

Masterarbeit

Studiengang Sexologie III ISP Uster Sexologie III, 2019 – 2022
zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts Sexologie

des FB Soziale Arbeit.Medien.Kultur der Hochschule Merseburg
und
des Instituts für Sexualpädagogik und Sexualtherapie ISP Uster

**Sexuelle Gesundheit, im Speziellen die
Selbstbefriedigung, erwachsener Frauen* und Männer*
zwischen 20 und 30 Jahren mit einer kognitiven
Behinderung**

**Bedarfsanalyse sexualpädagogischer und sexualtherapeutischer Unterstützung be-
züglich der sexuellen Gesundheit und der Selbstbefriedigung erwachsener Frauen*
und Männer*, welche mindestens seit zwei Jahren in einer Institution für Menschen
mit einer Behinderung leben**

Vorgelegt von
Raffaella Kälin-Carrer

Erstgutachterin, Erstgutachter: Esther Elisabeth Schütz
Zweitgutachterin, Zweitgutachter: Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss

Abgabedatum: 22. August 2022

Abstract

In der vorliegenden Masterarbeit wird anhand vier qualitativer Interviews mit Frauen* und Männern* mit einer kognitiven Beeinträchtigung der Bedarf an sexualpädagogischen und sexualtherapeutischen Interventionen im Kontext einer Institution erforscht. Mit Leitfadenterviews in adäquater Sprache wird die Zielgruppe direkt befragt. Der Schwerpunkt liegt, unter Einbezug der sexuellen Gesundheit der Teilnehmenden, auf dem Erleben und Gestalten der Selbstbefriedigung. Anhand der Auswertung nach Mayring und der Konzepte der Institutionen wird der Bedarf an sexualtherapeutischer und sexualpädagogischer Unterstützung evaluiert.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1. Einleitung	3
1.1. Ausgangslage und Problemstellung.....	3
1.2. Ziel und Fragestellung.....	4
1.3. Methodisches Vorgehen.....	5
2. Definitionen	7
2.1. Sexuelle Gesundheit.....	7
2.2. Selbstbefriedigung.....	7
2.3. Kognitive Behinderung.....	8
3. Sexualpädagogik und Sexualtherapie von Menschen mit einer Behinderung ...	10
3.1. Sexualpädagogik	10
3.2. Sexualtherapie.....	11
3.3. Bedeutung für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung.	12
4. Die sexuelle Entwicklung	14
4.1. Die psycho-sexuelle Entwicklung des Menschen.....	14
4.2. Kognitive Behinderung als Einflussfaktor auf die sexuelle Entwicklung.....	19
4.3. Bedeutung für die Sexualerziehung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung.....	23
5. Selbstbefriedigung von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Behinderung in einer Institution	27
5.1. Selbstbefriedigung: Biologischer Ablauf.....	27
5.2. Selbstbefriedigung nach Sexocorporel.....	28
5.3. Grenzen der Gestaltung und Erlebarkeit der Selbstbefriedigung-im institutionellen Kontext.....	31
5.4. Bedeutung für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung.	33

6. Methodisches Vorgehen.....	35
6.1. Ziel der Untersuchung und die Forschungsmethode	35
6.2. Kriterien für die Auswahl der Befragten.....	36
6.3. Interviewte Personen und die Institutionen.....	37
6.4. Zugang zum Forschungsfeld.....	38
6.5. Konzepte der Institutionen	39
6.6. Interviewleitfaden.....	40
6.7. Durchführung des Interviews	41
6.8. Aufarbeitung und Auswertung der Daten.....	42
6.9. Datenschutz und Forschungsethik.....	43
7. Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Konzepte	45
7.1. Werte und Normen.....	45
7.2. Institutionelle Rahmenbedingungen	45
7.3. Fachliche Unterstützung und Wissensvermittlung	46
7.4. Gelebte Sexualität und Selbstbefriedigung	47
8. Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Interviews	48
8.1. Institutionelle Rahmenbedingungen	48
8.2. Werte und Normen.....	51
8.3. Fachliche Unterstützung.....	53
8.4. Wissen.....	57
8.5. Sexualität und Selbstbefriedigung.....	62
9. Diskussion.....	66
9.1. Über welches Wissen verfügen Frauen und Männer mit einer kognitiven Behinderung über die Selbstbefriedigung?	66
9.2. Welche Werte und Normen prägen ihre Einstellungen zu Sexualität und Selbstbefriedigung und was ist deren Ursprung?.....	67
9.3. Inwieweit leben Menschen mit einer kognitiven Behinderung ihre Selbstbefriedigung?	68

9.4. Welche verallgemeinernden Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbefriedigung und der Privatsphäre lassen sich aus den sexualpädagogischen Konzepten der beiden Institutionen ableiten?	69
9.5. Welche sexualpädagogische und sexualtherapeutische Begleitung erhalten die Bewohner_innen aktuell von den Fachleuten und inwieweit stimmen diese mit den sexualpädagogischen Konzepten der Institutionen überein?.....	72
10. Schlussfolgerung für die sexualtherapeutische und sexualpädagogische Arbeit mit Frauen* und Männer* mit einer kognitiven Behinderung.....	74
10.1. Institutionelle Rahmenbedingungen	74
10.2. Werte und Normen.....	75
10.3. Unterstützung der Bezugspersonen und Betreuer_innen.....	75
10.4. Direkte Arbeit mit Menschen mit einer Behinderung	76
10.5. Was braucht es für die Zukunft?.....	78
Nachwort	79
Literaturverzeichnis.....	80
Anhang	82

Vorwort

Das erste Mal in Berührung mit dem Thema Sexualität und Behinderung kam ich, als mein kognitiv behinderter Bruder in die Pubertät kam. Themen wie «Selbstbefriedigung», «Privatsphäre» und «Sexuelle Vorlieben» waren in unserem Familienalltag präsent. Und damit auch die damit einhergehenden Herausforderungen, Unsicherheiten und dem Unwissen, was er denn verstehen kann und was nicht und was man ihm beibringen soll und was nicht. Das Thema begleitete mich weiter in meinem Leben. Jetzt auch beruflich. Im Praktikum einer Heilpädagogischen Sonderschule unterrichtete ich teilweise den Sexualekundeunterricht. Als ausgebildete Sozialpädagogin und dann Gruppenleiterin in einem Wohnheim für erwachsene Menschen mit einer kognitiven und / oder psychischen Behinderung, begegnete mir das Thema Sexualität und Beziehungen täglich. Und auch die Diskrepanz zwischen Wünschen und realisierbarem Erleben. Behindert durch die Institutionen, die Angehörigen, die Beistand_innen, die finanziellen Mittel und dem Unwissen der Bewohner_innen selbst, welche Rechte und Möglichkeiten sie haben. Dieser Missstand der Benachteiligung, das nicht vorhandene Fachwissen auf Seiten von Betreuungspersonen und dass oft über die Klient_innen entschieden wurde, motivierten mich zu einer Masterarbeit, in welcher die Menschen mit einer kognitiven Behinderung selbst zu Wort kommen können. Mir ist bewusst, dass eine Stichzahl von vier Personen nicht alle Betroffenen repräsentieren. Aber aus der Praxis weiss ich, dass es genau diese Lebenswelt widerspiegelt, in der sie sich bewegen.

Ich möchte mich bei den vier Teilnehmer_innen bedanken, welche so offen und mutig meine Fragen beantwortet und sich, ohne dass sie mich kannten, geöffnet haben. Ich weiss, dass es einige von euch viel Überwindung gekostet hat und ich bin froh, dass ich dank euch, meine Masterarbeit verwirklichen konnte.

Ein weiterer Dank geht an Esther Elisabeth Schütz, Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voss und Heinz Jufer für die Unterstützung im Prozess der Arbeit, aber auch für die Begleitung während des ganzen Studiums und die für mich sehr entwicklungsreichen dreieinhalb Jahre.

Besonders bedanken möchte ich mich bei meiner Familie für die Unterstützung und das «Rücken-Freihalten» während des Studiums. Vielen Dank für die vielen Stunden des

Babysittens, für die finanzielle Unterstützung damit ich mir meine Zukunft aufbauen kann und das Vertrauen in mich.

