachhochschule
GbR	Gesellschaft bürgerlichen Rechts
GG	Grundgesetz
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, deutsch Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health, deutsch Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
inkl.	inklusive
IPPF	International Planned Parenthood Federation
NRO	Nicht-Regierungs-Organisation
S.	Seite
SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
u.v.m.	und viele (-s) mehr
UN-BRK	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen (United Nations)
WAS	World Association for Sexual Health
WfbM	Werkstatt für behinderte Menschen
WHO	World Health Organization, deutsch Weltgesundheitsorganisation

# Anhang

## A.1 Interviewleitfaden Masterarbeit

### Einleitung:

Ich begrüße Sie ganz herzlich und möchte mich für Ihre Bereitschaft und Zeit bedanken, dieses Interview mit mir zu führen. Gerne möchte ich Sie vorab darum bitten, mir rechtzeitig zu signalisieren, wenn ihr zeitlicher Rahmen erschöpft sein sollte, da ich selbst in keine zeitliche Bedrängnis geraten werde.

In den Informationen zu meinem Forschungsprojekt, die ich Ihnen bereits erläutert und schriftlich vorgelegt habe, haben Sie bereits den Hintergrund und das Anliegen zu diesem Interview erfahren.

Mein Name ist Kathrin Ballenthin. Ich bin Studentin der „Angewandten Sexualwissenschaften“ an der HS Merseburg und führe dieses Interview im Rahmen meiner Masterarbeit.

In unserem Gespräch geht es mir darum, Ihre professionellen Erfahrungen, sowie die Einstellung und das Handeln Ihrer Einrichtung im Allgemeinen auf die Thematik zu erfahren.

Ich weise Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass Sie jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview zu unterbrechen oder abubrechen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anonymisiert.

Bevor ich Ihnen einige Fragen stelle, bitte ich Sie, mir erst einmal zu erzählen wie in Ihrer Einrichtung durch die Kolleginnen und Kollegen auf die Sexualität und die individuellen sexuellen und reproduktiven Wünschen ihrer Bewohnerinnen eingegangen wird. Gehen Sie dabei auf alles ein, was Ihnen in diesem Zusammenhang einfällt.

### Interviewfragen:

1. Wie würden Sie die Haltung Ihrer Einrichtung bzw. Ihrer MitarbeiterInnen zu Sexualität der BewohnerInnen bzw. KlientInnen insgesamt beschreiben?
  - Bekanntheit/ Verankerung sex. & reprod. Rechte?
  - Bedeutung/ Nutzen sexualpädagogisches Konzept?
  - Inhalte des Konzepts?
  - Beteiligte Akteure?
  - Beschreibung allg. Sexualkultur
  - (Wie) Unterstützung der Bewohnerinnen bei Wahrnehmung der Rechte?



2. Welche Bedeutung seitens Ihrer Einrichtung hat die sexuelle (Weiter-) Bildung, sowohl Ihrer geistig beeinträchtigten BewohnerInnen bzw. KlientInnen, als auch die Ihrer MitarbeiterInnen?
  - Sex.päd. (Weiterbildungs-) Angebote für MitarbeiterInnen, Klientinnen, . . . ?
  - „Leichte Sprache“?
  - Zugriff Infomaterialien und Medien?
  - Interne Ansprechpartner zu Sex.tät?
  - Prävention und Aufklärung sexualisierter Gewalt?
3. Mit welchen externen Trägern oder Ansprechpartnern kooperiert Ihre Einrichtung zu Fragen und Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung?
  - Bekannte Träger/ Beratungsstellen?
  - Gestaltung Kontakt und Austausch?
  - Nutzen (Bewohnerinnen & Personal)?
  - (Wie) Unterstützung bei Kontaktaufnahme: Von Bewohnerinnen zu SSB ?
4. Wo, denken Sie, gibt es noch Möglichkeiten/ Ressourcen seitens Ihrer Einrichtung, um Ihre Bewohnerinnen/ Klientinnen beim Zugang zu Schwangerenberatungsstellen zu unterstützen?
  - Bekanntheit Infomaterial
  - Zugang Internet und Telefon
  - Networking (externe Träger, Angehörige,...)
  - Personal

**Abschluss:**

- Gelegenheit für Ergänzungen des/ der ExpertIn
- Dank und Abschied

## A.2 Information und Einwilligungserklärung

Kathrin Ballenthin

Halle, \_\_\_\_\_ 2018

### Information und Einwilligungserklärung zum Interview im Rahmen meiner Masterarbeit

*„Sexuelle und reproduktive Rechte geistig beeinträchtigter Frauen: Einrichtungen der Behindertenhilfe als Zugang oder Barriere zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen?“*

Sehr geehrte Interviewteilnehmerin, sehr geehrter Interviewteilnehmer!

Gerne möchte ich Sie über die Thematik meiner Masterarbeit informieren, in deren Rahmen ich mich sehr freuen würde, Sie als ExpertIn interviewen zu dürfen. Vorab möchte ich Ihnen außerdem kurz mein Vorgehen erläutern.

Der Datenschutz verlangt Ihre ausdrückliche und informierte Einwilligung dazu, dass ich das Interview speichern und auswerten darf.

Ich studiere an der Hochschule Merseburg berufsbegleitend „Angewandte Sexualwissenschaften“ und beabsichtige mit dieser Masterarbeit mein Studium abzuschließen. Die wissenschaftliche Betreuung und Begleitung meiner Arbeit erfolgt durch meine Dozentin Frau Esther Stahl, Lehrkraft für besondere Aufgaben.

Im Mittelpunkt meiner Arbeit steht die Fragestellung, inwieweit Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe leben und/ oder arbeiten, Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen haben und somit zur Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte.

Um dies herauszufinden, möchte ich LeiterInnen der Einrichtungen als deren VertreterInnen und ExpertInnen nach ihren beruflichen Erfahrungen und der Bedeutung sexualitätsbezogener (Weiter-) Bildung im Alltag mit den Frauen, sowie externen KooperationspartnerInnen befragen. Wesentlich ist es für mich aus den verschiedenen Interviews Ideen und Maßnahmen zusammen zu tragen, durch welche Einrichtungen der Behindertenhilfe die von ihnen betreuten Frauen im Zugang zu Schwangerenberatungsstellen unterstützen können. Sich ggf. aufzeigende bestehende Lücken sollen fachlich begründet mit Blick auf die geltenden Gesetze durch Handlungsempfehlungen ergänzt werden.

Damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können, sichere ich Ihnen folgendes Verfahren zu:

- Ich als Interviewende unterliege der Schweigepflicht und bin dem Datengeheimnis verpflichtet.
- Die Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken.
- Ich gehe sorgfältig mit dem Erzählten um: Ich nehme das Gespräch auf Tonträger auf. Das gesprochene Wort tippe ich ab und lösche die Aufnahme nach Fertigstellung der Arbeit.
- Ich anonymisiere, d.h. ich verändere alle Personen-, Orts-, und Einrichtungsnamen. Ihren Beruf bzw. Ihre Rolle in der Einrichtung gruppiere ich als EinrichtungsleiterIn.
- Ihr Name wird am Ende meiner Masterarbeit in meinen Unterlagen gelöscht, sodass lediglich das anonymisierte Transkript (abgetipptes Interview) existiert.
- Die von Ihnen unterschriebene Erklärung zur Einwilligung in die Auswertung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur durch mich zugänglichen Stelle aufbewahrt. Sie dient lediglich dazu, meiner DozentIn, welche die Masterarbeit betreut, im

Rahmen einer datenschutzrechtlichen Überprüfung nachweisen zu können, dass Sie mit der Auswertung einverstanden sind.

- Das anonymisierte Transkript bzw. abgetippte und anonymisierte Interviews wird im Anhang meiner Masterarbeit nachzulesen sein.
- Einzelne Zitate gehen in die Auswertung ein. Selbstverständlich wird darin nicht erkennbar sein, von welcher Person/ Einrichtung diese stammen.
- Die abgeschlossene Masterarbeit kann in der Bibliothek der HS Merseburg bzw. im Fachbereich Soziale Arbeit, Medien und Kultur eingesehen und somit für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden.
- Auf Ihren Wunsch stelle ich Ihnen und Ihrer Einrichtung meine fertige Masterarbeit in digitaler Form zur Verfügung.

Die Datenschutzbestimmungen verlangen auch, dass ich Sie noch einmal ausdrücklich darauf hinweisen, dass aus einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen. Sie können Antworten bei einzelnen Fragen verweigern. Auch die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit von Ihnen widerrufen und die Löschung des Interviews verlangt werden. Ein Abbruch des Interviews auf Ihren Wunsch ist zu jedem Zeitpunkt möglich. Es ergeben sich daraus für Sie keinerlei negative Konsequenzen.

Unter den hier genannten Bedingungen erklären Sie sich bereit, das Interview zu geben und sind damit einverstanden, dass es von mir auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Bereitschaft, mir Auskunft zu geben und damit zugleich mich bei meiner Masterarbeit, als auch alle Frauen mit geistigen Beeinträchtigungen auf dem Weg zur eigenständigen Wahrnehmung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte zu unterstützen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Kathrin Ballenthin

.....  
Unterschrift EinrichtungsleiterIn

## A.3 Interviewtranskripte

### A.3.1 Interview EI-I

EI-I-1 **Interviewerin:** Ich begrüße Sie ganz herzlich und möchte mich für Ihre Bereitschaft und Zeit bedanken, dieses Interview mit mir zu führen. Gerne möchte ich Sie vorab darum bitten, mir rechtzeitig zu signalisieren, wenn ihr zeitlicher Rahmen erschöpft sein sollte, da ich selbst in keine zeitliche Bedrängnis geraten werde.

EI-I-2 In den Informationen zu meinem Forschungsprojekt, die ich Ihnen bereits erläutert und schriftlich vorgelegt habe, haben Sie den Hintergrund und das Anliegen zu diesem Interview erfahren.

EI-I-3 Mein Name ist Kathrin Ballenthin. Ich bin Studentin der „Angewandten Sexualwissenschaften“ an der HS Merseburg und führe dieses Interview im Rahmen meiner Masterarbeit.

EI-I-4 In unserem Gespräch geht es mir darum, Ihre professionellen Erfahrungen, sowie die Einstellung und das Handeln Ihrer Einrichtung im Allgemeinen auf die Thematik zu erfahren.

EI-I-5 Ich weise Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass Sie jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview zu unter- oder abubrechen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anonymisiert.

EI-I-6 Bevor ich Ihnen einige Fragen stelle, bitte ich Sie, mir erst einmal zu erzählen wie in Ihrer Einrichtung durch die Kolleginnen und Kollegen auf die Wünsche Ihrer Bewohnerinnen nach Sexualität eingegangen wird. Gehen Sie dabei auf alles ein, was Ihnen in diesem Zusammenhang einfällt.

EI-I-7 **EinrichtungsleiterIn:** Da würde ich ein bisschen in die Vergangenheit ausholen. Grundsätzlich kann ich sagen, dass die Themen Sexualität oder auch Partnerschaft und Wünsche danach, wie ich mit jemanden leben möchte oder mir meine Zukunft mit jemanden vorstelle: ob Mann, Frau oder Kinder, es natürlich schon ganz lange gibt. Aber das Personal und die Einrichtung beschäftigen sich damit grundlegend erst seit vier bis fünf Jahren und ganz intensiv erst seit etwa zwei Jahren. Seitdem gibt es bei uns in der Einrichtung einen Arbeitskreis, der sich „Sexualisierte Gewalt“ nennt.

EI-I-8 Es ist auch ein Konzept entstanden, aber immer noch mehr auf der Mitarbeiter-ebene.

EI-I-9 Durch diesen Arbeitskreis und das, was da passiert, sowie die Kooperationen mit einer regionalen Hochschule und einem bundesweiten Verein wird dieses Thema ganz gezielt und professionell, durch mich als Leitung delegiert, zunehmend in die Bereiche getragen, damit sich Mitarbeiter auch ganz gezielt mit der Thematik beschäftigen und sich zum Beispiel um Weiterbildungsangebote für die Klienten kümmern. Oder auch Fragestellungen danach, wie gehe ich professionell damit um, wenn

ich sexualisierte Gewalt erlebe oder Situationen im Wohnbereich entstehen, wo ich als Mitarbeiter merke, da könnte sich etwas anbahnen oder ich bemerke, dass ein Klient zum Beispiel einen anderen Klienten unterdrückt, indem er vielleicht sexualisierte Sachen von ihm fordert, die der andere nicht möchte. Wie gehe ich als Mitarbeiter damit um, wenn ich so etwas bemerke? Da sind wir wirklich erst seit zwei bis drei Jahren dran ganz gezielt und professionell mit den Mitarbeitern zu arbeiten, also nicht mehr nur "jeder macht mal so ein bisschen da und dort".

EI-I-10 Davor, also vor zwei, drei Jahren, war es eher auf den Wohnbereich oder einen konkreten Anlass bezogen. Das heißt, ich habe als Mitarbeiter im Bereich etwas bemerkt oder da hat sich vielleicht ein Pärchen gefunden und wir gucken mal, wie wir sie begleiten können, aber weniger gezielt, sondern eigentlich immer "Was ist jetzt gerade dran? Streiten sie sich oder nicht? Wie ist es mit dem Thema Geschlechtsverkehr? Möchten sie das machen? Auch wirklich? Ist das jetzt nicht nur küssen oder auf der Couch sitzen? Soll es da mehr werden?" Dazu auch zu beraten, Verhütung spielt eine Rolle, zum Frauenarzt gehen und fragen "Was möchtest du?", aber das mehr immer anlassbezogen.

EI-I-11 Und dann, das erlebe ich auch jetzt noch, seitdem wir uns ganz gezielt damit beschäftigen, gibt es da noch Ängste bei den Mitarbeitern, also wirklich Befindlichkeiten mit dem Thema Sexualität bezogen auf unsere Klienten umzugehen. Da gibt es Befürchtungen, Ängste: Was dürfen sie (die Klienten, Anmerkung)? Was dürfen sie nicht? Wo sollten wir uns einmischen? Wo sollen wir uns nicht einmischen? Was ist da wirklich schon Gewalt oder wo sagen wir, dass gehört eben auch dazu? Grenzen abzustecken. Das ist eine Herausforderung!

EI-I-12 **Interviewerin:** Das ist alles sehr interessant und auf einiges von dem, was sie gerade angeschnitten haben, kommen wir noch einmal zu sprechen. Mich würde zunächst einmal interessieren, ob Sie mir verraten, was denn vor zwei, drei Jahren passiert ist, so dass das Thema Sexualität ins Bewusstsein rückte und gezielt Thema wurde.

EI-I-13 **EinrichtungsleiterIn:** Das hing sicherlich auch mit einer Studentin einer regionalen Hochschule zusammen, die uns im Rahmen ihrer Abschlussarbeit angefragt hatte, die wir mit unterstützt haben und wo wir einfach auch merkten, dass es etwas Dirigierendes von Seiten der Leitung braucht, also von mir, die sagt: "Wir implizieren hier in den Bereichen etwas Verbindliches!", also auch ein Konzept. Das war so der Entstehungspunkt, sich näher mit der Thematik auseinander zu setzen. Es war also mehr ein Impuls, insbesondere von der Studentin.

EI-I-14 Dann gab es in der gleichen Zeit eine ganz interessante Fortbildung eines größeren Vereins hier in der Stadt. Da konnten unsere Klienten hingehen zu den Themen Liebe, Sexualität und Partnerschaft. Dort haben sie wirklich mit einfachen Mitteln versucht zu erklären, wie es ist, wenn beispielsweise Mann und Frau sich lieben oder auch Frau-Frau oder Mann-Mann. Und dann kamen einige Bewohner bei uns so begeistert an und haben gesagt: "Da wollen wir mehr erfahren!"

EI-I-15 Bei den Mitarbeitern waren die Reaktionen eher bisschen schläfrig, aber das war auch mit ein Punkt für uns, um aufzugreifen "Mensch, unsere Klienten wollen da was erfahren und wir gucken mal, wie wir ihnen so was wie Fortbildungen oder kleine Seminare intern anbieten können, um sie in einfacher Sprache an dieses Thema heran zu führen. Denn Partnerschaften gibt's ja bei uns auch und die gab es auch schon immer.

EI-I-16 Wir haben auch bemerkt, dass bei dem Thema für unsere Bewohner eigentlich alles ziemlich klar ist: "Ich hab da eine Freundin oder ich habe einen Freund!". Im besten Falle ziehen sie zusammen. Das können sie hier auch. Wenn wir das ermöglichen können, funktioniert das.

EI-I-17 Aber wir haben es auch oft, dass Angehörige zum Beispiel dafür überhaupt kein Verständnis haben, wenn auf einmal ihre Tochter oder ihr Sohn mit jemanden zusammen ist: "Das geht doch nicht! Die sind doch geistig behindert! Um Gottes Willen!". Da haben wir erkannt, dass es auch eine Arbeit mit den Angehörigen zu diesen Themen braucht.

EI-I-18 **Interviewerin:** Auf Grund der vielen interessanten Einblicke, die Sie mir hier gewähren, fallen mir eine Vielzahl von Fragen ein, doch möchte ich mich natürlich an das Thema meiner Arbeit halten und Ihnen dazu eine weitere gezielte Fragen stellen. Wie würden Sie die Haltung Ihrer Einrichtung und Ihrer MitarbeiterInnen zur Sexualität Ihrer Bewohnerinnen insgesamt beschreiben?