Meinen lieben Mitstudent_innen bin ich dankbar für dreieinhalb Jahre Wegbegleitung, gemeinsames Lachen und Weinen und besonders für das gemeinsame Wachsen. Ich wünsche euch allen eine wunderbare Zukunft!

Vielen Dank!

1. Einleitung

1.1. Ausgangslage und Problemstellung

Menschen sind von Geburt an sexuelle Wesen und werden, verbal oder nonverbal, ab diesem Zeitpunkt in ihrer Sexualerziehung beeinflusst. Bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung wird wenig beachtet, dass ihre biologische Entwicklung kaum von derjenigen von Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung abweicht. Sie haben dieselben körperlichen und sexuellen Bedürfnisse (2000; Senckel, 2015). Trotzdem erhalten sie weniger Sexualerziehung als Menschen ohne Behinderung (Michielsen & Brockschmidt, 2021). Gemäss Ferrante und Oak (2020) ist die erteilte Sexualerziehung oft nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zugeschnitten. Besonders ihre Diversität und die damit verbundenen unterschiedlich benötigten Informationszugänge, erschweren ihnen den Zugang zu Informationen. Weitere Gründe, weshalb ihnen nicht die gleiche Sexualerziehung zuteilwird, sind, dass vielen Menschen mit einer Behinderung das Bedürfnis nach Sexualität abgesprochen wird. Oft wird ihnen eine Asexualität unterstellt oder sie werden infantilisiert. Mit dem Wunsch, sie zu schützen vor Gefahren wie Krankheiten, Schwangerschaften und sexueller Gewalt, gepaart mit dem nicht vorhandenen Fachwissen von Begleitpersonen, ergibt sich eine nicht umfassende und normative Sexualerziehung (Michielsen & Brockschmidt, 2021). Aufgrund der ungenügenden Ausbildung in Sexualpädagogik übergeben die Betreuungs- und Lehrpersonen die Verantwortung an die Eltern oder Betroffenen selbst ab. Diese können dem komplexen Thema jedoch oft nicht gerecht werden. Es fehlt ihnen an Fachwissen und sie können somit keine adäquate Unterstützung leisten (Kollöffel, 2021). Hinzu kommt, dass Sexualität, neben all den anderen Therapien, wie der Alltagsgestaltung, den medizinischen Problemen und den Herausforderungen für die Familien, keine Priorität hat (Michielsen & Brockschmidt, 2021).

Erwachsene mit einer kognitiven Behinderung, welche in einer Institution leben und auf die Unterstützung anderer Menschen angewiesen sind, befinden sich in einem Spannungsfeld zwischen ihren eigenen und den Bedürfnissen der Institution, beziehungsweise derjenigen der Fachpersonen (Ortland & Jennessen, 2019).

Wie also können Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ihre Sexualität effektiv leben und mit welchen Chancen und Herausforderungen sind sie dabei konfrontiert? Welche Themen interessieren sie wirklich? Wie (er-)leben sie ihre Sexualität? Inwieweit braucht es sexualtherapeutische und sexualpädagogische Interventionen? Diese Fragen gewinnen

in der Fachliteratur und der Praxis immer mehr an Wichtigkeit. Allerdings wurde bei der Recherche offensichtlich, dass selten betroffene Personen selbst befragt werden. Vorwiegend geschieht die Datengewinnung über Experten- oder Angehörigeninterviews. Diese Art der Datenerhebung spiegelt nur die beobachtende Position wider und erfasst die tatsächliche Lebenswelt von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bloss begrenzt.

In der vorliegenden Masterarbeit werden die Interviews direkt mit Erwachsenen mit einer kognitiven Behinderung geführt. Einerseits mit dem Wunsch, ihr Erleben und die Gestaltung der Sexualität und Selbstbefriedigung zu erforschen und andererseits aus ihren Bedürfnissen sexualtherapeutische und sexualpädagogische Interventionen abzuleiten.

1.2. Ziel und Fragestellung

Ziel dieser Masterarbeit ist es, das Erleben und Gestalten der Selbstbefriedigung von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Behinderung im Alter zwischen 20 und 30 Jahren zu erforschen und daraus den Bedarf an sexualpädagogischen und sexualtherapeutischen Interventionen abzuleiten

Aus diesem Ziel ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

Inwieweit haben Frauen* und Männer* mit einer kognitiven Behinderung, im Alter zwischen 20 und 30 Jahren, welche seit mindestens zwei Jahren in der Institution wohnen, einen Bedarf an sexualpädagogischer beziehungsweise sexualtherapeutischer Unterstützung bezüglich sexueller Gesundheit und im Speziellen der Selbstbefriedigung?

Daraus lassen sich die folgenden Leitfragen ableiten:

- Über welches Wissen verfügen Frauen* und Männer* mit einer kognitiven Behinderung zu Selbstbefriedigung und was wissen sie über die Selbstbefriedigung des anderen Geschlechts? Wie sind sie zu diesem Wissen gelangt?
- Welche Normen und Werte prägen ihre Einstellung zu Sexualität und Selbstbefriedigung und welches ist der Ursprung dieser Prägungen?

- Inwieweit leben Menschen mit einer kognitiven Behinderung ihre Selbstbefriedigung? Inwieweit haben sie ihr Verhalten in der Selbstbefriedigung im Laufe des Lebens verändert? Welche Zugangsmöglichkeiten haben die Bewohner_innen zu Hilfsmitteln wie Pornografie, Sexspielzeugen?
- Welche sexualpädagogischen Konzepte zu sexueller Gesundheit sind in den beiden Institutionen vorhanden und welche allgemeinen Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbefriedigung und der Privatsphäre lassen sich aus den sexualpädagogischen Konzepten der beiden Institutionen ableiten?
- Welche sexualpädagogische und sexualtherapeutische Begleitung erhalten die Bewohner_innen aktuell von den Fachleuten? Inwieweit stimmen diese mit den sexualpädagogischen Konzepten der Institutionen überein?

Begründet wird der Ausschluss von körperlichen Behinderungen damit, dass Veränderungen von Nervenbahnen oder dem Bewegungsradius der Extremitäten und das damit verbundene Angewiesensein auf pflegerische Unterstützung, stark beeinflussende Faktoren für die eigene Sexualität sind, welche den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden. Die Eingrenzung des Alters von 20 bis 30 Jahren resultiert daraus, dass die Teilnehmenden erwachsen sein müssen, jedoch noch so nahe wie möglich an der aktuellen schulischen Ausbildung sind. Sie sind die erste Generation, welche mit dem Internet aufgewachsen ist. Weiter wohnen sie nicht mehr zu Hause und haben somit einen grösseren Radius an Möglichkeiten, um Sexualität zu leben und sich darüber auszutauschen. Die Vorgabe, dass die interviewten Personen mindestens seit zwei Jahren in der Institution wohnen müssen, wird damit begründet, dass die Teilnehmer_innen sich in der Institution eingelebt haben und die institutionellen Konzepte und deren Umsetzung im Alltag kennen sollten.

1.3. Methodisches Vorgehen

Für diese Masterarbeit wurde der aktuelle Forschungsstand zum Thema Sexualität und kognitive Behinderung anhand einer Literaturrecherche erfasst. Nachdem wichtige Begriffe für ein gemeinsames Verständnis definiert wurden, widmet sich Kapitel drei der Frage, was ist Sexualtherapie und Sexualpädagogik und welche Bedeutung haben sie für die Begleitung von Menschen mit einer Behinderung.

Um zu verstehen, wie die sexuelle Entwicklung des Menschen ist und welche Unterschiede er in der Sexualerziehung erfährt, abhängig davon, ob er «kognitive Behinderung» zu seinem Persönlichkeitsmerkmal zählen darf oder nicht, wird im Kapitel «Die sexuelle Entwicklung» aufgezeigt.

Im darauffolgenden Kapitel wurde der Fokus auf die Selbstbefriedigung gelegt. Anschließend erfolgte die Evaluation zu den auftretenden Grenzen in der Gestaltung der Selbstbefriedigung im institutionellen Kontext und was diese für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung bedeuten.

Der methodische Teil widmet sich einerseits der Inhaltsanalyse der Konzepte der beiden Institutionen zu den Themen Sexualität, Selbstbefriedigung und Privatsphäre, andererseits werden Daten anhand eines Leitfadenterviews erhoben. Die Interviews werden mit je zwei Bewohner_innen mit einer kognitiven Behinderung aus jeder Institution geführt.

Die Auswertung der Konzepte sowie der transkribierten Interviews erfolgen mittels strukturierter Inhaltsanalyse in Anlehnung an Mayring (2015). Nachdem die Ergebnisse mittels deduktiver und induktiver Kategorisierung aufbereitet und dargelegt wurden, erfolgt in Kapitel 9 die Diskussion der gewonnenen Erkenntnisse und die Beantwortung der Leitfragen. Abschliessend konnte die Hauptfragestellung anhand gezogener Schlussfolgerungen für die sexualtherapeutische und sexualpädagogische Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung beantwortet werden.

2. Definitionen

2.1. Sexuelle Gesundheit

Unter dem Begriff «Sexualität» versteht jeder Mensch etwas anderes. Er ist geprägt durch die eigene Biografie, die erfahrene Sozialisation, das Alter, die sexuelle Orientierung und vielen weiteren Einflussfaktoren (Ortland, 2020). Sexualität ist angeboren und zeigt sich bereits pränatal anhand von Erektionen bei Föten. Sie verändert sich im Laufe des Lebens und bleibt bis zum Tod ein Aspekt des Menschen (Schuhrke et al., 2015).

Der salutogenetische Ansatz der Weltgesundheitsorganisation WHO bindet verschiedene Aspekte (Biologie, Beziehungen, Umwelt, Individualität) mit ein und definiert «Sexuelle Gesundheit» folgendermassen:

Ein Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität. Das bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit setzt einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen voraus, wie auch die Möglichkeit, genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen zu machen, frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit lässt sich erlangen und erhalten, wenn die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werden (WHO, 2006, zitiert nach BZgA (2015, p. 7)).

Ortland (2020) definiert, dass «Behinderungen» als ein Einflussfaktor, genau wie das Alter, der Migrationshintergrund oder beispielsweise das Geschlecht, genannt werden und so die sexuellen Erfahrungen verändern können. Es gäbe nicht «die» gelingende Sexualität, sondern sei absolut individuell. In diesem individuellen Rahmen sei das Ziel, dass jeder Mensch ein Leben in sexueller Gesundheit leben könne.

2.2. Selbstbefriedigung

Wie oben erwähnt, ist Sexualität angeboren. Durch Zärtlichkeiten in der Kindheit und das Ausweiten der Sinne entdecken Kinder bereits früh, dass ihr Körper ihnen lustvolle Gefühle ermöglicht. Sie beginnen an sich und mit ihrem Körper zu explorieren, zu spielen und lernen, was in ihnen angenehme, erregende und unangenehme Wahrnehmungen auslöst.

Selbstbefriedigung beginnt also schon ab Geburt und nicht erst in der Pubertät (Sielert, 2015).

Gemäss einer Studie der Universität Bern haben sich 94% der Frauen und 98% der Männer im Zeitraum eines Jahres selbstbefriedigt und nur 1% der Teilnehmer_innen gaben an, sich noch nie selbstbefriedigt zu haben. Die Studie kommt zum Schluss, dass Selbstbefriedigung, ein wichtiger Teil der Sexualität ist, allerdings je nach Lebenssituation, unterschiedlich häufig praktiziert wird (Gonin-Spahn et al., 2019, p. 9).

Selbstbefriedigung wird praktisch keinem Kind beigebracht (Schütz & Kimmich, 2000). Trotzdem machen es so viele erwachsene Menschen. Das Modell Sexocorporel vertritt die Haltung, dass Sexualität und somit die Selbstbefriedigung, das Ergebnis der bisherigen eingeübten Lernerfahrungen sind. Menschen bringen sich die Selbstbefriedigung autodidaktisch bei und konditionieren Berührungen und Bewegungen, welche sexuelle Erregung auslösen, entwickeln sie weiter, steigern die Erregung und kommen teilweise bis zum Orgasmus. Die beigebrachten Stimulationsmuster unterscheiden sich bei jedem Kind, manifestieren sich in der Pubertät und bleiben dann oft über Jahre beim einzelnen Individuum gleich (Bischof, 2020).

In dieser Arbeit wird Selbstbefriedigung als erlernter Teil der Sexualität betrachtet, den sich Menschen ohne Unterstützung beigebracht haben. Die Art und Weise wie sich jemand berührt, mit welchen Hilfsmitteln und aus welchen Gründen ist im Detail so individuell wie der Mensch selbst und kann aber durch dieses Erlernen als etwas dynamisches angesehen werden, dessen Entwicklung nicht abgeschlossen sein muss.

2.3. Kognitive Behinderung

Das ICD-10, F70-F79 definiert eine kognitive Intelligenzminderung beziehungsweise eine geistige Behinderung folgendermassen:

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 Kognition, Sprache, motorische und soziale Fähigkeiten. Eine Intelligenzstörung kann allein oder zusammen mit jeder anderen psychischen oder körperlichen Störung auftreten. (ICD-10, 2022)

Es folgen weitere Abstufungen, welche sich hauptsächlich auf den Intelligenzquotienten stützen und diese mit dem Entwicklungsalter von Kindern vergleichen. Diese Definition wird der Komplexität des Themas nicht gerecht. Ortland versteht Behinderung «als eine Relation zwischen der als behindert bezeichneten Person und ihrer Umwelt» (2020, S. 16). Ob eine Eigenschaft eines Menschen als Behinderung wahrgenommen wird hängt also von den Anpassungsleistungen und den Bewertungsprozessen ab, welche alle beteiligten sozialen Partner_innen in spezifischen, kontextabhängigen Situationen machen. Die Anpassungsleistung muss grösser sein, je ungewohnter das Merkmal eines_einer Sozialpartner_in ist (Ortland, 2020).

In diesem Sinne wird in der folgenden Arbeit der Begriff «Behinderung» verstanden: Als eine Eigenschaft eines Menschen, welchem aufgrund der nicht gelungenen Anpassungsleistung aller Interaktionspartner_innen und des gesellschaftlichen Bewertungsprozesses, der Zugang zu benötigten Ressourcen erschwert oder verwehrt bleibt.

3. Sexualpädagogik und Sexualtherapie von Menschen mit einer Behinderung

Für eine einheitliche Begrifflichkeit in dieser Arbeit wird im folgenden Kapitel der Unterschied zwischen der Sexualpädagogik und der Sexualtherapie erläutert und aufgezeigt, welche Bedeutung diese Angebote für die Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Behinderung haben.

3.1. Sexualpädagogik

«Sexualpädagogik ist eine Aspektdisziplin der Pädagogik, welche sowohl die sexuelle Sozialisation als auch die intentionale erzieherische Einflussnahme auf die Sexualität von Menschen erforscht und wissenschaftlich reflektiert» (Sielert, 2015, p. 12). Pädagogik ist heutzutage nicht mehr auf Kinder und Jugendliche beschränkt, sondern bezieht jedes Alter mit ein. Der Begriff «Sexualpädagogik» beinhaltet die Sexualerziehung, die Sexuaufklärung und die Sexualberatung. Das heisst, sie nimmt kontinuierlich einen erzieherischen Einfluss auf das Wissen, die Normen und Werte, die Verhaltensformen und Sinnesaspekte der Menschen. Als Unterkategorie kann die Sexuaufklärung gesehen werden, welche meist in einem kurzzeitigen Setting zielgruppenorientiert Informationen zum Thema Sexualität weitergibt. Die Sexualberatung unterstützt im Einzel- oder Gruppensetting die Lern- und Entwicklungsprozesse der Menschen (Sielert, 2015).

Die Sexualpädagogik sollte sexualfreundlich sein, sowie themen- und subjektzentriert. Ein weiteres Ziel ist die Anerkennung der Vielfalt sexueller Identitäten, welche die Basis für sexuelle Selbstbestimmung legt (Ortland, 2020). Trotzdem besteht ein Spannungsfeld zwischen einer sexpositiven und einer gefahrenabwendenden, präventiven Sexualpädagogik. Dieser Ruf nach Prävention erfolgt aus der Angst und der Unwissenheit heraus. Mit Aufklärung und dem Ersetzen von falschen Informationen durch richtige, kann der sinnlichen und lustvollen Sexualpädagogik mehr Gewicht verliehen werden (Schuhrke et al., 2015). Eine gelungene Sexualpädagogik lehrt den Menschen die kognitiven, emotionalen, sozialen, beziehungs-basierten und körperlichen Aspekte der Sexualität. Sie befähigt durch Wissen, Handlungsmöglichkeiten und einer positiven Werterhaltung das Verständnis für eine eigene, lustvolle und verantwortungsvolle Sexualität (ExpertGroup, 2016).