EI-I-19 **EinrichtungsleiterIn:** (Überlegt) Ich denke, dass es grundsätzlich eine Offenheit gibt. Grundsätzlich! Das heißt, dass der Klient wirklich im Mittelpunkt steht. Damit meine ich personenzentriertes Arbeiten: alles geht vom Klienten aus. Das ist den Mitarbeitern weitestgehend klar. Also es besteht eine Offenheit gegenüber den Themen, die ein Klient bei uns hat. Die Mitarbeiter sind auch in der Lage das Thema Sexualität generell zu thematisieren. Aber, ich glaube, das hat bisher auch noch Grenzen.

EI-I-20 Wir haben zum Beispiel bei uns im Bereich ein, zwei oder drei Klienten, die ganz offensichtlich die Themen Sexualität, Partnerschaft oder auch Selbstbefriedigung und sich da ins Zimmer zurück ziehen, leben oder wir haben auch Bewohner mit Vorlieben, die dann mal einen Film schauen. Das hat aber trotzdem eine Grenze für die Mitarbeiter. Das heißt, dass Mitarbeiter sich dann teilweise schon schwer tun (mit der Frage, Anmerkung) "Wie verhalte ich mich denn jetzt?".

EI-I-21 Grundsätzlich spüre ich eine Offenheit: "Ja, das ist bei uns! Es gibt hier eben auch die Themen Sexualität, Partnerschaft, Liebe. Aber es gibt Grenzen, wenn es darum geht, wie ich solche Sachen begleite. Das heißt, ich höre mir auch mal die Bewohner zu bestimmten Fragen persönlich an. Da gibt es schon Befürchtungen, sicherlich auch Ängste.

EI-I-22 **Interviewerin:** Signalisieren das die MitarbeiterInnen, wenn sie merken, dass sie an eine Grenze kommen? An wen wenden sie sich dann?

El-I-23 **EinrichtungsleiterIn:** Genau! Das haben wir so mit dem Arbeitskreis vereinbart. Gleichzeitig ist er auch ein Vertrauenskreis. Das heißt, in dem Arbeitskreis gibt es wirklich aus jedem Wohnbereich einen Mitarbeiter, der sich für dieses Thema auch erwärmt und sagt "Ja, ich arbeite an einer Konzeption mit, ich arbeite daran dieses Thema auch in meinem Bereich präserter zu machen!". Diese Personen aus dem Arbeitskreis sind gleichzeitig die Vertrauenspersonen. Sie sind sowohl Ansprechpartner für die Mitarbeiter in dem Wohnbereich, als auch für die Bewohner, die wissen "Ich kann jetzt mit dem Thema zu Frau oder Herrn X gehen und mit ihr oder ihm darüber sprechen."

El-I-24 **Interviewerin:** Und die Ansprechpartner kennen alle?

El-I-25 **EinrichtungsleiterIn:** Sie sind bekannt, zumindest bei den Mitarbeitern. Bei den Bewohnern bin ich mir jetzt nicht sicher, ob das schon so bekannt ist, weil es das noch nicht lange gibt.

El-I-26 **Interviewerin:** Hab ich das richtig verstanden, dass der Arbeitskreis einrichtungsintern arbeitet und nicht nach Außen geht?

El-I-27 **EinrichtungsleiterIn:** Genau!

El-I-28 **Interviewerin:** Sie hatten bereits erwähnt, dass es in Ihrer Einrichtung ein sexualpädagogisches Konzept gibt. Wer hat denn daran mitgewirkt?

El-I-29 **EinrichtungsleiterIn:** Das gibt's! Genau! Daran hat eben dieser Arbeitskreis mitgewirkt, also von jedem Bereich wirklich ein Mitarbeiter und unsere SozialarbeiterIn vom Sozialen Dienst. Zusammen haben sie das Konzept erstellt. Sie haben dabei aber nicht nur über die Klienten geschrieben. Das sexualpädagogische Konzept ist schlussendlich auch eine Handlungsanleitung für die Mitarbeiter, also zu den Themen sexualisierte Gewalt oder auch Umgang mit Sexualität. Sie haben dabei auch regelmäßig Klienten, die sich dazu äußern können, in den Arbeitskreis eingeladen und gefragt "Wie seht ihr das?".

El-I-30 Es wurden Materialien in einfacher Sprache entwickelt, mit Piktogrammen und so weiter, die die Bewohner verstehen. Das Konzept steht! Jetzt sind wir seit Ende letzten Jahres dabei, dieses Konzept in die Wohnbereiche zu tragen und einzuführen, bekannt zu machen und darauf aufbauend in diesem Jahr die ersten Fortbildungen und Seminare für die Klienten statt finden zu lassen.

El-I-31 **Interviewerin:** Wer profitiert denn von dem Konzept?

El-I-32 **EinrichtungsleiterIn:** In erster Linie die Bewohner! Wir erwarten uns davon einen sicheren, offeneren Umgang mit diesen Themen, um Klienten zu Sexualität, Liebe, Partnerschaft auf Augenhöhe begegnen zu können, so dass es keine Tabuthemen sind, dass sich Mitarbeiter da nicht einfach zurück nehmen und sagen können "Bleibt mir mit dem Thema fern! Damit möchte ich nichts zu tun haben. Für, in Anführungsstriche, "normale" Menschen soll's das schon geben, aber hier drinnen möchte ich das nicht hören. Das gibt's nicht!". Das soll es mit dem Konzept nicht mehr geben.

- EI-I-33 Es ist im Prinzip etwas Verordnetes. Jeder Mitarbeiter muss sich auch mit diesem Konzept auseinandersetzen. Zu dem Konzept gibt es auch Schulungen. Für die Mitarbeiter laufen sie ab April. Das heißt, jeder Mitarbeiter wird im dritten Quartal auch zu Sexualität, Liebe, Partnerschaft, sexualisierte Gewalt geschult sein. Und in erster Linie profitieren davon unsere Klienten.
- EI-I-34 **Interviewerin:** Ich kann mir gut vorstellen, dass es auch für Ihre Mitarbeiter einen guten Rahmen bietet und einen Handlungsleitfaden darstellt.
- EI-I-35 **EinrichtungsleiterIn:** Ja, unbedingt, denn es ist wirklich zielgerichtet. Jeder Mitarbeiter hat etwas in der Hand, wie er mit diesen Themen umgehen kann und es ist nichts Willkürliches mehr nach dem Motto, dass es in einem Wohnbereich Mitarbeiter gibt, die sich mit den Themen auseinandersetzen und Lust darauf haben mit den Bewohnern zu arbeiten und in dem anderen Wohnbereich gibt's eben keinen und deshalb taucht das Thema Sexualität nicht auf. Das ist Ziel des Konzepts, dass es nicht mehr willkürlich und zufällig ist, Sexualität zu thematisieren, sondern zielgerichtetes Arbeiten.
- EI-I-36 **Interviewerin:** Jetzt sind bereits einige Punkte angeschnitten wurden, die auf meine nächste Frage abzielen und wir schauen mal, ob Sie noch etwas ergänzen können. Welche Bedeutung seitens Ihrer Einrichtung hat sexuelle Bildung und Weiterbildung, sowohl die Ihrer geistig beeinträchtigten Bewohnerinnen, als auch die Ihrer MitarbeiterInnen?
- EI-I-37 **EinrichtungsleiterIn:** Dazu habe ich schon bisschen was erzählt, aber, wie gesagt, ist dieses Bewusstsein noch ganz frisch und nichts, was wir schon lange machen, sondern es ist erst durch den Arbeitskreis in den letzten zwei Jahren gewachsen.
- EI-I-38 Fortbildungsangebote für die Mitarbeiter zu den Themen Sexualität und Partnerschaft für Menschen mit geistiger Behinderung gab es schon immer sporadisch. Ich habe aber in den Anmelde Listen gesehen, dass sich immer nur eine Hand voll dazu angemeldet haben. Und Weiterbildungen für die Klienten gab es eigentlich gar nicht.
- EI-I-39 **Interviewerin:** Wie haben die Klientinnen damals von der externen Weiterbildung des erwähnten Vereins erfahren?
- EI-I-40 **EinrichtungsleiterIn:** Ich bin mir nicht ganz sicher, meine aber, dass wir von dem Verein angesprochen wurden. Da gab es, wenn mich nicht alles täuscht, ein Programm von denen, in welchem sie Menschen mit geistigen Behinderungen in einfacher Sprache zu den Themen Sexualität oder auch sexualisierter Gewalt ansprechen wollten. Daraus ist die Zusammenarbeit entstanden.
- EI-I-41 Es war ein Programm, in welchem es einen Block für die Mitarbeiter und einen ausschließlich für die Bewohner gab. Es ist nämlich nochmal etwas Anderes "Nehme ich zusammen mit den Mitarbeitern teil, dann hemmt mich das als Bewohner



womöglich Sachen zu erzählen, mich dort frei zu äußern, als wenn ich nur unter Meinesgleichen bin und auch in einfacher Sprache sprechen kann."

El-I-42 **Interviewerin:** Ich höre aus Ihren Erzählungen heraus, dass Sie in Ihrer Einrichtung mit dem Begriff leichte oder auch einfache Sprache vertraut sind. Verfügen Sie neben den intern erstellten Materialien in leichter Sprache auch noch über weitere zu den Themen rund um Sexualität?

El-I-43 **EinrichtungsleiterIn:** Der Arbeitskreis hat ganz viel in Form von Piktogrammen erarbeitet und in einfache Sprache übersetzt.

El-I-44 Unsere SozialarbeiterIn hat auch in Zusammenarbeit mit einem externen Projekt, dass sich der sexuellen Bildung behinderter Menschen widmet und uns als Einrichtung 2015/ Anfang 2016 angesprochen hat, ganz viel gemacht, wobei auch ganz viel entstanden ist. Sie sind ja dabei oder es ist sogar schon fertig, Fortbildungsblöcke für die Klienten zu erstellen und selbst Karten, Anschauungs- und Bildmaterial, Puppen etc., zum Anfassen, herzustellen. Und auf Grund dieses Projektes sind wir dann hier in der Lage, das selbst in die Bereiche einzuführen. Das heißt, selbst Material nach Anleitung herzustellen.

El-I-45 **Interviewerin:** Welche Möglichkeiten z.B. Computer, Internet stehen den Bewohnerinnen zur Verfügung, um selbstständig nach Informationen zu Themen rund um Sexualität zu recherchieren?

El-I-46 **EinrichtungsleiterIn:** In unserem Wohnheim hat kein Klient einen Computer, aber nicht, weil es unsererseits nicht gewollt wäre, sondern weil die Meisten nicht mit einem Computer umgehen können.

El-I-47 Bei uns gibt es schwerstmehrfachbehinderte Klienten, die z.B. gar nicht sprechen oder so schwer beeinträchtigt sind, dass sie mit bestimmten Themen gar nichts anfangen können. Wir haben aber auch zwei-drei Klienten, die z.B. ein Smartphone besitzen und die Möglichkeit haben, ins Internet zu gehen.

El-I-48 Dass wir Klienten haben, die aktiv das Internet nutzen, ist mir nicht bekannt. Wir hatten aber mal einen Klienten, der regelmäßig zu uns in die Verwaltung kam und einen Computer nutzen konnte, um Sachen zu googeln oder Zeitung zu lesen.

El-I-49 **Interviewerin:** Der Klient wollte das, hat seinen Wunsch signalisiert und dann wurde diese Möglichkeit gefunden?

El-I-50 **EinrichtungsleiterIn:** Genau! Da gab es eine feste Zeit in der Woche und dann ging das. Also wenn wir einen Klienten hätten, der den Wunsch nach einem internetfähigen Computer äußert, dann könnten wir das bereitstellen. Das ist kein Problem!

El-I-51 Wir haben natürlich auch zwei Klienten, die haben auch Computer und nutzen sie aber nur als Spielkonsole zum Spielen (lacht).

- EI-I-52 Also wir könnten Internetzugang zur Verfügung stellen, aber es gibt nicht die Nachfrage. Aber vielleicht hat es auch damit zu tun, dass viele Klienten es nicht wissen, dass es das gibt. Das könnte natürlich auch eine Ursache sein.
- EI-I-53 **Interviewerin:** Mit welchen externen Trägern und Ansprechpartnern kooperiert Ihre Einrichtung zu Fragen und Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung?
- EI-I-54 **EinrichtungsleiterIn:** Zum Einen ist das die die bereits erwähnte Hochschule und des Weiteren die Niederlassung des erwähnten Vereins hier in der Stadt. Wir hatten aber auch Beziehungen zu einer weiteren Beratungsstelle des selben Vereins in einer anderen Stadt.
- EI-I-55 Ansonsten haben wir da keine Kooperationen zu anderen Einrichtungen zu den Themen. Aber nicht, weil wir das nicht wollen, sondern weil es einfach noch nicht dran war oder wir das bewusst wahrgenommen hätten. Wahrscheinlich auch um zunächst einmal intern zu schauen, was wir bei uns aufbauen können.
- EI-I-56 Wir bemerken aber, dass, wenn wir anderen Einrichtungen erzählen "Wir sind an dem Thema dran und es gibt bei uns ein sexualpädagogisches Konzept, einen Arbeits- und Vertrauenskreis.", es das dort noch nicht gibt oder noch wenig in dem Bereich gemacht wird. Ähnlich wie bei uns in den letzten Jahren. Dann sagen sie "Mensch, das hätten wir auch gerne!".
- EI-I-57 **Interviewerin:** Wie kann ich mir denn die Gestaltung der vorhandenen Kooperationen vorstellen?
- EI-I-58 **EinrichtungsleiterIn:** In Bezug auf die Hochschule gestaltet sich die Kooperation hauptsächlich über Projekte, für die wir auch gezielt als Einrichtung angefragt werden uns zu engagieren bzw. auch Arbeitsmaterialien, die z. B. in dem Bildungsprojekt entwickelt werden bei unseren Mitarbeitern und Klienten auszuprobieren, ob und wie das funktioniert.
- EI-I-59 Und den erwähnten Verein haben wir im Zusammenhang mit der Konzeption und den Fortbildungsangeboten beratend angefragt.
- EI-I-60 **Interviewerin:** Wie sind Sie auf den Verein gekommen?
- EI-I-61 **EinrichtungsleiterIn:** Durch die Fortbildung, die sie dort damals angeboten hatten. Der Verein bietet ja regelmäßig Bildungsangebote an und sie stricken diese auch gezielt, wenn man die Mitarbeiter anfragt. Wenn wir nach einem bestimmten Thema fragen, dann würden sie das auch machen. Da sind sie sehr offen.
- EI-I-62 **Interviewerin:** Höre ich es richtig heraus, dass es zu Schwangerenberatungsstellen bislang keine Kontakte gibt?
- EI-I-63 **EinrichtungsleiterIn:** Gar nicht! Ich muss aber auch dazu sagen, dass das Durchschnittsalter hier im Wohnheim schon bei 60 Jahren ist. Natürlich haben wir

auch jüngere Klienten, auch bei den Frauen, aber ich kann mich nicht daran erinnern, dass in den vergangenen Jahren mal der Wunsch aufflammte "Ich möchte gerne einen Partner und auch gerne einmal Vater oder Mutter sein!". Schwanger werden war bislang nie ein Thema. Daher war das für uns nie ein Thema eine Schwangerenberatung aufzusuchen und Kontakt zu knüpfen.

EI-I-64 **Interviewerin:** Ich merke immer wieder, dass der Begriff Schwangerenberatungsstelle irreführend zu sein scheint, da er scheinbar suggeriert, dass die dortigen Angebote ausschließlich auf das Thema Schwangerschaft ausgerichtet sein würden. Jedoch sind die Angebote von Schwangerenberatungsstellen bedeutend vielfältiger. So gibt es auch dort z.B. spezielle sexualpädagogische Weiterbildungsmodule und Beratung zu Verhütung ganz allgemein, Partnerschaft, Hygiene, sexuell übertragbaren Krankheiten etc., die mitunter auch in leichter Sprache möglich sind.

EI-I-65 **EinrichtungsleiterIn:** (Erstaunt) Ach so! Das war mir nicht klar.

EI-I-66 **Interviewerin:** Kennen Sie denn hier in in der Nähe eine oder mehrere Schwangerenberatungsstellen?

EI-I-67 **EinrichtungsleiterIn:** Ich weiß von einer hier in der Stadt. Ansonsten wüsste ich jetzt von keiner weiteren hier in der Nähe. (Überlegt. Kurzes Schweigen)

EI-I-68 Da fällt mir eine Geschichte hier aus dem Wohnheim ein, die erzähle ich Ihnen einfach mal. Vor etwa eineinhalb Jahren ist hier ein neuer Klient eingezogen und hat sich gleich in eine andere Klientin verliebt. Die beiden haben sich ineinander verguckt und es war Liebe auf den ersten Blick. Dann wollten die beiden gern zusammen ziehen, aber die Schwester der Klientin fand das ganz unmöglich, sagte "Auf keinen Fall!". Trotzdem die beiden hier in unterschiedlichen Wohnbereichen in zwei Häusern wohnen, besuchen sie sich jeden Tag und hocken zusammen. Wir haben dann auch mit den beiden das Thema Verhütung besprochen. Zwar sind die beiden schon etwas älter, so dass auch Wechseljahre schon bisschen eine Rolle spielen, aber wahrscheinlich wäre eine Schwangerschaft noch möglich. Das machen dann die Mitarbeiter. Unsere Bewohnerinnen gehen wirklich ganz regelmäßig zum Frauenarzt...nicht unbedingt, weil wir da...(überlegt) wie man das vielleicht mit jungen Frauen macht, die da regelmäßig auch hingehen, sondern einfach zur Krebsvorsorge und so weiter. In dem Rahmen wurde dann auch das Thema Verhütung angesprochen und geschaut, was sinnvoll ist.

EI-I-69 Oder es gab auch ein anderes Pärchen, die von selbst zu uns gekommen sind und die wir auch gefragt haben, ob es Geschlechtsverkehr gibt. Wir haben dann versucht in einfacher Sprache zu klären, wie und ob es denn wirklich so ist. Das haben sie bejaht. Und wir haben dann gesagt: "Da müssen wir mal schauen, wenn da jetzt kein Baby heraus kommen soll, dann wäre es günstig zu verhüten.". Das hat dann auch eine Frauenärztin ganz vernünftig gemacht und dann war das in Ordnung. Also das wird dann in der konkreten Situation unbedingt mit dem Paar besprochen.

EI-I-70 Natürlich könnte es auch durchaus passieren, dass mal jemand sagt "Ich will gar nicht verhüten. Ich möchte ja ein Kind!". Vor dem Fall standen wir noch nicht. Ich kann jetzt gar nicht sagen, was wir dann machen, wie wir dann beraten würden. Ich glaube, dass die Mitarbeiter wahrscheinlich im ersten Moment damit überfordert wären. Wir müssten dann mit dem Paar gemeinsam schauen was möglich wäre, wie Lebensperspektiven aussehen könnten, denn es ist ja nicht per se so, dass Menschen mit geistigen Behinderungen davon ausgeschlossen sind. Es wäre dann zu klären, welche Hilfen es bräuchte, welche Beratung etc..

EI-I-71 **Interviewerin:** Vielen Dank für diesen interessanten Einblick. Dann möchte ich jetzt zum letzten Themenkomplex kommen. Wo, denken Sie, gibt es seitens Ihrer Einrichtung noch Möglichkeiten und Ressourcen, um Ihre Bewohnerinnen im Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen zu unterstützen?

EI-I-72 **EinrichtungsleiterIn:** Wenn ich jetzt höre, dass eine Schwangerenberatungsstelle auch zum Thema Partnerschaft berät z.B. bei einer Krise zwischen einem Paar und die Mitarbeiter dort auch die Möglichkeit haben, das auch in einfacher Sprache mitzuteilen, könnte ich mir vorstellen, dass so was auch genutzt werden kann. Ich kann mir vorstellen, dann auch gezielt Kontakt aufzunehmen, mal jemanden einzuladen, zu schauen, was sie da anbieten können. Denn es ist natürlich Voraussetzung für unsere Klienten, dass die Mitarbeiter dort die Inhalte in einfacher Sprache vermitteln können.

EI-I-73 Wir erleben es nämlich immer wieder, dass, wenn unsere Klienten irgendwohin gehen z.B. zu Fortbildungen oder eingeladen sind, um ihre Meinung zu sagen, dann ist es natürlich ganz wichtig, dass sie die Fragen verstehen, wissen worum es geht. Aber wenn dort Leute sitzen, die einfach erzählen, wie sie es immer gewohnt sind, dann machen unsere Klienten natürlich auch ganz schnell dicht, sind mit der Situation überfordert und erzählen dann natürlich auch nichts und würden dort nie wieder hin gehen. Das ist wie, als wenn ich in ein Büro gehe und alle Menschen dort sprechen in einer Sprache, die ich nicht verstehe, dann brauche ich dort auch nicht wieder hin gehen, weil ich mich nicht verstanden fühle und das ist wichtig. Das muss eine Voraussetzung sein, damit unsere Klienten mitkommen. Das ist für mich ein Stück Barrierefreiheit.

EI-I-74 Ich kann mir gut vorstellen, so etwas zu nutzen. Auch zum Thema Verhütung! Warum sollen wir das erklären, vielleicht auch Mitarbeiter, die sich damit etwas schwerer tun? Wenn sie dort in der Lage sind gut zu beraten, warum nicht! Das sind ja dann auch Berater, die wirklich unabhängig beraten können und mit den Klienten "für und widerabklären. Dadurch haben die Bewohner ein Maximum an Wahlfreiheit, ohne dass wir dann vielleicht z.B. beim Thema Verhütung in eine Richtung forcieren "Na, mach das mal so und so!".

EI-I-75 Außerdem könnten wir unseren Klienten da auch mehr anbieten z.B. Fortbildungen oder sexualpädagogische Aufklärung, so, wie es auch bei Kindern bereits im Grundschulunterricht üblich ist. Dort könnten sie Fragen stellen und sich alles auf

Bildern etc. anschauen. So stelle ich es mir auch für unsere Klienten vor, denn ich denke, dass die Meisten von ihnen in Bezug auf Sexualität einfach total unaufgeklärt sind. Sie wissen z.B. gar nicht, wie ein Geschlechtsakt funktioniert oder ein Mann durchaus auch mit einem Mann oder eine Frau mit einer Frau zusammen sein darf, ohne dass das was Schlimmes ist. Da müssen wir als Einrichtung einfach mehr ran und haben noch ganz schön Nachholbedarf.

El-I-76 **Interviewerin:** Ich danke Ihnen sehr für Ihre Einblicke in Ihre Erfahrungen! Abschließend haben Sie noch die Möglichkeit, mich noch etwas zu fragen oder Ihrerseits etwas zu ergänzen, wenn Sie mir noch etwas mitteilen wollen!?

El-I-77 **EinrichtungsleiterIn:** Ad hoc fällt mir nichts ein.

El-I-78 **Interviewerin:** Dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen für die Zeit, die Sie sich genommen haben, Ihr Interesse und Ihre Unterstützung bei meiner Masterarbeit!

### **A.3.2 Interview EI-II**

El-II-1 **Interviewerin:** Ich begrüße Sie ganz herzlich und möchte mich für Ihre Bereitschaft und Zeit bedanken, dieses Interview mit mir zu führen. Gerne möchte ich Sie vorab darum bitten, mir rechtzeitig zu signalisieren, wenn ihr zeitlicher Rahmen erschöpft sein sollte, da ich selbst in keine zeitliche Bedrängnis geraten werde.

El-II-2 In den Informationen zu meinem Forschungsprojekt, die ich Ihnen bereits erläutert und schriftlich vorgelegt habe, haben Sie den Hintergrund und das Anliegen zu diesem Interview erfahren.

El-II-3 Mein Name ist Kathrin Ballenthin. Ich bin Studentin der „Angewandten Sexualwissenschaften“ an der HS Merseburg und führe dieses Interview im Rahmen meiner Masterarbeit.

El-II-4 In unserem Gespräch geht es mir darum, Ihre professionellen Erfahrungen, sowie die Einstellung und das Handeln Ihrer Einrichtung im Allgemeinen auf die Thematik zu erfahren.

El-II-5 Ich weise Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass Sie jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview zu unter- oder abubrechen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anonymisiert.

El-II-6 Bevor ich Ihnen einige Fragen stelle, bitte ich Sie, mir erst einmal zu erzählen wie in Ihrer Einrichtung durch die Kolleginnen und Kollegen auf die Wünsche Ihrer Klientinnen nach Sexualität eingegangen wird. Gehen Sie dabei auf alles ein, was Ihnen in diesem Zusammenhang einfällt.

El-II-7 **EinrichtungsleiterIn:** Das ist in unserem Unternehmen ein Thema für die Sozialarbeiter im Zusammenhang mit den gesetzlichen Betreuern. Wir unternehmen

da eine ganze Menge, vorwiegend in der Vorbeugung einer Schwangerschaft. Dabei nutzen wir auch Einrichtungen, die zu uns kommen und dann Sexuaufklärung machen.

El-II-8 **Interviewerin:** Hier möchte ich gerne etwas genauer nachfragen. Wie würden Sie denn die Haltung Ihrer Einrichtung und Ihrer MitarbeiterInnen zur Sexualität Ihrer Klientinnen insgesamt beschreiben?

El-II-9 **EinrichtungsleiterIn:** Wir leben hier unter dem Motto "Selbstbestimmt leben". Auch ein Mensch mit Behinderung hat ein Anrecht darauf für sich zu entscheiden "Möchte ich ein Kind haben oder möchte ich kein Kind haben?", zu verhüten oder nicht zu verhüten. Wir zwingen hier niemanden. Wir machen hier als einzigstes Aufklärungsgespräche und entweder geht der Mensch mit Behinderung darauf ein oder er sagt "Nein, ich habe hier einen starken Kinderwunsch und ich möchte das!". Das akzeptieren wir!

El-II-10 **Interviewerin:** Inwieweit wird in Ihrer Einrichtung mit einem sexualpädagogisches Konzept gearbeitet?

El-II-11 **EinrichtungsleiterIn:** In unserer Einrichtung gibt es kein sexualpädagogisches Konzept, denn jeder Fall ist individuell.

El-II-12 Wenn eine Frau schwanger geworden ist, zeigt sie uns dies zum ersten Mal an. Wir geben ihr Unterstützung, sagen ihr, wo sie hingehen muss, unterstützen sie auch, wenn sie nicht alleine zur Untersuchung möchte und sobald sie dann den Mutterpass hat, besteht auch seit 01.01.2018 die Möglichkeit für Menschen mit Behinderung sofort ihre Arbeit zu unterbrechen und in den Schutz der Häuslichkeit zu gehen. Das heißt, die Frauen müssen dann nicht mehr arbeiten, genau wie nicht behinderte Menschen, sondern sie können frei entscheiden "Möchte ich weiter arbeiten oder möchte ich mich schützen und bleibe mit Feststellung der Schwangerschaft zu Hause?". Das ist neu. Bisher konnten das behinderte Menschen nicht. Sie haben quasi gearbeitet oder waren krank geschrieben oder sind dann von sich aus nicht mehr gekommen. Jetzt haben sie die Möglichkeit mit Feststellung der Schwangerschaft zu sagen "Ich nehme diesen Schutz für mich in Anspruch und bleibe jetzt schon der Arbeit fern."

El-II-13 **Interviewerin:** Woher wissen Ihre Klientinnen denn von diesem Recht?

El-II-14 **EinrichtungsleiterIn:** Das wurde an die Klientinnen so kommuniziert. Wir haben hier einen stark arbeitenden Werkstattrat. Das ist so was wie der Betriebsrat für Menschen mit Behinderungen. Solche neuen Themen besprechen wir immer im Werkstattrat und die Mitglieder tragen dann die Informationen an diejenigen weiter, mit denen sie zusammen arbeiten.

El-II-15 Wenn wir wissen, dass jemand schwanger ist, haben gleich die Sozialarbeiter, nachdem die Gesetzesänderung in Kraft getreten ist, das Gespräch geführt und wir

haben darauf aufmerksam gemacht, dass man sich auswählen kann, ob man gleich zu Hause bleiben oder noch ein bisschen arbeiten möchte.

El-II-16 **Interviewerin:** Welche Bedeutung hat für Ihre Einrichtung die sexuelle Bildung und Weiterbildung, sowohl die Ihrer geistig beeinträchtigten Klientinnen, als auch die Ihrer MitarbeiterInnen?

El-II-17 **EinrichtungsleiterIn:** Unsere Mitarbeiter, gerade im Wohnbereich, sind natürlich auch für die sexuelle Aufklärung da. Dazu bekommen die Mitarbeiter die Gelegenheit an Weiterbildungsmaßnahmen teil zu nehmen, damit sie auch die richtigen Worte finden und sicher sein können, dass das, was sie sagen bei den Menschen mit Behinderungen auch ankommt, denn jeder ist ein Individuum für sich und der Eine versteht es schneller, wie der Andere. Das muss alles berücksichtigt werden und die Ruhe findet man im Wohnbereich, wenn gerade die Werkstattbeschäftigten dann in ihrer Häuslichkeit in unseren Wohneinrichtungen sind.

El-II-18 Und für die Anderen, die nicht in unseren Wohneinrichtungen leben, sind deren gesetzliche Betreuer, meist sind es noch Mutti oder Vati oder von Gericht bestellte Betreuer, zuständig. Aber sie gehen mit dem Thema auch sehr offen um.

El-II-19 **Interviewerin:** Habe ich Sie richtig verstanden, dass sich Ihre MitarbeiterInnen mit den Themen Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung individuell fallbezogen beschäftigen, wenn es bei der oder dem Klienten konkret dran zu sein scheint?

El-II-20 **EinrichtungsleiterIn:** Ja, so ist es!

El-II-21 **Interviewerin:** Inwieweit haben denn auch Ihre Klientinnen seitens der Einrichtung Zugang zu Bildungsangeboten zu Themen rund um Sexualität?

El-II-22 **EinrichtungsleiterIn:** Solche Angebote gibt es auch. In dem Fall gibt es ebenfalls Seminare, Weiterbildungen. Das wird alles im Werkstattrat besprochen und dann haben auch unsere Klienten die Möglichkeit an so einem Seminar teil zu nehmen.

El-II-23 **Interviewerin:** Wer sind in Ihrer Einrichtung die internen Ansprechpartner bei Fragen und Themen rund um Sexualität?

El-II-24 **EinrichtungsleiterIn:** Der Ansprechpartner hier in der Werkstatt ist immer der Sozialarbeiter. Wenn ein Klient einen sehr festen Kontakt zu seinem Gruppenleiter hat, ist es der Gruppenleiter.

El-II-25 Unsere Klienten sind immer bemüht sich anzuvertrauen. Trotzdem müssen wir als Einrichtung auch feste Regeln haben, weil ja nicht jeder hier der Ansprechpartner sein kann. Es geht schließlich um intime Sachen, die dann auch intim bleiben sollten und nicht überall ausgesprochen werden müssen. Deshalb wissen unsere Klienten, entweder sie wenden sich an den Gruppenleiter bzw. die Gruppenleiterin oder, wenn es dort Fragen und Probleme gibt, an den Sozialarbeiter.

- El-II-26 **Interviewerin:** Mit welchen externen Trägern und Ansprechpartnern kooperiert Ihre Einrichtung zu Fragen und Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung?
- El-II-27 **EinrichtungsleiterIn:** Vorwiegend mit dem Landes- und Bundesverband unseres Trägers , sowie einem Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege.
- El-II-28 **Interviewerin:** Würden Sie mir ein bisschen darüber erzählen, wie ich mir die Kooperationen vorstellen kann?
- El-II-29 **EinrichtungsleiterIn:** Indem wir von diesen Stellen Bildungsangebote bekommen. Da gibt es einen Weiterbildungskatalog und daraus suchen wir uns Themen heraus, die interessant sind. Das macht bei uns auch der Werkstatttrat. Die schauen für sich, was interessant ist und entscheiden. Wie gesagt: "Selbstbestimmt leben".
- El-II-30 **Interviewerin:** Inwiefern haben Sie als Einrichtung Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen?
- El-II-31 **EinrichtungsleiterIn:** Für den Einzelnen besteht die Möglichkeit zu Kontakt, aber wir als Einrichtung haben gar keine Kontakte, denn dafür sind wir nicht zuständig. Das ist immer der gesetzliche Betreuer.
- El-II-32 **Interviewerin:** Angenommen eine Frau aus Ihrer Einrichtung ist schwanger und hat dazu ganz viele Fragen, an wen könnte sich die Frau dann hier wenden?
- El-II-33 **EinrichtungsleiterIn:** Wenn die Frau nicht bei uns wohnt, dann wäre ihr erster Ansprechpartner ihr Betreuer.
- El-II-34 Wenn sie bei uns wohnt, dann eine Gruppenkraft bzw. hier in der Werkstatt der Sozialarbeiter. Die sind alle zuständig. Und wenn jemand in unserem Wohnbereich schwanger wird, gehen selbstverständlich unsere Mitarbeiter auch mit in die Schwangerenberatung, wenn es gewünscht ist.
- El-II-35 **Interviewerin:** Wer knüpft bei solch einem Anlass oder auch in anderen Fällen, den ersten Kontakt zu einer Schwangerenberatungsstelle?
- El-II-36 **EinrichtungsleiterIn:** Meist machen das die Frauen nicht alleine. Da brauchen sie schon unsere Hilfe.
- El-II-37 **Interviewerin:** Woher wissen die Frauen, dass es Schwangerenberatungsstellen gibt?
- El-II-38 **EinrichtungsleiterIn:** Das kommunizieren wir im ersten Gespräch, wenn uns eine Frau sagt, dass sie wahrscheinlich schwanger ist. Sobald wir das dann genau wissen, klären wir darüber auf, welche Mittel und Wege es gibt, wo man sich hinwenden kann.
- El-II-39 Wir haben halt nicht direkt mit den Schwangerenberatungsstellen zu tun, sondern immer der oder die Betreffende.