3.2. Sexualtherapie

Die Sexualtherapie wurde erst in den 1970er Jahre zu einer eigenständigen Therapieform, welche sich seit damals immer weiterentwickelt und verschiedene Ansätze hervorgebracht hat. Einer davon ist das Modell Sexocorporel von Jean-Yves Desjardins (Sztenc, 2020). «Sexocorporel ist eine umfassende Sichtweise der menschlichen Sexualität, die alle physiologischen, emotionalen, kognitiven und Beziehungskomponenten berücksichtigt, die das sexuelle Erleben ausmachen». (Bischof, 2012, p. 1).



Abb.1: Das Modell Sexocorporel. Anmerkung. In Anlehnung an *Embodimentorientierte Sexualtherapie. Grundlagen und Anwendungen des Sexocorporel* (p. 58), von M. Sztenc, 2020, Schattauer.

Das Grundprinzip besagt, dass Körper und Geist eine Einheit bilden und sich gegenseitig beeinflussen. Sprich Veränderungen werden durch Interventionen am Körper, durch Wahrnehmung, aber auch durch Reflexion ermöglicht. Die vier Komponenten «Kognitive Komponenten», «Persönliche Komponenten» oder auch «Sexodynamische Komponenten»

genannt, die «Beziehungskomponenten» und die «Physiologischen Komponenten» teilen zum einfacheren Verständnis den Körper und Geist wie in Abbildung 1 auf. Je nach Thematik der Klient_innen verändert der_die Therapeut_in anhand von Interventionen wie Gespräche, Wahrnehmungsübungen oder Körperübungen eine oder mehrere der Komponenten, welche wiederum einen Einfluss auf die anderen hat. Symbolisch sind dafür Pfeile in der Abbildung 1 eingezeichnet (Sztenc, 2020). Eine vertieftere Auseinandersetzung mit dem Modell erfolgt in Kapitel 5.2 «Selbstbefriedigung nach Sexocorporel».

Im Vergleich zur Sexualpädagogik zielt die Sexualtherapie meist auf einen längeren Verlauf der Behandlung ab und widmet sich vertiefter den individuellen Anliegen der Klient_innen. Bei beiden Angeboten ist die Beziehungsarbeit ein wichtiger Grund, damit die Begleitung erfolgreich abgeschlossen werden kann (Von Schlippe & Schweitzer, 2016). Die psychoedukation, oder auch Patientenschulung, vermittelt den Klient_innen Wissen zu ihrer Sexualität und ermöglicht ein Verständnis für die zusammenspielenden Faktoren (Hartmann, 2021).

3.3. Bedeutung für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung

Für die Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Behinderung macht die Kombination von körperorientierter und edukativer Therapie am meisten Sinn (Senckel, 2015).

Das Modell Sexocorporel arbeitet nicht nur auf kognitiver Ebene mit den Klient_innen, sondern auch über körperliche Veränderungen. Durch Beschreibungen und Beobachtungen des Körpers, des Verhaltens und der Emotionen können auch Menschen, welche Mühe haben sich selbst zu reflektieren oder sich verbal auszudrücken in eine (nonverbale) Kommunikation mit den Therapeuten gehen. Deshalb eignet sich Sexocorporel für die sexualtherapeutische Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Behinderung sehr gut.

Der sexualpädagogische Anteil schult nicht nur die Menschen mit einer kognitiven Behinderung selbst, sondern auch deren Umfeld.

Martin (2021) beschreibt, dass es herausfordernd sein kann, Fachpersonen zu finden, welche sowohl im Behinderten-, wie auch im sexualtherapeutischen Bereich qualifiziert sind. Als weitere Hürde nennt sie, dass die Klientel selten von sich aus den Erstkontakt herstellen

kann, sondern auf die Hilfe von Bezugspersonen angewiesen ist. Es stellen sich Fragen wie:

- Wer übernimmt die Finanzierung?
- Finden die Sitzungen in der Praxis oder in der Institution statt?
- Ist die Praxis barrierefrei (inkl. Toilette)?
- Kommt die Person allein oder wird sie begleitet?
- Nimmt die Begleitperson teil oder wartet sie draussen?
- Wie kommuniziert der_die Klient_in?
- Braucht es unterstützende Kommunikation?
- Wie kann die Schweigepflicht gewahrt werden?
- Welche Informationen dürfen weitergegeben werden?
- Welche Begleitung benötigt das Umfeld? (Martin, 2021)

Das ganze System der Menschen mit einer kognitiven Behinderung und die individuellen Eigenschaften spielen eine grosse Rolle und müssen in der Sexualbegleitung mitbedacht werden.

Welchen Einfluss die individuellen Eigenschaften und die Sexualentwicklung haben, wird im nachfolgenden Kapitel beleuchtet.

4. Die sexuelle Entwicklung

Gemäss Fegert et al. (2015) hat jeder Mensch in seinem Lebenslauf eine Reihe von Herausforderungen zu bewältigen. Diese Entwicklungsaufgaben werden durch verschiedene Faktoren wie die biologische Entwicklung, die Kultur oder die Erwartungen der Gesellschaft beeinflusst.

Im folgenden Kapitel wird die sexuelle Entwicklung eines Menschen erläutert und anschliessend aufgezeigt, wie die Eigenschaft einer kognitiven Behinderung diese Entwicklung beeinflussen kann.

Die körperliche und biologische Entwicklung bei kognitiver Behinderung entspricht meist der Norm, kann aber manchmal etwas verlangsamt sein (Stier et al., 2018). Das heisst, das Lebensalter und der psychosoziale Entwicklungsstand können sich unterscheiden, was zu Spannungen führt, besonders bei den Bezugspersonen (Senckel, 2015) Die Gefahr einer Infantilisierung und somit die Verleugnung von sexuellen Bedürfnissen durch die Bezugspersonen können die Folge sein (Ortland, 2020).

4.1. Die psycho-sexuelle Entwicklung des Menschen

Erstes Lebensjahr

Die Haut ist das grösste Organ und spielt bei der Entwicklung der Sinne ab Geburt eine grosse Rolle. Durch Berührungen des Körpers und das Saugen an der Brust oder der Flasche entstehen sinnliche Wahrnehmungen bei einem Baby. Diese lustvollen Berührungen können den angeborenen Erregungsreflex auslösen und somit Blut in die Geschlechtsorgane strömen und diese anschwellen lassen. Das Kind erfährt das erste Mal, dass durch Anspannen und Entspannen lustvolle Gefühle ausgelöst werden können (Schütz & Kimmich, 2000). Durch drücken des Beckens gegen ein Objekt oder das Kreuzen der Oberschenkel und Zusammenpressen stimulieren sich Kleinkinder selbst (Schuhrke et al., 2015). Körperkontakt vermittelt dem Baby Sicherheit durch die Bezugsperson und hilft ihm ein positives Körperbild zu entwickeln. Mit fortschreitender Entwicklung der Beweglichkeit erweitern sich die Möglichkeiten des sich Wahrnehmens durch Greifen, zum Mund führen von Gegenständen, Rollen, Krabbeln und durch Laufen. Nun können Kinder auch mitbestimmen, mit welchen Menschen sie in Interaktion treten wollen und wo sie lieber Distanz wahren möchten (Ortland, 2020).

Durch die feinmotorische Entwicklung des Greifens können Kinder schon bald gezielt nach ihren Geschlechtsteilen greifen und mit ihnen spielen und diese erkunden. Ein Kind nimmt die verbalen, aber auch nonverbalen Reaktionen der Bezugspersonen bewusst wahr. Sie prägen ihre Sexualität von Beginn an. Dies betrifft auch die Art und Weise, wie Bezugspersonen die Geschlechtsteile beim Wickeln, Waschen, Massieren berühren oder noch öfters, nicht mit einbeziehen (Schütz & Kimmich, 2000). Sielert (2015) empfiehlt, die Geschlechtsteile sollten genauso mit einbezogen und benannt werden, wie alle anderen Körperteile. Für Schönherr (2022) ist klar, dass eine wohlwollende Haltung, welche Erlaubnis und Schutz vermittelt, eine positive Veränderung in der Sexualentwicklung von Kindern mit sich bringen würde.

Zweites Lebensjahr

Im zweiten Lebensjahr wird das Interesse an den Geschlechtsorganen deutlich grösser. Die Kinder merken, dass sie ihnen angenehme Gefühle bereiten können (Sielert, 2015). Die Berührungen an den Geschlechtsteilen können auch zur Beruhigung, ähnlich dem Dau-menlutschen, dienen (Senckel, 2015). Aufgrund der hohen Anzahl von Kindern, welche sich selbst stimulieren und sich angenehme Empfindungen schenken, sind sich verschiedene Studien einig, dass dies «normal» sei und zur Entwicklung dazugehöre (Ortland, 2020).

In diesem Alter entwickeln Kinder ein Bewusstsein, dass sich ihre Bezugspersonen körperlich unterscheiden. Sowohl im Vergleich zu ihnen, wie auch zwischen den Geschlechtern. Sie beginnen sich einem Geschlecht zu zuordnen, haben aber das Gefühl, dies sei noch veränderbar (Senckel, 2015). In dieser Entwicklungsphase möchten Kinder die Geschlechtsteile der Eltern anfassen und von ganz nahem sehen. Damit dringt es unwissentlich in den Intimbereich des Erwachsenen ein und kann bei ihnen sexuelle Erregung auslösen. Die erwachsenen Personen müssen ihre Grenzen wahren und diese dem Kind bewusst und ohne Vorwurf aufzeigen. Damit erlernt das Kleinkind, dass es in Ordnung ist, Grenzen bei seinem Körper zu setzen und «nein» zu sagen (Sielert, 2015).

Die körperlichen Ausscheidungen rücken jetzt in den Fokus. Zum ersten Mal haben Kinder bewusst die Macht über ihren Körper und kontrollieren ihre Schliessmuskeln und das Entleeren der Blase und des Darms. Das Loslassen kann angenehme Empfindungen hervorrufen und manche Kinder warten deshalb bis zum letzten Moment. Jungen können oft früher unterscheiden, dass Kot und Urin nicht aus der gleichen Öffnung kommen. Mädchen

brauchen dort Anleitung durch die Bezugspersonen, damit keine Verknüpfung entsteht, dass ihre Vulva ein Ort ist, wo es schmutzig ist (Schütz & Kimmich, 2000). Zwang und Machtkämpfe in der Sauberkeitserziehung können als schlimme Demütigung empfunden werden (Senckel, 2015)

Drittes bis sechstes Lebensjahr

Ab zwei bis drei Jahren kann die Selbstbefriedigung so gezielt angewandt werden, dass sie zu einem Orgasmus führt. Die Kinder müssen lernen, dass Selbststimulation in Ordnung ist, aber nicht überall und nicht immer gemacht werden kann. Sie benötigen einen alternativen, sicheren Raum wie ihr Zimmer dafür. Andere Kinder werden zunehmend wichtiger. Mit ihnen erforschen sie gegenseitig die Körper im Spiel. Der ganze Körper wird gezeigt, betrachtet, manchmal berührt. So kann die sexuelle Neugier, anders als mit Erwachsenen, spielerisch gestillt werden (Schuhrke et al., 2015). Durch Doktorspiele werden sie sich ihrer eigenen Geschlechtszugehörigkeit noch bewusster, sie verlieben sich genau wie die Erwachsenen und üben mit Gleichaltrigen die sozialen Rollen in Gruppen. Die Sprache wird sexualisiert und die Fäkalsprache an Erwachsenen erprobt. Die Macht, bei den Erwachsenen durch diese Wörter eine Reaktion auszulösen, geniessen viele Kinder (Sielert, 2015).

Die Beherrschung ihres Körpers macht Kinder stolz und sie übertragen diese Selbstbestimmung auch in andere Bereiche. Diese «Ich-Entwicklung» fördert eine weitere Abgrenzung zu den Erwachsenen und zeigt sich im Alltag durch Autonomiebestreben, dem Wunsch, den eigenen Willen durchzusetzen (Trotzalter) und dem Erfahren, wie mit ihren Bedürfnissen umgegangen wird (Ortland, 2020). Besonders wichtig für die Prävention vor sexuellen Übergriffen ist die Sicherheit, «nein» verbal oder nonverbal ausdrücken zu dürfen und nicht zu irgendeiner Art Intimität gezwungen zu werden. Bezugspersonen dienen als Vorbilder, denn viele haben selbst Mühe, ihre Bedürfnisse zu äussern und die Kinder beobachten genau, wie sie untereinander agieren. Das Experimentieren mit ihrem Rollenverständnis weitet sich auf alle Bereiche des Lebens aus. Eltern werden zu Liebesobjekten (ödisipale Phase) und sehnsüchtig umschwärmt. Diese Objektbesetzung ist natürlich, da die Eltern die intimsten Bezugspersonen sind. Sie üben spielerisch das Verführen und lösen sich weiter von ihnen (Sielert, 2015). Der andere Elternteil kann als Rival_in gesehen werden und das Kind braucht Verständnis, damit es lernt, dass es um Zuneigung werben und sich mit Rival_innen messen darf. Allerdings darf diese Zuneigung nicht für das eigene Selbstwertgefühl des Erwachsenen missbraucht oder gegen die andere Bezugsperson ausgespielt

werden. Dies könnte zu schwer auflösbaren und unangemessenen Bindungen zu einer Person beitragen (Senckel, 2015).

Durch diese Ablösungsprozesse entsteht auch eine Diskrepanz zwischen dem Wunsch nach Autonomie, Schamgefühl und den Bedürfnissen nach Nähe und Geborgenheit (Ortland, 2020).

Siebtes bis Zehntes Lebensjahr

Beziehungen ausserhalb der Familie gewinnen an Bedeutung und die Kontakte zu gleichaltrigen sind sehr wichtig. Die Kinder knüpfen Freundschaften, verlieben sich in alle Geschlechter und sind gegen Ende dieser Altersstufe vor allem in gleichgeschlechtlichen Gruppen unterwegs. Über Spiele, Necken und Stören lernen sie Grenzen zu setzen und sich vor Übergriffen zu schützen. Sie entwickeln einen Gerechtigkeitsinn und die Fähigkeit mit Normen umzugehen. Dadurch, dass das Schamgefühl sich noch weiter verstärkt, distanzieren sie sich noch mehr von körperlicher Nähe und Zärtlichkeiten der Bezugspersonen. Erwachsene, welche diesen Prozess respektieren, unterstützen sie in diesem wichtigen Entwicklungsschritt der Ablösung (Schütz & Kimmich, 2000).

Das Interesse an der Sexualität und Informationen dazu ist weiterhin sehr gross. 31% der Mädchen und 35% der Jungen im Alter zwischen 9 und 13 Jahren haben sexuelle Fantasien, halten diese aber geheim (Sielert, 2015, p. 107). Trotzdem wird die gelebte Sexualität in diesem Alter vermehrt vor den Erwachsenen verborgen (Schuhrke et al., 2015). Biologisch beginnt in diesem Alter im Körper die Vorbereitung auf die Pubertät (Senckel, 2015).

Elfte bis Achtzehntes Lebensjahr

Die Pubertät beginnt und wird begleitet von grossen psychischen, körperlichen und emotionalen Veränderungen im Jugendlichen. Sie sind hin- und hergerissen zwischen elterlicher Liebe und Geborgenheit und der Ablösung in ihre Sexualität und Liebesbeziehungen ausserhalb der Familie (Schütz & Kimmich, 2000). Durch die explodierenden Hormone steigt auch die sexuelle Erregbarkeit und die Selbstbefriedigung gewinnt mehr Bedeutung. Diese Veränderungen bedeuten eine Auseinandersetzung mit sich selbst, wer man ist, wie man sein möchte und welche Werte und Normen man vertritt (Senckel, 2015). Die Jugendlichen vergleichen sich, sind verunsichert durch die schnellen körperlichen Veränderungen, das

Selbstwertgefühl kann schwanken. Sie möchten dazugehören und experimentieren mit ihren Grenzen, ihrem Rollenverständnis und ihrem Aussehen (Schütz & Kimmich, 2000).