- EI-II-40 Wohnt sie bei uns, dann geht ein Mitarbeiter mit, wenn es gewünscht wird. Ansonsten der Betreuer, wenn es gewünscht wird. Viele gehen auch alleine hin.
- EI-II-41 **Interviewerin:** Wo, denken Sie, gibt es seitens Ihrer Einrichtung noch Möglichkeiten und Ressourcen, um Ihre Bewohnerinnen im Zugang zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen zu unterstützen?
- EI-II-42 **EinrichtungsleiterIn:** Als eine Ressource könnte ich mir vorstellen, alle Schwangerenberatungsstellen, die es hier gibt, aufzulisten und das auslegen. Da müssen wir aber gucken, nicht das es so aussieht "Nun macht mal! Dann könnt ihr es auch nutzen.". Da muss man immer ein bisschen vorsichtig sein.
- EI-II-43 Wir gehen mit dem Thema sehr sensibel um, denn wir wissen darum, dass leider in den wenigsten Fällen die Kinder dann auch behalten werden können. Deshalb versuchen wir vorher aufzuklären und helfen natürlich da, wo wir helfen können. Das ist uns sehr sehr wichtig!
- EI-II-44 Wir haben uns auch einmal mit dem Gedanken beschäftigt, eine Einrichtung für die Mütter und ihre Kinder aufzubauen. Da hatten wir gerade einen brennenden Fall. Eine Beschäftigte in der Werkstatt war schwanger. Das war eine sehr spannende Zeit. Das Ganze ist dann leider gescheitert, weil eine Rund-um-Betreuung für die Mutter nicht sicher gestellt werden konnte. Die Kinder sind nach der Geburt dann woanders hin gekommen.
- EI-II-45 Unser Ziel ist es immer, dass die Kinder so lange, wie möglich bei den Eltern bleiben. Wir unterstützen da, wo wir können, aber uns sind halt auch die Hände gebunden. Das Jugendamt ist da sehr offen und schaut auch nach und wenn sie feststellen, eine Betreuung kann nicht abgesichert werden, dann muss man immer zum Kindeswohl entscheiden und diese Entscheidung trifft die Eltern leider dann immer sehr hart. Für eine schwangere Frau besteht bei uns nicht die Möglichkeit ihr Kind mit in den Wohnbereich zu nehmen.
- EI-II-46 Wir hatten damals ganz tolle Ideen, wollten alles tun und die Eltern darin unterstützen, dass ihr Kind ganz normal aufwachsen kann, ohne dass es eine spätere Behinderung erleiden muss, dadurch, dass die Eltern selbst nicht in der Lage sind ihm Rechnen, Lesen, Schreiben beizubringen. Das war unser Ziel!
- EI-II-47 **Interviewerin:** Inwieweit können Sie sich vorstellen, dass bei einem solchen Projekt auch Schwangerenberatungsstellen unterstützen könnten?
- EI-II-48 **EinrichtungsleiterIn:** Wir hatten sogar in diesem Haus eine Schwangerenberatungsstelle mit geplant. Wir konnten uns das so vorstellen, dass, selbst wenn das Kind dann da war, der Mitarbeiter in der Beratungsstelle trotzdem den Weg zur Mutter sucht und schaut, dass alles in Ordnung ist.
- EI-II-49 **Interviewerin:** Wie kam es, dass für Sie eine Schwangerenberatungsstelle im Rahmen dieses Projekts von Bedeutung wurde?

- EI-II-50 **EinrichtungsleiterIn:** Das gehört nun mal dazu, wenn ich schwanger bin, brauche ich auch eine Schwangerenberatungsstelle. Die braucht jeder, auch ein Mensch mit Behinderung. Wir wollten kurze Wege haben, alles in einem Haus vorhalten. Die Idee war ganz toll und ich bedauere sehr, dass es nicht zum Tragen gekommen ist.
- EI-II-51 **Interviewerin:** Das spüre ich, dass Ihnen an diesem Projekt viel gelegen hat und sie dies noch sehr beschäftigt.
- EI-II-52 **EinrichtungsleiterIn:** Ja, denn es tut weh zu sehen, dass die Kinder so weit weg kommen und die Mütter sparen das ganze Jahr, um einmal zum Kind fahren zu können und es zu sehen und sind dann so enttäuscht, dass ihr Kind nicht mehr diese Beziehung hat und oft nicht weiß "Wer ist denn das eigentlich?".
- EI-II-53 **Interviewerin:** Ich möchte gerne noch einmal zurück auf die Schwangerenberatungsstellen kommen. Die Angebote von Schwangerenberatungsstellen sind ja bedeutend vielfältiger, als die Beratung ausschließlich schwangerer Frauen. So gibt es dort oftmals auch spezielle sexualpädagogische Weiterbildungsangebote und Beratung zu Verhütung ganz allgemein, Partnerschaft, sexuell übertragbaren Krankheiten und wie man sich davor schützen kann, Hygiene, die mitunter auch in leichter Sprache möglich sind. Können Sie sich vorstellen als Einrichtung diese Angebote zu nutzen unabhängig von einer Schwangerschaft?
- EI-II-54 **EinrichtungsleiterIn:** Ja, das könnte ich mir gut vorstellen. Werden wir sicherlich auch nutzen. (lacht)
- EI-II-55 **Interviewerin:** Wie würden Sie an die Beratungsstellen heran treten?
- EI-II-56 **EinrichtungsleiterIn:** Erst einmal muss der Mensch mit Behinderung das auch wollen. Wenn der Wille da ist, würden das die Sozialarbeiter machen und den Kontakt knüpfen.
- EI-II-57 Meistens haben wir immer zwei, die zur gleichen Zeit schwanger sind und dann könnte man noch paar Pärchen dazu nehmen und dann die Aufklärungsgespräche führen. Selbst wenn es schon zu spät ist, kann man sich für's nächste Mal auch ein bisschen Aufklärung anhören.
- EI-II-58 **Interviewerin:** Ich danke Ihnen für Ihre Einblicke, die Sie mir mit ihren Erzählungen aus dem Alltag Ihrer Einrichtung gewährt haben. Dann haben Sie jetzt noch die Gelegenheit mich noch etwas zu fragen oder vielleicht ist Ihnen noch etwas eingefallen, dass Sie gerne ergänzen möchten!?
- EI-II-59 **EinrichtungsleiterIn:** Mir fällt momentan nichts ein. Ich fand es sehr angenehm und es ist ein sehr sehr wichtiges Thema und ich finde es schön, dass Sie sich damit beschäftigen, denn da kommt was Gutes bei raus.(lacht)
- EI-II-60 **Interviewerin:** Dankeschön! Da bleibt mir nur noch auch Ihnen aufrichtig "Dankeschön" sagen, dafür, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen ha-

ben, für die zahlreichen Einblicke und mich damit bei meiner Masterarbeit unterstützen.

### **A.3.3 Interview EI-III**

EI-III-1 **Interviewerin:** Ich begrüße Sie ganz herzlich und möchte mich für Ihre Bereitschaft und Zeit bedanken, dieses Interview mit mir zu führen. Gerne möchte ich Sie vorab darum bitten, mir rechtzeitig zu signalisieren, wenn ihr zeitlicher Rahmen erschöpft sein sollte, da ich selbst in keine zeitliche Bedrängnis geraten werde.

EI-III-2 In den Informationen zu meinem Forschungsprojekt, die ich Ihnen bereits erläutert und schriftlich vorgelegt habe, haben Sie den Hintergrund und das Anliegen zu diesem Interview erfahren.

EI-III-3 Mein Name ist Kathrin Ballenthin. Ich bin Studentin der „Angewandten Sexualwissenschaften“n der HS Merseburg und führe dieses Interview im Rahmen meiner Masterarbeit.

EI-III-4 In unserem Gespräch geht es mir darum, Ihre professionellen Erfahrungen, sowie die Einstellung und das Handeln Ihrer Einrichtung im Allgemeinen auf die Thematik zu erfahren.

EI-III-5 Ich weise Sie an dieser Stelle noch einmal darauf hin, dass Sie jederzeit die Möglichkeit haben, das Interview zu unter- oder abubrechen. Die Auswertung der Interviews erfolgt anonymisiert.

EI-III-6 Bevor ich Ihnen einige Fragen stelle, bitte ich Sie, mir erst einmal zu erzählen wie in Ihrer Einrichtung durch die Kolleginnen und Kollegen auf die Wünsche Ihrer Klientinnen nach Sexualität eingegangen wird. Gehen Sie dabei auf alles ein, was Ihnen in diesem Zusammenhang einfällt.

EI-III-7 **EinrichtungsleiterIn:** Das ist ein schwieriges Thema und da müssen wir ein bisschen zurück gehen. Die Bewohnerinnen haben früher in einem anderen Haus unserer Einrichtung gewohnt. Dort lebten nur Frauen. Männer waren tabu, so dass da auch keine Freundschaften oder so vorher entstanden waren. Das hat sich erst nach der Wende ein bisschen gelockert, als es dann auch Discos gab, wo die Frauen hingehen konnten. So haben die Bewohnerinnen ihre ersten Freunde kennen gelernt. Mit dem Umzug in dieses Haus vor vielen Jahren sind auch die ersten Männer mit eingezogen.

EI-III-8 Das Alter unserer Bewohnerinnen ist, denke ich, schon mal so ein bisschen über diese Zeit hinaus, so dass sie diese Bedürfnisse so nicht mehr haben. Die jüngeren Bewohnerinnen ja und die haben auch einen Freund.

EI-III-9 Wenn sie Fragen haben zu diesem Thema, stehen wir ihnen bereit. Wenn sie Hilfe benötigen würden wie z.B. von Fachleuten, würden wir schauen, wie wir für sie

Gesprächspartner zu ihrem Thema organisieren könnten. Aber ansonsten ist Sexualität nicht so ein vorrangiges Thema. Da ist die Ursache aber, denke ich, diese Entwicklung. Jede Frau wurde damals auch von nur einer Frau (ohne Beeinträchtigung, Anmerkung) betreut. Später wurde das natürlich mit mehr Personal und Fachkräften aufgestockt.

EI-III-10 Ich denke, so richtig interessant wurde es wirklich erst nach der Wende, als die Bewohnerinnen auch in die Werkstätten gegangen sind. Dort boten sich neue Möglichkeiten für Freundschaften. Das waren aber die wenigsten Frauen.

EI-III-11 **Interviewerin:** Inwiefern leben die Frauen von damals noch heute hier?

EI-III-12 **EinrichtungsleiterIn:** Sie leben noch immer hier. Unsere älteste Bewohnerin ist mittlerweile schon 73 und die Bewohnerin, welche am längsten hier lebt, wohnt über 45 Jahre hier. Sie z.B. hatte einen Freund. Das hatte sich auf einer kirchlichen Urlaubsfahrt entwickelt. Der Freund wohnte in einer anderen Stadt auch in einer Einrichtung und die beiden haben sich hin und wieder besucht. Aber inwieweit auch Sexualität eine Rolle spielte, das war nicht so. Mal küssen, mal drücken, in den Arm nehmen. Aber ich glaube für die beiden war das eher so ein Statussymbol "Ich habe jetzt einen Freund!". Das gehörte so zum Leben dazu, ist ja ganz normal, auch verloben. Das ging dann ganz schnell. Aber was es eigentlich heißt und mit sich bringen könnte z.B. eine Hochzeit, zusammen ziehen und so, war immer ein Thema, das sie nicht wollten. Mal sich sehen, sich besuchen, mal zusammen in den Urlaub fahren, das war auch schön, aber wenn wir dann fragten "Wie stellt ihr euch denn die Zukunft mal vor? Möchtet ihr mal zusammen ziehen, zusammen wohnen?", war es nicht das, was sie wollten. Das war nicht ihr Ziel ihrer Beziehung.

EI-III-13 **Interviewerin:** Wie haben sie das denn deutlich gemacht?

EI-III-14 **EinrichtungsleiterIn:** Sie haben das abgeblockt und so gesagt.

EI-III-15 Wir haben auch andere Klientinnen gehabt. Eine war zu ihrem Freund gezogen, was dann nachher in die Brüche ging, weil diese Nähe zu viel war. Und eine Andere wohnt immer noch mit ihrem Freund zusammen. Auch das gibt's! Aber bei den älteren Bewohnerinnen war das so kein Thema.

EI-III-16 **Interviewerin:** Inwieweit besteht innerhalb der Einrichtung die Möglichkeit zusammen zu ziehen?

EI-III-17 **EinrichtungsleiterIn:** Wir haben hier ein Pärchen, aber da hat jeder sein Zimmer. Die können sich jederzeit besuchen. Sie könnten auch eine Möglichkeit finden eine Nacht zusammen zu verbringen, wenn sie das möchten. Das wäre überhaupt kein Thema. Dem stehen wir schon offen gegenüber.

EI-III-18 Aber das ist, glaube ich, auch nicht das, was sie wollen. Ich glaube, da braucht jeder auch seinen Freiraum. Das ist ganz gut. Man darf nicht vergessen, sie sehen sich ja auch immerzu. Wenn das dann auch noch in einem Zimmer wäre, wo keiner

die Möglichkeit hätte auszuweichen, sein Privates zu schützen, glaube ich nicht, dass das so gut gehen würde. Da ist z.B. auch die Partnerin sehr dominant. Das ist schon gut so, wie es gerade ist.

EI-III-19 **Interviewerin:** Mich interessiert, wie Sie die Haltung Ihrer Einrichtung und Ihrer MitarbeiterInnen zur Sexualität Ihrer Klientinnen insgesamt beschreiben würden?

EI-III-20 **EinrichtungsleiterIn:** Offen! Wir versuchen mit Ihnen ins Gespräch zu kommen, auch wenn jemand einen neuen Partner hat und sie Zeit miteinander verbringen wollen. Da schauen wir, dass wir das ermöglichen können. Wir bieten Gespräche an, aber nur, wenn sie die möchten. Das ist auch ein Thema, wo nicht jeder für offen ist und da bestehen schon Hemmschwellen. Aber wir sind offen und stehen dem offen gegenüber.

EI-III-21 **Interviewerin:** Gibt es in ihrer Einrichtung ein sexualpädagogisches Konzept?

EI-III-22 **EinrichtungsleiterIn:** Nein!

EI-III-23 **Interviewerin:** Inwieweit haben sie schon davon gehört?

EI-III-24 **EinrichtungsleiterIn:** Wenn ich ehrlich bin, habe ich davon noch nichts gehört. Ich weiß, dass es wohl jemanden in der Nähe gibt, der so Paartherapien, sage ich mal, für geistig behinderte anbietet und das das dort auch ein Thema ist, aber ich bin da noch nicht so richtig dahinter gestiegen und als wir damals dachten, dass Bedarf da wäre, hatte sich das dann auch wieder ganz schnell erledigt, ging die Beziehung wieder ganz schnell auseinander.

EI-III-25 **Interviewerin:** Ich habe nicht ganz verstanden, wie Sie das meinen, dass die Beziehung ganz schnell auseinander ging?

EI-III-26 **EinrichtungsleiterIn:** Das war eine Beziehung zwischen einer Bewohnerin aus unserer Einrichtung und einem Bewohner aus einem anderen Wohnheim. Das hat aber so nicht funktioniert.

EI-III-27 **Interviewerin:** Inwiefern sind sie dadurch auf die Idee eines sexualpädagogischen Konzepts gekommen?

EI-III-28 **EinrichtungsleiterIn:** Na, eher nach jemanden, der sich mit dem Thema auskennt, besonders bei geistig behinderten Menschen. Der mit ihnen auf dieses Thema eingehen kann. Wir schauen auch immer, dass wir viel von Außen holen, weil ich denke, dass sie vielleicht da auch offener miteinander reden können oder nehmen es anders wahr, wenn ein anderer Gesprächspartner ihnen gegenüber sitzt, als wir.

EI-III-29 **Interviewerin:** Welche Bedeutung hat für Ihre Einrichtung die sexuelle Bildung und Weiterbildung, sowohl die Ihrer geistig beeinträchtigten Klientinnen, als auch die Ihrer MitarbeiterInnen?

EI-III-30 **EinrichtungsleiterIn:** Es gab mal eine Weiterbildung. Das ist aber schon ein paar Jahre her.