Die Pubertät ist auch geprägt von vielen ersten Malen. Der erste Samenerguss, die erste Menstruation, der erste Kuss, die erste richtige Beziehung, die erste grosse Liebe und das erste Mal Geschlechtsverkehr. 2009 hatten 65% der Jungen und 66% der Mädchen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren bereits Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr. Im Vergleich dazu hatten ein Fünftel der 17-jährigen keinerlei sexuelle Partnerkontakte. Also keinen Kuss oder andere sexuelle Interaktionen. Sexualität spielt sich bei den meisten Jugendlichen in ihren Partnerschaften ab, welche zwar häufiger wechseln, aber währenddessen oft den Anspruch auf eine monogame Beziehung haben (Sielert, 2015, p. 118).

Der Umgang mit Pornografie ist eine Entwicklungsaufgabe der modernen Zeit. Trotz einiger Gegenstimmen, entwickeln die meisten Jugendlichen die Selbstregulierungskompetenz für einen sensiblen und reflektierten Umgang mit Pornografie (Schuhrke et al., 2015).

Neunzehntes bis Dreissigstes Lebensjahr

Das Erwachsenenalter wird, bis zu den Wechseljahren, nicht mehr gross von biologischen Reifungsschritten geprägt sein. Vielmehr treten psychosoziale Entwicklungsaufgaben in den Vordergrund. Zwischen dem neunzehnten und dreissigstem Lebensjahr sind das insbesondere der Auszug aus dem Elternhaus, sich mit einer (beruflichen) Ausbildung finanziell unabhängig zu machen, in die Erwachsenenwelt einzutreten, verbindlichere, tiefergreifendere Beziehungen zu führen und möglicherweise zu heiraten und Kinder zu kriegen (Senckel, 2015).

Besonders die Gestaltung der Beziehungen und die Familiengründung sind in der heutigen Zeit und auch für diese Lebensspanne, sehr vom sozialen Wandel abhängig und vielfältig gelebt. Es gibt viele Arten des Zusammenlebens, die unabhängig sind vom Zivilstand und der eigenen Kinder. Trotzdem wünschen sich mehr als die Hälfte der 12 bis 25-Jährigen in der Zukunft eigene Kinder und möchten diese so erziehen, wie sie selbst erzogen wurden (Bodmer, 2013).

Die Möglichkeit, schwanger zu werden und Kinder auf die Welt zu bringen, «ist im Gegensatz zur beziehungsorientierten [Sexualität] zeitlich und zahlenmässig begrenzt, ermöglicht

keine graduelle Realisierung und ist fakultativ»(Beier et al., 2005, p. 676). Das heisst, es gilt das «Alles-oder-Nichts»-Prinzip und die Entscheidung, ob man Kinder möchte, müssen Frauen zwischen der Pubertät und der Menopause, Männer zwischen der Pubertät und dem Ende ihrer sexuellen Aktivität, entscheiden (Beier et al., 2005). Die Ausgestaltung der individuellen und paarbasierten Sexualität ist nicht mit der Pubertät beendet. Sie kann sich lebenslang fortsetzen und immer wieder verändert werden (Schuhrke et al., 2015)

Für einen gelungenen Ablösungsprozess brauchen die jungen Erwachsenen ein Elternhaus, oder Bezugspersonen, die sie vertrauensvoll freigeben, aber den emotionalen Rückhalt beibehalten (Schütz & Kimmich, 2000).

4.2. Kognitive Behinderung als Einflussfaktor auf die sexuelle Entwicklung

Wie mehrfach erwähnt, entwickeln sich Kinder mit einer kognitiven Behinderung auf der biologischen Ebene gleich oder nur leicht verzögert, wie Kinder ohne dieses Merkmal (Stier et al., 2018). Deshalb wird in diesem Kapitel, ohne Anspruch auf Vollständigkeit, auf spezifische Faktoren eingegangen, welche die Sexualentwicklung beeinflussen können.

Erstes Lebensjahr

Achilles (2013) beschreibt, dass es Eltern ein Leben lang erschüttere, wenn sie ein behindertes Kind bekämen. Mit der Diagnose müssten Gefühle der Enttäuschungen, des Schmerzes und der Mühe verarbeitet werden. Deshalb bräuchten diese Eltern im Leben eine extra Portion Mut und Lebenskraft, damit sie Ihr Schicksal annehmen und bewältigen könnten.

Auch Ortland (2020) erwähnt, dass Eltern in diesem Moment zwei Enttäuschungen erleben können. Einerseits die eigene und die damit verbundene in das Kind gesetzte Zukunftserwartung und andererseits die über die herabgesetzte Lebensmöglichkeit des Kindes. Zu Beginn müssen sich Eltern neu orientieren, erleben ambivalente Gefühle wie Zuneigung und Ablehnung und fühlen sich allein, da sie oftmals kein Handlungsmodell zur Verfügung haben. Für eine sichere Bindung und das Aufbauen des Urvertrauens bräuchten die Kinder in diesem Moment ganz besonders eine körperliche und emotionale Zuwendung. Die Bindungsarbeit kann durch Behandlungen und Krankenhausaufenthalte zusätzlich erschwert werden. Schluck- oder Saugschwierigkeiten können noch im Alter zu oralen Befriedigungsängsten führen (Ortland, 2020).

Die im ersten Lebensjahr erlernten Stimuli wie Schaukeln, Daumenlutschen und erste Formen der genitalen Stimulation zielen auf ein sich lustvolles Spüren ab. Auch bei Erwachsenen mit einer kognitiven Behinderung können diese Stereotypen beobachtet werden (Senckel, 2015).

Weitere Einschränkungen können die kommunikative und motorische Entwicklungsverzögerung sein. Besonders bei eingeschränkter (non-) verbaler Kommunikationsfähigkeit ist das auf sich Aufmerksam machen für die eigenen Bedürfnisse sehr erschwert und benötigt aufmerksame Bezugspersonen, damit alle Bedürfnisse des Kindes befriedigt werden. Da Kleinkinder mit einer kognitiven Behinderung am Ende des ersten Lebensjahres oft noch nicht Krabbeln oder Laufen, ist das Erproben von Nähe und Distanz mit verschiedenen Kontaktpersonen erschwert (Ortland, 2020).

Zweites Lebensjahr

Damit ein Kind seinen Körper entdecken kann, braucht es eine vielseitige motorische Entwicklung. Je nachdem wie schnell es gewickelt wird, reicht die Zeit nicht aus, das eigene Geschlecht zu erforschen. Wenn die Mobilität noch eingeschränkt ist, kann den Bezugspersonen nicht ins Bad gefolgt werden, um deren Genitalien zu betrachten und sie zu vergleichen (Ortland, 2020).

Die im Trotzalter angestrebte Macht und Selbstbestimmung kann durch eine eingeschränkte Verbalsprache grosse Frustration und Aggression auslösen. Auch diese sind ein Versuch des Ausdrucks und der Abgrenzung. Trotz ist wichtig für die eigene Identitätsbildung und benötigt geduldige und verständnisvolle Erwachsene. Dieses Spannungsfeld zwischen Unabhängigkeit und Abhängigkeit wird kaum jemals aufzulösen sein und begleitet Menschen mit einer Behinderung oft ihr ganzes Leben (Ortland, 2020).

Drittes bis sechstes Lebensjahr

Aufgrund des kognitiven Entwicklungsstandes des Kindes kann es sein, dass das Erlernen der Kontrolle über Kot und Urin nicht stattfindet und auch später noch Inkontinenzmaterial gebraucht wird (Stier et al., 2018). Da ihnen das Einüben der Selbstbestimmung über den eigenen Körper fehlt, kann es sein, dass eine stabile Ich-Funktion nicht vollständig entwickelt wird (Ortland, 2020).

Je älter die Kinder werden, desto wichtiger wird in der Gesellschaft die verbale Sprache. Ist diese zu wenig ausgebildet, können nicht alle Fragen gestellt werden, die Rolleneinübung ist erschwert, Kontaktaufnahme mit anderen Kindern und das damit verbundene Spiel ist so viel weniger möglich. Das Grenzen setzen und Verstehen bei Doktorspielen ist so eingeschränkt und die Gefahr von Grenzüberschreitungen auf beiden Seiten der Spielpartner_innen möglich. Ab drei Jahren sind Kinder ohne Beeinträchtigung hin und hergerissen zwischen Neugierde, Ekel und dem sozial erwünschten Verhalten der Akzeptanz. Kinder mit einer Behinderung könnten diese Ambivalenz und Ablehnung wahrnehmen und dadurch in ihrer Beziehungsgestaltung verunsichert werden. Falls Kinder weiterhin auf pflegerische Unterstützung angewiesen sind, kann die Entwicklung des Schamgefühls zwar normal verlaufen, wird jedoch aufgrund der pflegerischen Bedürfnisse regelmässig übergangen (Ortland, 2020).

Siebtes bis Zehntes Lebensjahr

Die Intimsphäre wird in diesem Alter weiter aufgebaut und muss für eine gesunde Sexualisierung respektiert werden. Insbesondere andersgeschlechtliche Bezugspersonen sollten in dieser sensiblen Phase diskret handeln. Herausfordernd dabei kann die Diskrepanz zwischen dem tatsächlichen Lebensalter und dem Entwicklungsalter sein. Wobei auch hier das Lebensalter als Orientierungspunkt dient (Senckel, 2015).

Viele Kinder können nicht an ihrem Wohnort zur Schule gehen und haben so nicht die Möglichkeit, ihre Freunde selbständig zu treffen. Sie sind abhängig von Fahrdiensten und den Eltern. Aus diesem Grund bleiben die sozialen Aufeinandertreffen mit den Peers oft auf die Schule oder virtuelle Kontakte beschränkt. Ein weiterer Punkt ist, dass aufgrund der kognitiven Entwicklung teilweise das Spielen mit jüngeren Kindern bevorzugt wird. Je nach tatsächlichem Lebensalter des behinderten Kindes, kann dies bei Erwachsenen Irritationen auslösen (Ortland, 2020).

Elftes bis Achtzehntes Lebensjahr

Die körperlichen Veränderungen der Pubertät spielen sich bei behinderten und nicht behinderten Jugendlichen äquivalent ab. Die psychosoziale Entwicklung jedoch wird von der Behinderung auf unterschiedliche Arten beeinflusst (Stier et al., 2018). Somit ist die Diskrepanz zwischen der psychischen und der körperlichen Entwicklung noch grösser. Dies kann sich in einer starken Affektlabilität äussern. Die Abgrenzung zu den Bezugspersonen und

die Hinwendung zu Freunden kann wichtig geworden sein und sollte akzeptiert und unterstützt werden. Die Intimsphäre der Jugendlichen muss weiter ausgebaut werden. Auch die sexuellen Kontakte sollten, entsprechend dem geistig-emotionalen Entwicklungsstand und der Beziehungsfähigkeit, ermöglicht und begleitet werden. Trotzdem haben junge Menschen mit einer kognitiven Behinderung, aufgrund einer lebenslangen Abhängigkeit von Betreuungspersonen, nur beschränkte Entfaltungsspielräume für eine altersadäquate Lebensführung (Senckel, 2015). Besonders die sexuelle Entwicklung ist abhängig von der moralischen Einstellung und der Toleranz der Bezugspersonen. Deshalb wird ihnen im institutionellen Kontext und im familiären Umfeld weniger Eigenständigkeit zugetraut als nicht behinderten Menschen. Dies führt wiederum dazu, dass sie weniger Erfahrungsaustausch mit gleich- oder gegengeschlechtlichen Jugendlichen mit Behinderung machen können (Stier et al., 2018).

Die Jugendlichen klären sich gegenseitig untereinander auf und geben ihre eigenen Erfahrungen weiter. Dies zieht sich auch im höheren Erwachsenenalter weiter. Damit aber daran teilgenommen werden kann, benötigt es eine verbale Sprache und ein Verständnis für das Gesagte. Ohne diese Fähigkeiten ist es schwer, sich einer Gruppe zugehörig zu fühlen und sich ihr anzupassen (Lache, 2016).

Der Zugang zu den Neuen Medien, dem Internet und der Pornografie ist einerseits durch «die mangelnde Vermittlung relevanter mediendidaktischer Kompetenzen» (Ortland, 2020, p. 143) erschwert, andererseits durch mögliche Schwierigkeiten beim Lesen und Schreiben (Ortland & Jennessen, 2019).

Neunzehntes bis Dreissigstes Lebensjahr

Die ab diesem Lebensabschnitt erwartete Selbständigkeit können Menschen mit einer kognitiven Behinderung nicht in hinreichendem Masse erfüllen. Sie bleiben ein Leben lang auf angepasste Unterstützung angewiesen und je nach Grad der Behinderung, steigt auch die Abhängigkeit (Senckel, 2015). Senckel (2015) betont,

Zugleich nach Umgangs- und Lebensformen zu suchen, die dem tatsächlichen Lebensalter Rechnung tragen. Die dem Entwicklungsstand gerechte Kommunikation rechtfertigt niemals, den behinderten Menschen als Kind zu betrachten, sondern sie schützt ihn nur vor Überforderung (manchmal auch vor Unterforderung) und verhilft zum Gelingen des Kontakts. (p. 110)

Viele Erwachsene mit einer kognitiven Behinderung ziehen in diesem Lebensabschnitt aus dem Elternhaus in eine Institution für Menschen mit einer Behinderung um und gehen einer wirtschaftlichen Tätigkeit nach. Das freie Erleben von Sexualität und Beziehungen wird von Bezugspersonen streng überwacht, gesteuert oder sogar unterbunden und ist durch ihre Werthaltung geprägt. Deren Angst vor Abhängigkeiten, sexueller Gewalt oder Schwangerschaften sind hindernde Faktoren für die positiven Aspekte der Beziehungen und Sexualität. Diese steigern das Selbstwertgefühl, fördern die seelische-emotionale Ausgeglichenheit, minimieren das Risiko von Depressionen und Aggressionen und fördern das Sozialverhalten im Allgemeinen (Senckel, 2015).

Einhergehend mit der Sexualität ist oft der Wunsch nach einem Kind. Unabhängig von dem kontrovers diskutierten Thema, ob Menschen mit einer kognitiven Behinderung Kinder haben «dürfen» / «sollen» / «können», besteht diese Thematik und muss mit den involvierten Menschen besprochen werden (Ortland & Jennessen, 2019)

4.3. Bedeutung für die Sexualerziehung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung

Anhand der Lebensabschnitte von der Geburt bis zum dreissigsten Lebensjahr von Menschen mit und ohne Behinderung wurde aufgezeigt, wie biologische, gesellschaftliche und psychosoziale Faktoren die sexuelle Entwicklung beeinflussen. Es wurde deutlich, dass besonders Menschen mit einer kognitiven Behinderung eine individuelle, auf ihre psychosoziale Entwicklung, sowie das Lebensalter berücksichtigende Begleitung benötigen. Diese Unterstützung muss sich dem Spannungsfeld der Abhängigkeit und der Autonomie bewusst sein und die betroffenen Personen mit Wertschätzung, Vertrauen und Offenheit begleiten.

In Anlehnung an die Leitfragen wurden fünf Kategorien gebildet, anhand derer die Bedeutung für die Sexualerziehung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung erläutert wird.

Wissen

Wissensvermittlung für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung muss individuell auf jede einzelne Person angepasst werden. Zu unterschiedlich sind die emotionalen, psychischen, körperlichen und kognitiven Fähigkeiten, als das ein Standardprogramm dem gerecht werden könnte (Ferrante & Oak, 2020). Mittels unterstützender Kommunikation wie Piktogramme, Sprachcomputer, Unterlagen in Leichter Sprache und Materialien zum

Anfassen können die Einschränkungen durch die Behinderung minimiert werden (Lache, 2016). Von Geburt an soll die gesprochene Sprache und das Benennen aller Körperteile, explizit auch die der Genitalien, angewendet werden (Sielert, 2015).

Ortland (2020) empfiehlt, Situationen, wie zum Beispiel bei eingeschränkter Mobilität, die Geschlechtsteile der Eltern betrachten zu können, künstlich herzustellen. Dies betrifft auch die Möglichkeit, sich mit anderen Kindern mit einer kognitiven Behinderung anzufreunden und die Freizeit mit ihnen zu verbringen. Diese Beziehungen ermöglicht den Kindern und Jugendlichen einen Wissens- und Erfahrungsaustausch, der für die Identitätsbildung sehr wichtig ist (Lache, 2016).