- EI-III-31 Ja, Weiterbildungen für geistig behinderte Menschen ist immer sehr schwierig. Ich wüsste jetzt auch nicht, dass ich mal irgendwann einen Flyer in der Hand gehabt hätte und es direkt für unsere Bewohnerinnen gewesen wäre. Aber wir wissen ja nicht immer über alles Bescheid.
- EI-III-32 Und ich denke, dadurch, dass wir eine kleinere Einrichtung sind, haben wir hier auch anderes Personal. Vielleicht ist es nochmal in großen Einrichtungen bisschen anders, die dann auch Sozialarbeiter haben und da auch anders auf diese Themen eingehen könnten und sich vielleicht auf eine Weiterbildung mit den Bewohnern vorbereiten könnten.
- EI-III-33 Also für die Mitarbeiter gab's mal eine, aber das ist auch schon eine Weile her.
- EI-III-34 **Interviewerin:** Welche Infomaterialien, wie z.B. Bücher, Broschüren etc. zum Thema Sexualität gibt es in Ihrer Einrichtung?
- EI-III-35 **EinrichtungsleiterIn:** Für uns Mitarbeiter, ja! Für die Bewohner haben wir ein Buch "Wo die Babys herkommen", in einfacher Sprache auch. Kindgerecht eigentlich. Was anderes gibt's ja nicht dazwischen. Es gibt nur das oder das.
- EI-III-36 **Interviewerin:** Inwieweit haben Ihre Klientinnen die Möglichkeit sich selbstständig im Internet zu den Themen rund um Sexualität und Partnerschaft zu informieren?
- EI-III-37 **EinrichtungsleiterIn:** Nein, die Möglichkeit haben sie nicht. Das dort ist unser einziges (deutet auf den Computer im Zimmer). Selbst für alle Mitarbeiter ist das die Einzige. (kurzes Schweigen)
- EI-III-38 Doch, ein Bewohner geht ins Internet. Das ist sein privater Anschluss. Eine Bewohnerin haben wir mit einem Handy. Ich denke, sie kann auch ins Internet. Aber ganz so tief geht man da auch nicht rein, über was sie sich da informiert.
- EI-III-39 Wie gesagt, die zwei, vielleicht drei oder vier würde das interessieren, für die Anderen wäre es nicht das, wo sie sich informieren würden.
- EI-III-40 **Interviewerin:** Und wie ist das mit Flyern und Broschüren?
- EI-III-41 **EinrichtungsleiterIn:** Also unser Träger veröffentlicht ja regelmäßig irgendetwas in einfacher Sprache. Das, was es gibt und aktuell ist, hängt dann immer aus. Da können sie sich informieren, aber lesen können die Wenigsten. Sie sehen, dass da was hängt. Bei Interesse liest ihnen das auch jemand vor.
- EI-III-42 Wir sagen ihnen, dass es da unterschiedliche Sachen gibt, wie gerade jetzt ein neues Bundesteilhabegesetz. Dann erscheint das ja auch in einfacher Sprache. Oder Protokolle, wenn sich die Heimbeiräte treffen. Das sind dann die Möglichkeiten, wo sie sich informieren können.

- EI-III-43 **Interviewerin:** Mit welchen externen Trägern und Ansprechpartnern kooperiert Ihre Einrichtung zu Fragen und Themen rund um Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung?
- EI-III-44 **EinrichtungsleiterIn:** Gibt es so nicht! Nicht in dem Rahmen. Also wenn mal so Wünsche bestehen, sind als erstes natürlich die gesetzlich bestellten Betreuer Ansprechpartner, dann noch die Frauenärztin, aber sonst haben wir da keine Partner.
- EI-III-45 Wenn der Bedarf bestehen würde, würden wir uns Hilfe holen. Gar keine Frage! Auch, wie ich vorhin schon sagte, wenn jemand von Außen für die Bewohner kommt, ist das schöner.
- EI-III-46 **Interviewerin:** Kam denn schon mal jemand von Außen?
- EI-III-47 **EinrichtungsleiterIn:** Nein, bei dem Thema nicht. Aber wir holen uns z.B. für Sport oder Tanz Personal von Außen.
- EI-III-48 **Interviewerin:** Wie werden Sie denn auf diese Angebote und Ansprechpartner aufmerksam?
- EI-III-49 **EinrichtungsleiterIn:** Wir hatten z.B. eine Anfrage von jemanden, der Tanz anbietet und dann fragt man die Bewohnerinnen und Bewohner einfach, wer Interesse daran hat und dann organisieren wir das.
- EI-III-50 **Interviewerin:** Verstehe ich das richtig, dass jemand von Außen mit seinem Angebot an Sie heran getreten ist?
- EI-III-51 **EinrichtungsleiterIn:** Genau! Und so geht das eigentlich mit Allem, egal ob das jetzt Verkehrserziehung ist oder etwas anderes. Meistens kommen dann die Anfragen von Außen, die sich so auf Einrichtungen spezialisiert haben.
- EI-III-52 **Interviewerin:** Sie hatten vorhin eine Weiterbildung für die Mitarbeiter zum Thema Sexualität erwähnt, die schon ein paar Jahre zurück liegen würde. Wie kam das damals zu Stande?
- EI-III-53 **EinrichtungsleiterIn:** Das war auch ein Angebot, welches wir bekommen hatten.
- EI-III-54 Aber wenn sie gezielt ein Thema haben, dann suchen sie sich das im Internet und meistens bekommen sie das Programm dann zugeschickt. Meist ist es aus dem Verbund unseres Trägers. Und dann suchen sie sich das raus, wenn sie denken "Das ist jetzt das, was uns gerade interessiert!".
- EI-III-55 **Interviewerin:** Inwieweit bestehen Kooperationen mit Schwangerenberatungsstellen?
- EI-III-56 **EinrichtungsleiterIn:** Gar nicht!

- EI-III-57 **Interviewerin:** Inwieweit haben Sie schon von den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen gehört?
- EI-III-58 **EinrichtungsleiterIn:** Von Schwangerenberatungsstellen, ja, aber nicht speziell für geistig Behinderte, oder?
- EI-III-59 **Interviewerin:** Grundsätzlich beraten die MitarbeiterInnen von Schwangerenberatungsstellen alle Frauen und Männer und darum eben auch Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen.
- EI-III-60 Ich merke immer wieder, dass der Begriff Schwangerenberatungsstelle irreführend zu sein scheint, weil viele annehmen, dass die dortigen Angebote ausschließlich auf schwangere Frauen ausgerichtet sein würden. Die Angebote sind aber bedeutend vielfältiger. So gibt es dort z.B. spezielle sexualpädagogische Weiterbildungsmodule und Beratung zu Verhütung ganz allgemein, Partnerschaft, Hygiene, sexuell übertragbaren Krankheiten etc., die mitunter auch in leichter Sprache möglich sind. Ebenfalls bieten manche Schwangerenberatungsstellen auch sexualpädagogische Angebote für die MitarbeiterInnen von Einrichtungen an.
- EI-III-61 **EinrichtungsleiterIn:** Dann ist der Name nicht so sehr aussagekräftig, über das, was sie machen.
- EI-III-62 **Interviewerin:** Habe ich Sie richtig verstanden, dass der Kontakt zu einer Schwangerenberatungsstelle noch nie Thema war?
- EI-III-63 **EinrichtungsleiterIn:** Richtig, weil niemand halt schwanger war. Schwanger, also Schwangerenberatungsstelle. Deshalb kam es für uns noch nicht in Frage.
- EI-III-64 **Interviewerin:** Können Sie sich vorstellen die Angebote von Schwangerenberatungsstellen in Anspruch zu nehmen?
- EI-III-65 **EinrichtungsleiterIn:** Wenn ich jetzt weiß, was sie dort alles vermitteln können, würde ich mir das schon vorstellen können.
- EI-III-66 Ich sagte ja vorhin, dass wir auch ein Pärchen haben, wo sie sehr dominant ist und das ist ja etwas, das da auch dazu gehört. Das wäre ja eine Partnerschaftsberatung, wo wir natürlich keine Fachleute sind. Das könnte ich mir schon vorstellen.
- EI-III-67 Oder jemand, die unbedingt einen Kinderwunsch hat: "Was heißt denn das konkret, wenn du ein Kind hast?". Wir oder die Eltern kommen dann einfach nicht bei der Frau an: "Ihr wollt das nur nicht! Ihr gönnt mir das nicht!", Sondern wenn jemand von Außen kommt und ihr sagt: "So einfach ist das nicht mit einem Kind oder immerzu wechselnden Partnern!", ist es immer ein anderes Gespräch. Das wird, wenn wir ihr das nahe bringen wollen, nicht so angenommen.
- EI-III-68 **Interviewerin:** Angenommen eine Frau in Ihrer Einrichtung sagt, dass sie entweder ein Kind möchte oder bereits schwanger ist, welche Unterstützung und Möglichkeiten würde es dann für die schwangere Frau von Seiten der Einrichtung geben?



El-III-69 **EinrichtungsleiterIn:** Bei uns in der Einrichtung weiterhin wohnen zu bleiben, würde hier gar nicht gehen, nicht funktionieren, weil leider gar nicht die Möglichkeit dafür gegeben ist. Ich könnte auch gar nicht sagen, ob es hier in der Stadt überhaupt ein Mutter-Kind-Heim für geistig Behinderte gibt!?

El-III-70 **Interviewerin:** Wo denken Sie denn gibt es seitens Ihrer Einrichtung noch Möglichkeiten und Ressourcen, um Ihre Bewohnerinnen beim Zugang zu Schwangerenberatungsstellen zu unterstützen?

El-III-71 **EinrichtungsleiterIn:** Zunächst einmal, indem ich mich jetzt wirklich mal informiere, was die eigentlich alles anbieten. Ich denke schon, dass wir das in Angriff nehmen könnten und dass wir da für den einen oder anderen z.B. eine Beratung empfehlen würden, was wir eben nicht so können. (Kurzes Schweigen und überlegen) Ja, das ist meine Antwort!

El-III-72 **Interviewerin:** Vielen Dank für Ihre Einblicke! Wenn Sie nun im Rahmen des Interviews noch Fragen an mich haben oder etwas ergänzen möchten, dann möchte ich Ihnen gerne jetzt die Gelegenheit geben?!

El-III-73 **EinrichtungsleiterIn:** Eigentlich nicht! Da sind schon paar Sachen, wie das mit den Schwangerenberatungsstellen, die mir neu sind und auch interessant. Aber ansonsten habe ich keine Fragen.

El-III-74 **Interviewerin:** Dann bedanke ich mich ganz herzlich bei Ihnen für die Zeit, die Sie sich genommen haben, Ihr Interesse und Ihre Unterstützung bei meiner Masterarbeit!

## A.4 Kategoriensystem

1. Haltung zur Sexualität		
Definition	Einstellung und Erfahrungen der Einrichtung/ MitarbeiterInnen/ Angehörigen der Klientinnen/ externen Kooperationspartnern zu sexuellen Wünschen, Bedürfnissen, Lebensweisen der Bewohnerinnen/ Klientinnen	
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aussagen über (konkretes) Verhalten und Reaktionen der o.g. Akteure bei Konfrontation mit Sexualität der Bewohnerinnen</li> <li>- Positionierung der Einrichtung in Bezug auf Sexualität nach Innen und Außen = Selbstbild/ -verständnis</li> <li>- Aussagen über die Bedeutung und zur Präsenz von Sexualität im institutionellen Alltag</li> </ul>	
Zeitliche Dimension		Von..Bis, Vor... Dauer Regelmäßigkeit
Sachdimensionen	Charakter	„positiv“, „negativ“, „neutral“, „egal“
	Subjekt der Aussage	der Mitarbeiter der Bewohner
	Objekt der Aussage	Zur Sex. Der Mitarbeiter zur Sex der Bewohner
	Geltungsbereich	Wohngruppe, Werkstatt, Heim, gesamte Institution
	Inhalt der Aussage	
2. Sexuelle (Weiter-) Bildung		
Definition	Sexualpädagogische Angebote/ Schulungen zur Vermittlung von Informationen und Wissen über Liebe, Sex, Partnerschaft, Verhütung, Schwangerschaft etc.	
Indikatoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aussagen zur Bedeutung sexueller Weiterbildung im institutionellen Rahmen</li> <li>- Aussagen zur Art der Angebote</li> <li>- Zugänge zu den Angeboten</li> <li>- bisherige Erfahrungen</li> <li>- Erwartungen an diese Angebote</li> </ul>	
Zeitliche Dimension		Regelmäßig, bei Bedarf, nie
Sachdimensionen	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Mitarbeiter Bewohner
	Haltung	Positiv negativ ängstlich

		skeptisch offen
	Inhalte	z.B. Themen
	Rahmen	Intern, extern
	Akteure der Handlung	Eigener Träger, andere Vereine, Beratungsstellen
	Charakter	Verbindlich, freiwillig
<b>3. (Wissen über) Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesetze</b>		
Definition	Wissen über geltende sexuelle und reproduktive Gesetze/ Rechte und Art/ Grad von deren Umsetzung in der Einrichtung	
Indikation	- Aussagen über konkrete Gesetze und Kenntnisstand der Gesetzeslage - Aussagen über Art der Umsetzung und der Möglichkeiten Rechte wahrzunehmen (Zugänge)	
Zeitliche Dimension		
Sachdimensionen	Subjekt der Aussage	Leitung, Mitarbeiter, Bewohner, Kooperationspartner,...
	Objekt der Aussage	Leitung, Mitarbeiter, Bewohner,...
	Inhalt der Aussage	Gesetze, Urteile
	Geltungsbereich	In der Werkstatt, Heim, Einrichtung,....
	Zugänge	Durch Veranstaltungen, Vorlesen, Zeitungen,...
<b>4. Sexualpädagogisches Konzept</b>		
Definition	Handlungsrahmen, welcher den Umgang bzw. die Haltung der Einrichtung mit bzw. zur Sexualität der BewohnerInnen/ KlientInnen nach Innen und Außen verbindlich verankert.	
Indikatoren	- Aussagen zum (Nicht-) Vorhandensein eines sexualpädagogischen Konzepts - Wissen um Bedeutung, Zweck und Zielen eines sexualpädagogischen Konzepts - Aussagen zur Entstehung, Entwicklung, Aktualität, Wirkung des Konzepts	
Zeitliche Dimension		Seit, bis vor, früher, heute,...
Sachdimensionen	Vorhandensein	Ja, nein
	Objekt der Aussage	Für die MitarbeiterInnen oder

		KlientInnen
	Inhalte	Umgang mit sexualisierter Gewalt, Partnerschaft, Ziele....
	Akteure/Mitwirkende	
<b>5. Sexualpädagogische Materialien und Medien</b>		
Definition	Bücher, Broschüren, Flyer, Filme, Spiele etc. und Nutzen von PC und Internet zur Vermittlung von Informationen und Wissen über Liebe, Sex, Partnerschaft, Verhütung, Schwangerschaft etc.	
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aussagen über das Vorhandensein solcher Materialien und deren Zugängen in der Institution</li> <li>- Wissen über Existenz, Sinn, Zweck und Zielen solcher Materialien</li> <li>- praktische Handhabung im Heimalltag</li> </ul>	
Zeitliche Dimension		Heute, damals, seit, bis... Regelmäßige Nutzung
Sachdimensionen	Objekt der Aussage	Für die MitarbeiterInnen/ BewohnerInnen
	Zugang	Offen, auf Nachfrage, leichte Sprache, Bildhaftigkeit, Bekanntheit
	Art	Buch, Flyer, Film, Spiel
	Initiatoren/ Akteure	Von Einrichtung gestellt, von KlientIn gefordert
<b>6. Interne Ansprechpartner bei allen Themen rund um Sexualität</b>		
Definition	Personen innerhalb der Einrichtung, die als „offizielle“ Ansprechpartner für alle Fragen und Anliegen zu den Themen rund um Sexualität benannt sind und/ oder auch inoffiziell als ExpertInnen fungieren.	
Indikation	Aussagen zum Vorhandensein von (konkreten) AnsprechpartnerInnen, deren Bekanntheit in und außerhalb der Einrichtung und deren Zugänglichkeit	
Zeitliche Dimension		
Sachdimensionen	Art des Ansprechpartners	Mitarbeiter (-rat), Bewohner (-rat), Werkstattrat, Sozialpädagoge, Leitung...
	Objekt der Aussage (Für wen?)	Mitarbeiter, Bewohner
	Geltungsbereich	Wohngruppe, Werkstatt, alle

		Bewohner, alle Mitarbeiter, Leitung
	Zugänge	Bekanntheit, Möglichkeiten der Nutzung,...
<b>7. Externe Ansprechpartner</b>		
Definition	Institutionen und Personen außerhalb der Einrichtung, mit denen diese bei allen Fragen und Anliegen zu den Themen rund um Sexualität in Kontakt steht.	
Indikation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aussagen zum (Nicht-) Vorhandensein (konkreter) Ansprechpartner und vorhandener Kooperationen</li> <li>- Aussagen zum Grad der (bisherigen) Zusammenarbeit und gemeinsamer Projekte</li> <li>- Bekanntheit der Ansprechpartner in der Einrichtung und zu deren Zugänglichkeit</li> </ul>	
Zeitliche Dimension		
Sachdimensionen	Objekt der Aussage (Für wen?)	Leiter Mitarbeiter Bewohner
	Initiator der Zusammenarbeit	Leitung, Mitarbeiter,...
	Art des Ansprechpartners	Schwangerenberatungsstelle Arzt, gesetzlicher Betreuer, Eltern, Geschwister,...
	Charakter der Zusammenarbeit	Lose, auf Anfrage, enge Kooperation, keine, eventuelle
	Zugänge	Bekanntheit, Möglichkeiten der Nutzung,...

## A.5 Kategorientabellen zur Auswertung

### 1. Kategorie: Haltung zur Sexualität

#### Interview 1

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 Unspezifische Vergangenheit	Offen, verantwortungsvoll	MitarbeiterInnen	BewohnerIn (ein Pärchen)	Ein Pärchen ist auf MitarbeiterInnen zugegangen	Einrichtung	Pärchen hat bestätigt Geschlechtsverkehr miteinander zu haben	Verhütung wurde thematisiert und Frauenarzt involviert.	EI-I-69
5 Schon immer		BewohnerInnen		- Sexualität, Partnerschaft und Wünsche danach gibt es schon immer - Partnerschaften gibt schon immer	Einrichtung			EI-I-7, EI-I-15
13 bis vor zwei bis drei Jahren	Leitung: sensibel, aufmerksam, ambitioniert, BewohnerInnen: interessiert, MitarbeiterInnen: schläfrigg, anlassbezogen	Einrichtung, MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	- Grundlegende Beschäftigung mit Sexualität - Umgang mit Thema weniger gezielt, sondern anlassbezogen - Es gab eine externe Fortbildung zu Liebe, Sexualität und Partnerschaft	Einrichtung	- Mitarbeiter hat etwas bemerkt, Pärchen hat sich gefunden = konkreter Anlass - Reaktionen nach Weiterbildung: Interesse bei BewohnerInnen, schläfrigg bei MitarbeiterInnen	- Anlassbezogene Thematisierung und Begleitung des Themas Sexualität, Verhütung, Partnerschaft und ggf. Begleitung Frauenarzt - Reaktionen auf Weiterbildung waren Anlass für Leitung Thema Sexualität aufzugreifen	EI-I-7, EI-I-10, EI-I-12, EI-I-14, EI-I-15

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
2 Seit zwei bis drei Jahren, andauernd	Zunehmende Professionalisierung	Einrichtung, MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	- Intensive Beschäftigung mit Sexualität - Studentin einer regionalen HS hat um Unterstützung bei ihrer Masterarbeit gebeten	Einrichtung, Wohnbereiche	Auseinandersetzung mit Thematik durch Leitung auf Grund der Unterstützung einer Studentin bei Masterarbeit	- Thematik wird in Bereiche zu den MitarbeiterInnen getragen, damit diese sich gezielt damit beschäftigen. - seit zwei Jahren gibt es Arbeitskreis „Sexualisierte Gewalt“	EI-I-7, EI-I-9, EI-I-13
1 Vor etwa 1,5 Jahren fortlaufend	Offen, verantwortungsvoll	Einrichtung, MitarbeiterInnen	KlientInnen (ein Pärchen)	Neuer Klient ist eingezogen und hat sich in eine Klientin verliebt. Sie auch in ihn.	Einrichtung (Zwei Wohnbereiche unterschiedlichen Häusern)	Beide besuchen sich jeden Tag, hocken zusammen.	MitarbeiterInnen haben Verhütung thematisiert. Beim Frauenarzt wurde geschaut, was sinnvoll ist.	EI-I-68
1 Vor etwa 1,5 Jahren andauernd	Verliebt	Klientin (eine) und Klient (ein)	Angehörige (Schwester der Klientin)	Bewohnerin und Bewohner wollten zusammenziehen. Beide hatten sich ineinander verliebt.	Einrichtung	Die Schwester der Klientin lehnt(e) Wunsch nach Zusammenziehen rigoros ab.	Beide besuchen sich jeden Tag, hocken zusammen, obwohl sie weiter in zwei verschiedenen Wohnbereichen und Häusern wohnen.	EI-I-68
1 Vor etwa 1,5 Jahren andauernd	Rigoros ablehnend, schockiert	Angehörige (Schwester der Klientin)	Klientin (eine)	Die Schwester einer Bewohnerin lehnt deren Wunsch ab, mit einem anderen Bewohner zusammen zu ziehen, in den sie sich verliebt hatte.	Einrichtung		Beide besuchen sich jeden Tag, hocken zusammen, obwohl sie weiter in zwei verschiedenen Wohnbereichen und Häusern wohnen.	EI-I-68

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Allgemein, perspektivisch	Reflektiert, sensibel, offen, ambitioniert	Expertin	BewohnerInnen	- Hemmungen der BewohnerInnen beim Thema Sexualität gegenüber MitarbeiterInnen möglich - Viele BewohnerInnen sind beim Thema Sexualität noch total unaufgeklärt	Intern und extern	Gute Erfahrungen mit ehemaligen Weiterbildungsblock nur für BewohnerInnen in einfacher Sprache mit externen AnsprechpartnerInnen	Einrichtung muss mehr tun, hat Nachholbedarf hinsichtlich sexualpädagogische r Angebote für die KlientInnen	EI-I-41, EI-I-75
0 Allgemein, bislang		Einrichtung	BewohnerInnen	Durchschnittsalter bei 60 Jahren. Bislang gab es keinen Kinderwunsch von BewohnerInnen	Einrichtung, Wohnbereiche		Kein Kontakt zu Schwangerenberaterinnen	EI-I-63, EI-I-64, EI-I-65
0 allgemein	Reflektiert, sensibel	Expertin	BewohnerInnen	Es ist wichtig, dass die KlientInnen die Fragen verstehen und wissen worum es geht.	externe Veranstaltungen z.B. Fortbildungen	Komplizierte Alltagssprache bei externen Veranstaltungen, mangelnde sprachliche Barrierefreiheit	KlientInnen machen nicht, erzählen nichts mehr, sind mit Situation überfordert und gehen nicht mehr hin	EI-I-73



Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Aktuell, allgemein, perspektivisch	Sicherer, offener (als früher)	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	- Thematisierung Sexualität, Liebe Partnerschaft auf Augenhöhe mit KlientInnen und nicht willkürlich - Bewusstsein ist noch ganz frisch - MitarbeiterInnen besprechen Themen Geschlechtsverkehr und Verhütung in konkreter Situation mit potenziellen Paar	Einrichtung	- Pflicht zur Auseinandersetzung mit Sexualpädagogischem Konzept - Arbeit des Arbeitskreises	- Sexualität = kein Tabuthema, sondern offener und zielgerichteter Umgang - Bewusstsein für Fortbildungen ist seitens Einrichtung gewachsen	EI-I-32, EI-I-33, EI-I-35, EI-I-37, EI-I-69
0 Aktuell, allgemein	Offenheit und Klientenzentrierung mit Grenzen, Ängstlich, unsicher, schwer tun	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	- Professioneller Umgang mit Sexualität ist eine Herausforderung - Grundsatz: Klient steht im Mittelpunkt, MitarbeiterInnen sind grundsätzlich in der Lage Sexualität zu thematisieren - Einige (ca. 3) Klienten leben Sexualität, Partnerschaft, Selbstbefriedigung offensichtlich, haben Vorlieben, schauen Film	Einrichtung, Wohnbereiche	- Grundsätzliche Offenheit und Umgang mit allen Kliententhemen und demzufolge auch Sexualität - Konfrontation mit Vorlieben und sexuellen Bedürfnissen	- Thema Sexualität löst Ängste, Unsicherheiten, Befindlichkeiten aus - Grenzen der MitarbeiterInnen dies zu begleiten	EI-I-11, EI-I-19, EI-I-20, EI-I-21
0 aktuell, allgemein	Offen, aufmerksam	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	Für Bewohner ist beim Thema Sexualität alles ziemlich klar	Einrichtung, Wohnbereiche		Pärchen können zusammen ziehen, wenn es möglich ist	EI-I-16

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 aktuell, allgemein	Verständnislos, entsetzt, schockiert	Angehörige	BewohnerInnen	Angehörige haben oft Problem, wenn beeinträchtigtes Kind PartnerIn hat	Einrichtung, Wohnbereiche	Reaktionen der Angehörigen auf Partnerschaft ihrer geistig beeinträchtigten Kinder	Einrichtung erkennt Notwendigkeit für Angehörigenarbeit	EI-I-17
-1 Hypothetische Zukunft	Im ersten Moment überfordert, dann strukturiert, lösungsorientiert, unterstützend	MitarbeiterInnen	BewohnerIn, Paar	Es hat noch nie einE BewohnerIn gesagt, dass sie nicht verhüten und ein Kind wolle	Einrichtung	Hypothetische BewohnerIn/ Paar möchte nicht verhüten und ein Kind	Nach erster Überforderung mit Paar gemeinsam nach Lebensperspektiven schauen und individuelle Unterstützung planen	EI-I-70
-1 Hypothetische Zukunft	Offen	ExpertIn	KlientInnen	Externe, gute BeraterInnen können unabhängig beraten und „für und wider“ abklären	Einrichtung	MitarbeiterInnen tun sich schwerer mit Thema Verhütung, lenken KlientIn eventuell in eine bestimmte Richtung	Maximale Wahlfreiheit der KlientInnen	EI-I-74

## Interview 2

Zeitpunkt/ -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungs bereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart, allgemein	Offen, akzeptierend, unterstützend	Unternehmen („Wir“)	KlientInnen („Mensch mit Behinderun g“)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unternehmen unternimmt „eine ganze Menge“ zur Vorbeugung einer Schwangerschaft</li> <li>- „Wir leben hier unter dem Motto Selbstbestimmt leben“</li> <li>- Thematisierung von Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung findet individuell und anlassbezogen statt</li> <li>- Wenn eine Frau schwanger geworden ist, gibt sie dies in Einrichtung bekannt</li> </ul>	Unternehm en/ in den Wohnberei chen	Mensch mit Behinderung, hat Anrecht sich selbst für/ gegen ein Kind und/ oder Verhütung zu entscheiden	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexuaufklärung/ Aufklärungsgespräch e durch Einrichtung werden angeboten, sind freiwillig und Entscheidung des behinderten Menschen wird akzeptiert.</li> <li>- bei Schwangerschaft: Unterstützung durch Einrichtung z.B. bei der Vermittlung wichtiger AnsprechpartnerInne n, auf Wunsch Begleitung zur Untersuchung, Aufklärung über Rechte als Schwangere</li> </ul>	EI-II-7, EI-II-9, EI-II-12, EI-II-19, EI-II-20
0 Gegenwart, allgemein		Sozialarbeiter Innen, Gruppenleiter Innen	KlientInne n	Intime Sachen sollen intim bleiben	Werkstatt	KlientInnen sind immer bemüht sich anzuvertrauen	Feste Regelung der AnsprechpartnerInne n (ist KlientInnen bekannt)	EI-II-24, EI-II-25

Zeitpunkt/-raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Allgemein	Sensibel, vorsichtig, engagiert	Einrichtung	KlientInnen (Schwangerschaftsberatung mit Kind)	- Sensibler Umgang mit Thema Schwangerschaft und Elternschaft - Kinder sollen so lange, wie möglich bei Eltern bleiben können - Jeder Mensch, der schwanger ist, braucht eine Schwangerschaftsberatung	Einrichtung bzw. überall	- Wissen und Erfahrung, dass die Kinder nur selten bei Mutter/Vater aufwachsen können - Wissen um Enttäuschung der Mütter, wenn Kind Mutter nicht mehr (er-)kennt/ keine Bindung hat	- Vorbeugende Aufklärung, Hilfe dort, wo möglich - Vision und Planung einer hausinternen Schwangerschaftsberatung	EI-II-43, EI-II-44, EI-II-45, EI-II-48, EI-II-49, EI-II-50, EI-II-52
0 Allgemein	offen	Jugendamt	KlientInnen (Schwangerschaftsberatung mit Kind und Partner)	Kindeswohl steht im Mittelpunkt	Familie		Herausnahme der Kinder, wenn Betreuung nicht gewährleistet ist.	EI-II-45

### Interview 3

Zeitpunkt/-raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 „Früher“	„schwieriges Thema“	Expertin	Bewohnerinnen	Frauen haben in einem anderen Haus der Einrichtung gelebt.	Einrichtung	Männer waren tabu	Keine Freundschaften „oder so“ zwischen Frauen und Männern	EI-III-7

Zeitpunkt/-raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
4 „nach der Wende“	Zunehmend offener	Einrichtung	Bewohnerinnen	- Es gab Discos, die die Frauen besuchten - Einige wenige Frauen gingen in Werkstätten	Einrichtung		- Bewohnerinnen haben ihre ersten Freunde kennengelernt - Neue Möglichkeiten für die Entwicklung von Freundschaften	EI-III-7, EI-III-10
3 Vor vielen Jahren, mit Umzug in neues Haus	Zunehmend offener	Einrichtung	Bewohner (nur männliche)	Die ersten Männer zogen ein	Einrichtung			EI-III-7
1 Vergangenheit andauernd	Offen, interessiert, zugewandt	MitarbeiterInnen („Wir“)	BewohnerInnen (A, B und C)	- Bewohnerinnen A und B waren mit ihren jeweiligen Freunden zusammen gezogen - Bewohnerin C hatte Freund von außerhalb, Beziehung als Statussymbol, zum küssen, mal drücken, in den Arm nehmen, sich gegenseitig besuchen	Einrichtung	- Zu viel Nähe (Bewohnerin A) - Gemeinsame Zukunft, zusammenziehen war nicht Ziel/Wunsch der beiden (Bewohnerin C)	- Bewohnerin A: Beziehung ging in die Brüche - Bewohnerin B: Wohnt noch heute mit Freund zusammen - Bewohnerin C (mit Freund) haben Gespräche zu Thema Sexualität und Partnerschaft mit MitarbeiterInnen abgeblockt bzw. Zusammenziehen verneint	EI-III-12, EI-III-13, EI-III-14, EI-III-15

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart, Hypothetisch	Zugewandt, offen, sensibel, bemüht	MitarbeiterInnen („Wir“)	BewohnerInnen	- Sexualität ist kein vorrangiges Thema - Bei Fragen stehen die MitarbeiterInnen den BewohnerInnen zur Verfügung - MitarbeiterInnen versuchen mit BewohnerInnen ins Gespräch zu kommen - MitarbeiterInnen versuchen externe GesprächspartnerInnen für BewohnerInnen zu akquirieren	Einrichtung	- Historische Entwicklung in der Einrichtung: früher wurde jede Frau von nur einer nicht beeinträchtigten Frau betreut - Mögliche Hemmschwellen und eingeschränkte Bereitschaft seitens BewohnerInnen über Sexualität und/oder Kinderwunsch mit den MitarbeiterInnen zu sprechen	- Hypothetisch: Bei Bedarf Vermittlung von externen Fachleuten, GesprächspartnerInnen - Mehr Offenheit/Bereitschaft gegenüber externen GesprächspartnerInnen - Gespräche, wenn Bewohnerin dies möchte, Unterstützung, damit Paar Zeit miteinander verbringen kann	EI-III-9, EI-III-20, EI-III-28, EI-III-67
0 Gegenwart, hypothetisch	gehemmt	BewohnerInnen	MitarbeiterInnen	Hemmschwellen und eingeschränkte Bereitschaft über Sexualität und Kinderwunsch zu sprechen, sind möglich	Einrichtung	- Jemand hat neuen Partner - Hypothetischer Kinderwunsch	- MitarbeiterInnen stehen dem offen gegenüber und bieten Gespräche an - Hypothetisch: Bei Bedarf Vermittlung von externen Fachleuten, GesprächspartnerInnen - Mehr Offenheit/Bereitschaft gegenüber externen GesprächspartnerInnen	EI-III-20, EI-III-28, EI-III-45, EI-III-67
0 Gegenwart, bisher		ExpertIn	BewohnerInnen (ältere)	- Alter der BewohnerInnen ist „über diese Zeit hinaus“	Einrichtung		- Sexualität ist kein Bedürfnis mehr - Mit einem Freund zusammenziehen war nie Thema	EI-III-8, EI-III-15

Zeitpunkt / -raum	Charakter	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geltungsbereich	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart		Expertin	Bewohnerinnen (jüngere)	Haben „diese“ Bedürfnisse	Einrichtung		Haben einen Freund	EI-III-8
0 Gegenwart	Grundsätzlich offen, Expertin zusätzlich: kritisch, skeptisch gegenüber zusammenziehen	MitarbeiterInnen, Expertin	Pärchen (ein)	- Es gibt ein Pärchen - Zusammenziehen ist nicht das, was beide wollen	Einrichtung	- Jeder hat eigenes Zimmer - Beide brauchen Freiraum und Privatsphäre, Partnerin ist sehr dominant, sehen sich immerzu	- Können sich jederzeit besuchen, könnten auf Wunsch Nacht zusammen verbringen - „Es ist gut so, wie es gerade ist“, Zusammenziehen würde nicht gut gehen	EI-III-17, EI-III-18

## 2. Kategorie: Sexuelle (Weiter-) Bildung

### Interview 1

Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 In Vergangenheit	KlientInnen							„Gab es eigentlich gar nicht“	EI-I-38
4 Schon immer sporadisch	MitarbeiterInnen	zögerlich	Sexualität und Partnerschaft			freiwillig		Nur Hand voll MitarbeiterInnen hat sich angemeldet	EI-I-38
3 Vor zwei, drei Jahren	KlientInnen und MitarbeiterInnen (getrennt voneinander)	Leitung: offen, ambitioniert, sensibel, KlientInnen: interessiert, MitarbeiterInnen: „bisschen schläfrig“	Liebe, Sexualität, Partnerschaft, Beziehungen, sexualisierte Gewalt	extern	Regionale Niederlassung eines größeren Vereins	freiwillig	- Verein hat Einrichtung mit Weiterbildungsprogramm angesprochen, - Weiterbildungsblock für KlientInnen in leichter Sprache mit einfachen Mitteln	- Bewohner waren begeistert und wollten mehr erfahren - Leitung hat Interesse aufgegriffen, um zu schauen, inwiefern intern Angebote entwickelt werden können - Nachhaltige Zusammenarbeit mit Verein ist entstanden	EI-I-14, EI-I-15, EI-I-40, EI-I-41, EI-I-61



Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
1 Seit zwei bis drei Jahren, andauernd	MitarbeiterInnen	Professionell und ambitioniert seitens Leitung	Umgang mit „Sexualisierter Gewalt“	Intern	Durch Leitung delegiert	verpflichtend	Zunehmende Sensibilisierung für Thematik auf Grund Kooperation mit HS und Verein, sowie Entstehung Arbeitskreis	Zunehmend professionisierter Umgang mit Thema Sexualität und Implementierung von Weiterbildungsangeboten für die KlientInnen durch die MitarbeiterInnen	EI-I-9, EI-I-10, EI-I-11
1 „damals“ fortlaufend	„Wir“ (Einrichtung)	Offen, engagiert seitens Leitung	Nicht näher bezeichnete Themen	extern	Verein, Einrichtung	Bei Interesse/ Bedarf, Vertrauen	„damalige“ Fortbildungen, Offenheit des Vereins	Einrichtung würde Verein auch selbst anfragen	EI-I-61
0 Aktuell, in diesem Jahr (2018)	KlientInnen	ambitioniert und zielgerichtet seitens Leitung	Nicht näher bezeichnete Themen	intern	„Wir“ (Leitung, Arbeitskreis)		Das sexualpädagogische Konzept	Darauf aufbauend Planung erster Fortbildungen und Seminare	EI-I-30
0 Ab April bis zum 3. Quartal 2018	MitarbeiterInnen	Ambitioniert, konsequent seitens Leitung	Das sexualpädagogische Konzept	intern		verpflichtend	„Verordnung“/ Einführung des sexualpädagogischen Konzepts	KlientInnen profitieren	EI-I-33
-2 Hypothetische Zukunft	KlientInnen	Offen, ambitioniert seitens Leitung	Fortbildungen	extern	Einrichtung	Zukünftig vorstellbar	Die meisten KlientInnen sind zum Thema Sexualität noch total unaufgeklärt	Bewusstsein durch Einrichtungsleitung, Thema anzugehen und Kontakt zu Schwangerenberatung stellen aufzunehmen zwecks möglicher Fortbildungen	EI-I-75

Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
-1 Zukünftig, Hypothetisch	KlientInnen	ambitioniert	Fortbildungsböcke	Extern und intern	Externes Projekt, SozialarbeiterInnen		Zusammenarbeit zwischen den Akteuren	Einrichtung ist zukünftig selbst in der Lage Material anzufertigen und in Bereiche einzuführen	EI-I-44

## Interview 2

Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart, allgemein			Sexualaufklärung	extern	Externe Einrichtungen			Vorbeugung einer Schwangerschaft	EI-II-7
0 Gegenwart, allgemein	KlientInnen	Offen, akzeptierend	Aufklärungsgespräche	intern	„Wir“ = Unternehmen		Mensch mit Behinderung kann selbstbestimmt entscheiden, ob er Kind bzw. verhüten möchte	Entscheidung des Menschen mit Behinderung wird seitens Einrichtung akzeptiert	EI-II-9
0 Gegenwart, allgemein	KlientInnen		Seminare, Weiterbildungen zu Themen rund um Sexualität			selbstbestimmt		KlientInnen haben Möglichkeit zur Teilnahme	EI-II-21, EI-II-22

Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart, allgemein	KlientInnen, hier: die Werkstattbeschäftigten		Verschiedene Bildungsangebote und Weiterbildungs katalog mit verschiedenen Themen	extern	Landes- und Bundesverband des eigenen Trägers, sowie ein Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege und Werkstattträt	selbstbestimmt	Einrichtung erhält Bildungsangebote von den Verbänden und Werkstattträt wählt aus	„Selbstbestimmt leben“	EI-II-27, EI-II-28, EI-II-29
0 Gegenwart, allgemein	MitarbeiterInnen		Weiterbildungsmaßnahmen, damit sie die richtigen Worte finden			freiwillig	Besondere sprachliche und kognitive Bedürfnisse seitens der KlientInnen		EI-II-17
-1 Hypothetische Zukunft	KlientInnen	(Resignative) Offenheit	Aufklärungssprache	extern	Mensch mit Behinderung, SozialarbeiterInnen	Selbstbestimmt, bei Bedarf seitens KlientInnen	Hinweis der Interviewerin über Angebotspektrum von Schwangerenberatungen	Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstellen für Aufklärungsgespräche und Vorbeugung weiterer Schwangerschaften vorstellbar	EI-II-53, EI-II-54, EI-II-55, EI-II-56, EI-II-57

### Interview 3

Zeitpunkt / -raum	Objekt der Aussage/ Geltungsbereich	Haltung	Inhalte	Rahmen	Akteure der Handlung	Charakter	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 „ein paar Jahre her“	MitarbeiterInnen			extern	Externer	einmalig	Externer hat Weiterbildungsangebot an Einrichtung geschickt	Weiterbildungsangebot wurde angenommen. Weiterbildung fand statt.	EI-III-30, EI-III-33, EI-III-52, EI-III-53
1 Vergangenheit andauernd	BewohnerInnen						- Weiterbildungen für geistig behinderte Menschen sind schwierig und nicht bekannt - bislang erfolgte noch keine bewusste Ansprache von Außen - kleinere Einrichtung, keine SozialarbeiterInnen	- bislang keine Weiterbildungen	EI-III-31, EI-III-32
0 Allgemein; Hypothese	Einrichtung	Offen, zielgerichtet		extern	Einrichtung	Bei Bedarf und Interesse	Wenn Bedarf an einem bestimmten Thema besteht	Gezielte Suche im Internet, Anforderung des Programms, Auswahl der Weiterbildung	EI-III-54

### 3. Kategorie: (Wissen über) Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesetze

Zeitpunkt/ -raum	Subjekt der Aussage	Objekt der Aussage	Inhalt der Aussage	Geilungs bereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Noch nicht, hypothetisch	ExpertIn, MitarbeiterInn en	Menschen mit geistigen Beeinträchtig ungen	Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen sind nicht per se davon ausgeschlossen, sich Kinderwunsch zu erfüllen.		Über Mitarbeiter Innen	Wenn seitens einer Bewohnerin bzw. eines Paares Kinderwunsch bestehen würde	MitarbeiterInnen würden gemeinsam mit Paar nach Lebensperspektiv e, Beratung und Hilfe schauen	EI-I-70
Allgemein	ExpertIn	Mensch mit Behinderung	Mensch mit Behinderung hat Anrecht selbst über Kinderwunsch und Verhütung zu bestimmen					EI-II-9
Seit 01.01.2018	ExpertIn, MitarbeiterInn en	Schwangere behinderte Frau	Kann sich selbstbestimmt entscheiden, ob sie mit Feststellung der Schwangerschaft zu Hause bleibt oder weiter arbeitet		Über Werkstatt at und Sozialarbei terInnen	Gesetzliche Neuregelung	Diesbezügliche Gleichstellung behinderter und nicht behinderter Frauen, wurde/ wird an KlientInnen kommuniziert	EI-II-12, EI-II-14, EI-II-15
„Gerade jetzt“	ExpertIn, MitarbeiterInn en	BewohnerInn en	Es gibt ein neues Bundestellhabegesetz		über Mitarbeiter Innen und trägerinter nen Aushang	Lesen können die Wenigsten	Wird durch die MitarbeiterInnen an die BewohnerInnen kommuniziert	EI-III-41, EI-III-42

## 4. Kategorie: Sexualpädagogisches Konzept

### Interview 1

Zeitpunkt/ -raum	Vorhandense in	Objekt der Aussage (Für wen?)	Inhalte	Akteure/ Mitwirkende	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 In den letzten Jahren	Nein, noch nicht					Es wurde wenig in dem Bereich gemacht	EI-I-56
1 Vor zwei, drei Jahren, andauernd	Ja, Entstehung des Bewusstseins für ein Konzept auf Seiten der Einrichtungsl eitung	MitarbeiterIn ne(noch), Bereiche der Einrichtung		Studentin einer regionalen Hochschule und Einrichtungsleit ung	Anfrage der Studentin im Rahmen ihrer Masterarbeit und Unterstützung dieser	Anlass für Leitung, sich näher mit Thema auseinander zu setzen und etwas Verbindliches in Form eines Konzepts in den Bereichen zu implementieren.	EI-I-8, EI-I-13
0 aktuell	Ja, stetiger Prozess	MitarbeiterIn n, Bereiche der Einrichtung	Handlungsanlei tung zu sexualisierter Gewalt und Umgang/ Auseinanderse tzung mit Sexualität	Aus jedem Bereich einE MitarbeiterIn im Arbeits-/ Vertrauenskreis, SozialarbeiterIn vom Sozialen Dienst, KlientInnen	- Konzept ist etwas Verordnetes, Auseinandersetzung g mit Konzept = Pflicht - JedeR MitarbeiterIn hat etwas in der Hand	- Thema Sexualität in den Bereichen präsentier machen - Konzept in Bereiche tragen, einführen, bekannt machen - Zielgerichtetes Arbeiten mit Thema Sexualität durch alle MitarbeiterInnen	EI-I-23, EI-I-29, EI-I-30, EI-I-33, EI-I-35
-1 Perspektivisch	Ja	KlientInnen	Sexualität, Liebe, Partnerschaft	MitarbeiterInnen , BewohnerInnen	MitarbeiterInnen müssen sich mit Thema Sexualität beschäftigen	- Offener und sicherer Umgang mit Thematik seitens der MitarbeiterInnen - MitarbeiterInnen auf Augenhöhe mit KlientInnen	EI-I-32

## 4. Kategorie: Sexualpädagogisches Konzept

### Interview 1

Zeitpunkt/ -raum	Vorhandense in	Objekt der Aussage (Für wen?)	Inhalte	Akteure/ Mitwirkende	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 In den letzten Jahren	Nein, noch nicht					Es wurde wenig in dem Bereich gemacht	EI-I-56
1 Vor zwei, drei Jahren, andauernd	Ja, Entstehung des Bewusstseins für ein Konzept auf Seiten der Einrichtungsl eitung	MitarbeiterIn ne(noch), Bereiche der Einrichtung		Studentin einer regionalen Hochschule und Einrichtungsleit ung	Anfrage der Studentin im Rahmen ihrer Masterarbeit und Unterstützung dieser	Anlass für Leitung, sich näher mit Thema auseinander zu setzen und etwas Verbindliches in Form eines Konzepts in den Bereichen zu implementieren.	EI-I-8, EI-I-13
0 aktuell	Ja, stetiger Prozess	MitarbeiterIn n, Bereiche der Einrichtung	Handlungsanlei tung zu sexualisierter Gewalt und Umgang/ Auseinanderse tzung mit Sexualität	Aus jedem Bereich einE MitarbeiterIn im Arbeits-/ Vertrauenskreis, SozialarbeiterIn vom Sozialen Dienst, KlientInnen	- Konzept ist etwas Verordnetes, Auseinandersetzung g mit Konzept = Pflicht - JedeR MitarbeiterIn hat etwas in der Hand	- Thema Sexualität in den Bereichen präsentier machen - Konzept in Bereiche tragen, einführen, bekannt machen - Zielgerichtetes Arbeiten mit Thema Sexualität durch alle MitarbeiterInnen	EI-I-23, EI-I-29, EI-I-30, EI-I-33, EI-I-35
-1 Perspektivisch	Ja	KlientInnen	Sexualität, Liebe, Partnerschaft	MitarbeiterInnen , BewohnerInnen	MitarbeiterInnen müssen sich mit Thema Sexualität beschäftigen	- Offener und sicherer Umgang mit Thematik seitens der MitarbeiterInnen - MitarbeiterInnen auf Augenhöhe mit KlientInnen	EI-I-32

## Interview 2

Zeitpunkt/ -raum	Vorhandense in	Objekt der Aussage (Für wen?)	Inhalte	Akteure/ Mitwirkende	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Gegenwart, allgemein	nein	Geistig beeinträchtigte Eltern (-teile) mit Kindern				Es besteht keine Möglichkeit für werdende Mutter ihr Kind nach Entbindung mit in den Wohnbereich zu nehmen	EI-II-45
Gegenwart	nein				„jeder Fall ist einzigartig“	Es gibt kein sexualpäd. Konzept	EI-II-11

## Interview 3

Zeitpunkt/ -raum	Vorhandense in	Objekt der Aussage (Für wen?)	Inhalte	Akteure/ Mitwirkende	Ursachen	Wirkungen	Quelle
1 Vergangenheit andauernd	Nein, aber es wurde darüber nachgedacht				- Beziehung zwischen einer Bewohnerin und einem Bewohner aus anderer Einrichtung - Suche nach jmd., der sich mit Thema für geistig behinderte auskennt	- Beziehung ging ganz schnell wieder auseinander - Zuvor von Einrichtung angenommener Bedarf nach einem sexualpädagogischen Konzept hatte sich erledigt	EI-III-22, EI-III-23, EI-III-24, EI-III-25, EI-III-26 EI-III-27, EI-III-28



Zeitpunkt/ -raum	Vorhandense in	Objekt der Aussage (Für wen?)	Inhalte	Akteure/ Mitwirkende	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Hypothetisch, allgemein	nein	Schwangere Bewohnerin bzw. mit Kindenwunsch				- keine Möglichkeit für Frau mit ihrem Kind in Einrichtung wohnen zu bleiben existent - Unklarheit seitens Einrichtung, wo Frau dann ortsnah hin könnte („Muk!“)	EI-III-68, EI-III-69
0 Gegenwart	Nein				Noch nichts von „sexualpädagogisc hen Konzept“ gehört, Bedeutung ist unklar	Es gibt kein sexualpädagogisches Konzept	EI-III-21, EI-III-22, EI-III-23, EI-III-24

## 5. Kategorie: Sexualpädagogische Materialien und Medien

### Interview 1

Zeitpunkt/ -raum	Objekt der Aussage	Zugänge	Art	Initiatoren / Akteure	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 Vergangenheit, unbestimmt	Bewohner, ein	Auf Nachfrage	Computer und Internet	Bewohner	Klient hatte Wunsch nach internetfähigen Computer	Feste Zeit wurde zur Nutzung in und mit Verwaltung vereinbart	EI-I-48, EI-I-50
0 Aktuell, allgemeinen	BewohnerInne n		Computer und Internet		Die meisten KlientInnen können auf Grund der Schwere der Beeinträchtigung nicht mit PC umgehen und mit bestimmten Themen (Sexualität?) nichts anfangen	Kein PC und Internetzugang bzw. keine Bereitstellung seitens Einrichtung	EI-I-46, EI-I-47
0 Aktuell, allgemeinen	BewohnerInne n	Offen (für den Eigentümer des Gerätes)	Smartphone		Zwei bis drei KlientInnen besitzen Smartphone	Haben Möglichkeit ins Internet zu gehen	EI-I-47
0 Allgemeiner; Hypothetisch	BewohnerInne n	Auf Nachfrage seitens Einrichtung möglich	Computer und Internetzugang	BewohnerIn	- Wenn KlientIn Wunsch nach internetfähigen Computer hätte - Klienten wissen nicht, dass es Internet oder Möglichkeit zur Nutzung gibt	- Könnte seitens Verwaltung problemlos zu Verfügung gestellt werden - Keine Nachfrage	EI-I-50, EI-I-52

Zeitpunkt/ -raum	Objekt der Aussage	Zugänge	Art	Initiatoren / Akteure	Ursachen	Wirkungen	Quelle
1 Seit 2015 fortlaufend	BewohnerInnen		Karten, Anschauungs- und Bildmaterial, Puppen, Fortbildungsblö cke	Externes Projekt und Sozialarbeit erIn der Einrichtung	Zusammenarbeit der Akteure	Befähigung der MitarbeiterInnen Material selbst herzustellen	EI-I-44
2 Seit Bestehen des Arbeitskreises	BewohnerInnen		Materialien in einfacher Sprache mit Piktogrammen	(Erstellung innerhalb Arbeitskreis , Sozialarbeit erIn	(Erstellung eines) Sexualpädagogischen Konzepts	Entstehung der Materialien	EI-I-29, EI-I-30, EI-I-43
0 Aktuell	MitarbeiterInnen und BewohnerInnen	Über (Bildungs-)Proj ekt	Arbeitsmateriali en	Hochschule	Anfrage der Hochschule	Kooperation, Entwicklung von Arbeitsmaterialien	EI-I-58

## Interview 2

Zeitpunkt/ -raum	Objekt der Aussage	Zugänge	Art	Initiatoren / Akteure	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Allgemein	BewohnerInnen		Ein kindgerechtes Buch in einfacher Sprache „Wo die Babys herkommen“		Gibt nur Kinderbücher in einfacher Sprache	Keine weiteren Materialien vorhanden	EI-III-35
Allgemein, aktuell	BewohnerInnen	Über privaten Anschluss und/ oder Handy	Computer, Internet	BewohnerIn	- Einrichtung verfügt über nur einen Computer - für die meisten BewohnerInnen nicht interessant	Nutzen eigener Geräte bei Bedarf	EI-III-36, EI-III-37, EI-III-38, EI-III-39

Zeitpunkt/ -raum	Objekt der Aussage	Zugänge	Art	Initiatoren / Akteure	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Allgemein, regelmäßig	BewohnerInnen	Eingeschränkt, trotz Aushang in Einrichtung	Aktuelle Veröffentlichun gen des Trägers in einfacher Sprache	Eigener Träger, MitarbeiterI nnen und BewohnerIn nen	Lesen können die Wenigsten	Bei Interesse liest es jemand vor	EI-III-40, EI-III-41
Allgemein	MitarbeiterInnen		Infomaterialien vorhanden (nicht näher bezeichnet)				EI-III-35

## 6. Kategorie: Interne AnsprechpartnerInnen bei allen Themen rund um Sexualität

### Interview 1

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
2,3 In den letzten Jahren	Arbeits- und Vertrauenskreis			Noch nicht vorhanden	Gab es noch nicht. In Bereich (Sexualität) wurde noch wenig gemacht.		EI-I-56
2 Seit zwei Jahren	Arbeitskreis „sexualisierte Gewalt“		Die Einrichtung		Intensive Beschäftigung mit dem Thema Sexualität.		EI-I-7
10 Aktuell, gibt es noch nicht lange	Arbeitskreis = Vertrauenskreis = Vertrauenspersonen	MitarbeiterInnen und BewohnerInnen	In den Bereichen der Einrichtung	Einrichtungsintern offen, bekannt bei MitarbeiterInnen, bei KlientInnen noch nicht abschließend	Personen aus Arbeitskreis sind zugleich Vertrauenspersonen	Tragen Themen in die Bereiche	EI-I-23, EI-I-25, EI-I-26, EI-I-27
-1 Hypothetische Zukunft	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen, Paare	Einrichtung	Bei Anlass	EinE BewohnerIn/ Paar möchte nicht verhüten und ein Kind bekommen	Zunächst Überforderung. Dann gemeinsam nach Lebensperspektiven, Beratungsangeboten und Hilfen schauen	EI-I-70

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Aktuell	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	Die Einrichtung	Offen, im Austausch MitarbeiterInnen-Klient	Klient steht im Mittelpunkt		EI-I-19
0 Aktuell	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	In den Wohnbereichen	Verordnet „offen“, gesteuert	Sexualpädagogisches Konzept	Jeder MitarbeiterIn hat etwas in der Hand, wie er mit Thema umgehen kann, keine Willkür	EI-I-35
1 Vor etwa 1,5 Jahren fortlaufend, allgemein	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen, Paare	Wohnbereiche	Bei Bedarf durch MitarbeiterInnen (?)	Pärchen hat sich gefunden	Thematisierung Verhütung und Initiierung Gespräch bei Frauenarzt	EI-I-68
2,3 Seit zwei bis drei Jahren	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	Die Bereiche der Einrichtung	Delegiert durch Leitung, professionell e Steuerung	Durch Arbeitskreis und externe Kooperationen (Verein und HS)	Gezielte Beschäftigung/ Auseinandersetzung mit Thema Sexualität, sexualisierter Gewalt und um Weiterbildungen für die Bewohner kümmern.	EI-I-9
2,3 Vor zwei, drei Jahren	MitarbeiterInnen	BewohnerInnen	Die Bereiche der Einrichtung	Durch bzw. von MitarbeiterInnen bestimmt/ abhängig, wenn konkreter Anlass	MitarbeiterIn hat etwas bemerkt, aktueller Anlass im Bereich	Anlassbezogene Thematisierung Sexualität mit betreffenden KlientInnen	EI-I-10

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 Unspezifische Vergangenheit	MitarbeiterInnen	Paar, ein	Einrichtung	Durch das Pärchen		Geschlechtsverkehr und Verhütung wurden thematisiert und Frauenarzt involviert	EI-I-69

## Interview 2

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Gegenwart, allgemein	„wir“ = Einrichtung bzw. MitarbeiterInnen	Schwangere behinderte Frau	Unternehmen	Frau zeigt Schwangerschaft selbst bei MitarbeiterInnen an		- Unterstützung durch Einrichtung z.B. bei der Vermittlung wichtiger AnsprechpartnerInnen, auf Wunsch Begleitung zur Untersuchung, Aufklärung über Rechte als Schwangere	EI-II-12
Gegenwart, allgemein	SozialarbeiterInnen		Unternehmen				EI-II-7
Als die Gesetzesänderung in Kraft trat (01.01.2018)	SozialarbeiterInnen	Schwangere behinderte Frau	Unternehmen	SozialarbeiterInnen sprechen schwangere Frau an	Gesetzesänderung	Information über neues Recht durch SozialarbeiterInnen	EI-II-15

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbereich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Gegenwart, allgemein	SozialarbeiterIn	Schwangere, beeinträchtigte Frau	Werkstatt			Auf Wunsch der Schwangeren, Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstelle	EI-II-34, EI-II-35, EI-II-36
Gegenwart, allgemein	SozialarbeiterInnen, GruppenleiterIn	KlientInnen	Werkstatt	KlientInnen sind immer bemüht sich anzuvertrauen.	Intime Sachen sollen (aus Sicht der Leitung) intim bleiben	Feste Regelung der internen AnsprechpartnerInnen (sind KlientInnen bekannt)	EI-II-24, EI-II-25
Gegenwart, allgemein	Gruppenkraft,	Schwangere, beeinträchtigte Frau	Wohnbereich			Auf Wunsch der Schwangeren, Kontaktaufnahme und/ oder Begleitung in Schwangerenberatungsstelle	EI-II-34, EI-II-36, EI-II-40
Gegenwart, allgemein	MitarbeiterInnen	Menschen mit Behinderungen, Werkstattbeschäftigte	Wohnbereich	Individuell, fallbezogen	In den Wohnbereichen findet „man“ die Ruhe	MitarbeiterInnen übernehmen dort auch sexuelle Aufklärung, wenn es bei KlientInnen konkret dran zu sein scheint	EI-II-17, EI-II-19, EI-II-20



### Interview 3

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Geltungsbe reich	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
Gegenwart, Hypothetisch	„Wir“ = MitarbeiterInnen	Bewohnerinnen	Einrichtung	Offen, individuell	Bei Fragen der Bewohnerinnen, bei Hilfe und Unterstützungsbedarf, bei neuer Partnerschaft	MitarbeiterInnen stehen bereit und würden bei Bedarf externe Fachleute für die Ratsuchende organisieren	EI-II-9, EI-II-20

## 7. Kategorie: Externe AnsprechpartnerInnen

### Interview 1

Zeitpunkt/-raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
-1 Hypothetische Zukunft	Schwangerenberatungsstelle	BewohnerInnen	Einrichtungsleitung	Beratung zu Partnerschaft und Verhütung, Fortbildungen und sexualpädagogische Aufklärung	Derzeit (noch) nicht, aber zukünftig vielleicht über Einrichtung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hinweis der Interviewerin über Angebotsspektrum von Schwangerenberatern</li> <li>- eigene MitarbeiterInnen tun sich mit Thema Verhütung etwas schwerer</li> <li>- unabhängige Berater ermöglichen KlientInnen max. Wahlfreiheit</li> <li>- Vergrößerung des Angebotsspektrum für die KlientInnen</li> <li>- Möglichkeit der Beratung in leichter Sprache</li> </ul>	gezielte Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstelle vorstellbar	EI-I-72, EI-I-74, EI-I-75
0 Aktuell	Hochschule 1	Einrichtung	Hochschule	(Bildungs-) Projekt(e)	Über Anfragen	Engagement	Arbeitsmaterialien bei MitarbeiterInnen und BewohnerInnen ausprobieren	EI-I-56, EI-I-58

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Aktuell	Keine weiteren Kooperationen					War noch nicht dran, noch nicht Bewusstsein da, wollten erstmal intern schauen		EI-I-55
0 Aktuell	Schwangerenberaterungsstelle	Einrichtung und BewohnerInnen		Kein Kontakt	Eine ist bekannt, aber bislang kein Kontakt	Unklarheit über Angebotsspektrum von Schwangerenberaterungsstellen seitens Leitung/ Einrichtung		EI-I-64, EI-I-65, EI-I-67
0 Aktuell, hypothetisch	Verein 1	Einrichtung	Einrichtung	(regelmäßige) Bildungsangebote	Auf Anfrage	Ehemalige Fortbildung des Vereins in Einrichtung	Kontakt Einrichtung-Verein	EI-I-61
0 allgemein	GynäkologInnen	BewohnerInnen	MitarbeiterInnen/ Einrichtung (?)	Regelmäßige Krebsvorsorge	Über MitarbeiterInnen/ Einrichtung (?)	Vorsorgeuntersuchungen, bei Möglichkeit Schwangerschaft z.B. Pärchen	regelmäßige Termine, Thematisierung Verhütung	EI-I-68, EI-I-69
2,3 Seit zwei bis drei Jahren, andauern d	Hochschule 1, Verein 1	Leitung, MitarbeiterInnen	Leitung	Kooperation, Weiterbildung	Durch Leitung delegiert		Zunehmende Auseinandersetzung mit Thema Sexualität, sowie Steuerung und Professionalisierung des Themas seitens der Leitung hin in Bereiche	EI-I-9, EI-I-54

Zeitpunkt/-raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
2,3 Vor zwei, drei Jahren	GynäkologIn		MitarbeiterInnen	Lose, anlassbezogen, bei Bedarf	Durch MitarbeiterIn initiiert und delegiert	MitarbeiterIn hat was bemerkt, Pärchen hat sich gefunden	Thematisierung Sexualität durch MitarbeiterIn im Bereich mit betreffenden KlientInnen und ggf. Terminvereinbarung Frauenarzt	EI-I-10
2,3 Vor zwei, drei Jahren	Studentin einer Hochschule 1	Die Einrichtung und Studentin gleichen	Anfrage der Studentin	Unterstützung der Studentin bei Masterarbeit seitens Einrichtung	Kooperation / Austausch Leitung-Studentin	Anfrage der Studentin mit Bitte um Unterstützung bei Masterarbeit	„Entstehungspunkt“ des Bewusstseins bei Leitung, sich näher mit Thematik Sexualität auseinander zu setzen	EI-I-13
2,3 Vor zwei, drei Jahren	Verein 1	Die KlientInnen	Verein	Weiterbildung		Weiterbildung mit einfachen Mitteln und in leichter Sprache zu Liebe, Sexualität, Partnerschaft	- BewohnerInnen waren begeistert und wollten mehr erfahren - Zusammenarbeit	EI-I-14, EI-I-40
4 In den vergangenen Jahren andauern	Schwangerenberatungsstelle	Einrichtung und BewohnerInnen mit Kinderwunsch		Kein Kontakt		Schwanger werden war bislang nie ein Thema, Durchschnittsalter im Wohnheim bei 60 Jahren		EI-I-63
5 Unspezifische Vergangenheit	Verein 1	Einrichtung	Einrichtung	Beratung zu Konzeption und Fortbildungen	Auf Anfrage			EI-I-59

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
5 unspezifische Vergangene Einheit	Verein 1, weitere Außenstelle							EI-I-54

## Interview 2

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
-1 Hypothetische Zukunft	Schwangerenberatungsstellen	Klientin	SozialarbeiterIn	Lose, auf Wunsch KlientIn	Über SozialarbeiterIn	Hinweis der Interviewerin über Angebotsspektrum von Schwangerenberatungsstellen	Kontaktaufnahme mit Schwangerenberatungsstelle zur Sexualaufklärung für Schwangere und nicht schwangere Pärchen als Option	EI-II-53, EI-II-54, EI-II-56, EI-II-57
0 allgemein	Schwangerenberatungsstellen	Schwangere beeinträchtigte Frau	Schwangere beeinträchtigte Frau selbst oder Gruppenkraft	Bei Bedarf		- Erstes Informationsgespräch in Einrichtung bei bestehender Schwangerschaft - Keine direkte Zusammenarbeit zwischen Einrichtung und Schwangerenberatungsstelle	Kontaktaufnahme zwischen schwangerer Klientin und Schwangerenberatungsstelle (auf Wunsch mit Unterstützung durch Einrichtung)	EI-II-38, EI-II-39

Zeitpunkt/ Gegenwartig/ Raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwartig	Schwangerenberatungsstellen	Klientin			Keine Liste an Schwangerenberatungsstellen vorhanden	Skepsis in der Handhabung einer solchen Liste	Kontakt nur bei Bedarf der Klientin und nach vorherigen Informationsgesprächen durch MitarbeiterInnen der Einrichtung wahrscheinlich	EI-II-42
0 Gegenwartig, allgemein	„Einrichtungen, die zu uns kommen“					Unternehmen unternimmt eine ganze Menge Vorbeugung in Schwangerschaft	Sexualaufklärung	EI-II-7
0 Gegenwartig, allgemein	Gesetzliche BetreuerInnen	Schwangere beeinträchtigte Frau, die nicht in Einrichtung wohnt, aber arbeitet		Bei Schwangerschaft der beeinträchtigten Frau			Auf Wunsch der Schwangeren Begleitung in Schwangerenberatungsstelle	EI-II-32, EI-II-33, E-III-40
0 Gegenwartig, allgemein	Gesetzliche BetreuerInnen (vom Gericht bestellt, Eltern der KlientInnen)	KlientInnen, die nicht in den Wohnheimen leben						EI-II-7, EI-II-18

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwartig, allgemein	Landes- und Bundesverband des eigenen Trägers und ein Spitzenverband der freien Wohlfahrtsverbände		Jeweiliger Verband	Über Bildungsangebote bzw. Weiterbildungskatalog	Über Weiterbildungskatalog des externen Trägers und Vorauswahl durch Werkstatt		„Selbstbestimmt leben“	EI-II-27, EI-II-29
0 Gegenwartig, allgemein	Schwangerenberatungsstellen	Klientin		Einrichtung hat gar keine Kontakte zu Schwangerenberatungsstellen	Gesetzliche BetreuerInnen	Einrichtung ist für Kontakt zu Schwangerenberatungsstellen nicht zuständig		EI-II-31

### Interview 3

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
-1 Hypothetisch, perspektivisch	Schwangerenberatungsstellen	BewohnerIn mit Kinderwunsch, Paar	MitarbeiterInnen	Lose, bei Bedarf	MitarbeiterInnen	Hinweis der Interviewerin über Angebotsspektrum von Schwangerenberatungsstellen	- aktive Auseinandersetzung mit Angeboten von Schwangerenberatungsstelle als Ressource der Expertin - Inanspruchnahme von Angeboten einer Schwangerenberatungsstelle seitens ExpertIn vorstellbar	EI-III-65, EI-III-66, EI-III-67, EI-III-71

Zeitpunkt/ -raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
0 Gegenwart	Fachleute, GesprächspartnerInnen	BewohnerInnen	MitarbeiterInnen	Bislang keine Kontakte, hypothetisch	MitarbeiterInnen	Fragen und (externer) Unterstützungsbedarf seitens BewohnerInnen	MitarbeiterInnen würden Kontakt organisieren	EI-III-9, EI-III-46, EI-III-47
0 Gegenwart, allgemein	Gesetzlich bestellte BetreuerInnen, GynäkologInnen	BewohnerInnen, MitarbeiterInnen		Bei Bedarf		Wenn Wünsche nach Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung bestehen		EI-III-44
0 Hypothetisch, nicht näher definiert	Jemand „von Außen“	BewohnerInnen	MitarbeiterInnen („Wir“)	Wenn Bedarf bestehen würde	Über MitarbeiterInnen	BewohnerInnen können offener mit externen GesprächspartnerInnen reden	„Schöner“ für die BewohnerInnen	EI-III-28, EI-III-45, EI-III-46, EI-III-47
1 Vergangenheit andauernd	Schwangerenberatungsstellen			Bislang keine Kontakte		- Bislang war keine Bewohnerin schwanger - Angebotspalette und Zielgruppen sind nicht bekannt	Kontaktaufnahme war nie Thema	EI-III-55, EI-III-56, EI-III-57, EI-III-58, EI-III-59, EI-III-60, EI-III-61, EI-III-62, EI-III-63
1 Vergangenheit andauernd, allgemein	Keine	Einrichtung („Wir“)		Bislang keine Kontakte	MitarbeiterInnen, Angebote externer Träger/ Personen	- Bislang kein Bedarf - Bislang fehlende Angebote externer Träger/ Personen zum Thema Sexualität	Keine externen PartnerInnen zum Thema	EI-III-44, EI-III-45, EI-III-51



Zeitpunkt/-raum	Art des Ansprechpartners	Objekt der Aussage (Für wen?)	Initiator der Zusammenarbeit	Charakter der Zusammenarbeit	Zugänge	Ursachen	Wirkungen	Quelle
2. Vergangenheit	Extern, nicht näher benannt	MitarbeiterInnen	Externer, der auch die Weiterbildung durchgeführt hat	einmalig	Über Angebot des Externen	Externer hat Weiterbildungsangebot an Einrichtung gesandt	Angebot wurde angenommen	EI-III-52, EI-III-53

## **Eigenständigkeitserklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Masterarbeit mit dem Titel

„Sexuelle und reproduktive Rechte geistig beeinträchtigter Frauen: Einrichtungen der Behindertenhilfe als Zugang oder Barriere zu den Angeboten von Schwangerenberatungsstellen?“

gemäß der Studien- und Prüfungsordnung für Masterstudiengänge der Hochschule Merseburg selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die Stellen, welche anderen Werken (Literatur) oder Quellen (z. B. Internetseiten) dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, habe ich in jedem einzelnen Fall durch die Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht. Meine eingereichte Arbeit ist nie anderweitig als Prüfungsleistung verwendet worden oder in deutscher oder einer anderen Sprache als Veröffentlichung erschienen.

Halle, 27. November 2018

Kathrin Ballenthin