Für eine Sichere Nutzung von Medien, insbesondere von Soziale Medien und der Pornografie, brauchen Kinder und Jugendliche bei der Entwicklung von Medienkompetenzen (Bodmer, 2013).

Viele Bezugspersonen fühlen sich selbst unsicher bezüglich des Umgangs und der Wissensvermittlung der Sexualität ihrer Kinder. Sie benötigen Weiterbildung und Werkzeuge, wie sie ihren Alltag gestalten und Fragen und Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen souverän auffangen können (Frank & Sandman, 2021).

Werte und Normen

Die Werte und Normen der Bezugspersonen haben einen grossen Einfluss auf die Sexualerziehung der Kinder und Jugendlichen. Durch Rollenspiele und Abschauen bei Erwachsenen üben sie die Werte und Normen ein. Da Menschen mit einer kognitiven Behinderung oft nur begrenzte Zeit mit Peers verbringen können, bleibt der Einfluss besonders stark geprägt von den nächsten Bezugspersonen (Senckel, 2015). Eine Möglichkeit, den Kindern und Jugendlichen ein breiteres Spektrum und somit eine Auswahlmöglichkeit zu geben, sind Institutionen wie Kindertagesstätten, Kindergarten, Hort oder Freizeitanbieter. Neben der fachlichen Unterstützung treffen sie dort auf andere Kinder und Jugendliche und haben vertiefter die Möglichkeit, Sozialisierungsverhalten zu lernen (Lache, 2016).

Es ist wichtig, dass die Bezugspersonen ihre eigenen Werte und Normen reflektieren, offenbleiben und diese nicht adaptieren auf die Bedürfnisse der Menschen mit einer Behinderung (Ortland & Jennessen, 2019).

Selbstbefriedigung und Sexualität

Wie bei allen Kindern ist es wichtig, Nähe und Geborgenheit zu geben und das Erlernen von Grenzen zu fördern (Sielert, 2015). Benennen der Körperteile und der Emotionen, den Körper bewusst wahrnehmen, das eigene Geschlecht erkunden dürfen und die Unterschiede kennenlernen, sind die Basis für einen gelingenden Sexualisierungsprozess (Senckel, 2015).

Der Ablösungsprozess muss gefördert und dem Lebensalter entsprechend, besonders im Bereich der Intimität, Rechnung getragen werden. Beziehungen, sexuelle Kontakte und Privatsphäre müssen nach den Wünschen der Menschen mit einer Behinderung ermöglicht werden (Ortland & Jennessen, 2019). Es braucht ein Bewusstsein für das lebenslange Spannungsverhältnis zwischen Autonomie und Abhängigkeit und dass diese nie ganz aufgelöst werden kann (Ortland, 2020)

Stereotypes Verhalten wie Daumenlutschen oder Schaukeln ist eine Möglichkeit, sich selbst zu beruhigen, zu entspannen und mit sich selbst wieder in Kontakt zu kommen (Lache, 2016). Es verhindert aber auch die Weiterentwicklung, denn was gefällt, dabei bleibt man (Bischof, 2020). Damit eine Annäherung der Sexualentwicklung an das tatsächliche Lebensalter möglich ist, braucht es eine Förderung der sexuellen Entwicklungsschritte (Senckel, 2015).

Fachliche Unterstützung

Es braucht kompetente, ausgebildete Fachpersonen, welche Menschen mit einer Behinderung respektvoll und mit dem Fokus auf deren Wünsche und Bedürfnisse begleiten und unterstützen (Ortland & Jennessen, 2019).

Das noch fehlende Wissen muss ergänzt werden. Viele Fachpersonen werden in ihrer Ausbildung zu wenig in Sexualerziehung geschult und müssen sich ihr Fachwissen durch Weiterbildungen aneignen (Sielert, 2015).

Fachpersonen müssen sich ihrer Vorbildrolle bewusst sein. Sie unterstützen die Wahrnehmung der Vielfältigkeit der Lebensgestaltung und Geschlechterrollen und stellen damit den Menschen mit einer Behinderung neue Möglichkeiten zur Seite (Lache, 2016).

Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Institutionen sind verpflichtet, einen Lebensraum zu schaffen, der auf die Rechte und Wünsche von Menschen mit einer Behinderung ausgerichtet ist. Privat- und Intimsphäre, aber auch der Schutz vor sexueller Gewalt muss gewährleistet werden. Dazu gehört auch ein barrierefreier Zugang zu Informationsmaterialien und Kontaktstellen (Ortland & Jennessen, 2019).

Nur wenn Menschen ihre Sexualität selbstbestimmt leben, sie die Chance haben aus Optionen zu wählen und Erfahrungen sammeln können, besteht die Möglichkeit auf sexuelle Gesundheit in ihrem Leben (Ortland & Jennessen, 2019). Sexualerziehung ist unerlässlich, damit Menschen mit einer Behinderung nicht nur die Chance haben, ein genussvolles, romantisches und sexuelles Leben zu führen, sondern auch um sichere und befriedigende Erfahrungen sammeln zu können (Campbell et al., 2020).

5. Selbstbefriedigung von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Behinderung in einer Institution

Selbstbefriedigung ist Teil der gelebten Sexualität, welche unabhängig von anderen Personen praktiziert werden kann. Sie wird heutzutage auch vermehrt als ergänzende Sexualpraktik zur Paarsexualität gelebt, welche einfacher, weniger reglementiert und weniger anstrengend ist (Beier et al., 2005).

Im institutionellen Kontext erfahren Menschen mit einer Behinderung unterschiedliche Möglichkeiten und Grenzen in der Erlebbarkeit der Selbstbefriedigung. Im nachfolgenden Kapitel erfolgt zu Beginn die theoretische Grundlage zur Selbstbefriedigung. Einerseits werden die biologischen Vorgänge erklärt, andererseits die Selbstbefriedigung anhand des Modells Sexocorporel beleuchtet. Darauf aufbauend werden die Grenzen der Erlebbarkeit der Selbstbefriedigung im institutionellen Kontext und die damit einhergehende Bedeutung für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung erläutert.

Die Thematik der Dienstleistungen im Sexgewerbe wie weibliche* und männliche* Prostituierte, Berührer_innen oder Sexological Bodyworker, wird nicht aufgegriffen, da es keine Selbstbefriedigung ist und auch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würden. Trotzdem sind diese Anbieter_innen wichtige Personen, welche Menschen mit einer kognitiven Behinderung eine weitere Facette des Erlebens ermöglichen.

5.1. Selbstbefriedigung: Biologischer Ablauf

Master und Johnson entwickelten in den 1950er und 1960er Jahren den «Sexuellen Reaktionszyklus». Dieser beschreibt rein biologisch, was im Körper eines Menschen zwischen dem Auslösen des Erregungsreflexes und dem Abklingen nach einem Orgasmus, passiert (Bischof, 2012). Der Verlauf wird in vier Phasen unterteilt:

Die Erregungsphase

Durch Reize oder Fantasien wird der Erregungsreflex ausgelöst und das Blut fliesst in die Genitalien. Sie schwellen an, in der Vagina und der Vulva entsteht Lubrikation, der Herzschlag und die Atmung gehen schneller, die Durchblutung im ganzen Körper steigt.

Dadurch entstehen rötliche Flecken auf dem Körper und die Berührungsempfindlichkeit steigt (Sparmann, 2018).

Die Plateauphase

Die ganzen Geschlechtsorgane werden stark durchblutet und schwellen weiter an. Die Empfindungen werden immer stärker, der Muskeltonus steigt, genau wie die Atmungsgeschwindigkeit und der Blutdruck (Sparmann, 2018).

Die Orgasmusphase

Ist die Erregung genug hoch, wird der Orgasmusreflex ausgelöst. Der Orgasmus entlädt die sexuelle Erregung über Muskelkontraktionen im Genitalbereich, manchmal äussert er sich auch durch Zucken des ganzen Körpers oder von einzelnen Körperteilen (Sparmann, 2018).

Die Rückbildungsphase

Die Schwellungen im Körper gehen zurück und nehmen wieder ihre ursprüngliche Form an, die Muskeln entspannen sich, der Atem und der Herzschlag wird langsamer (Sparmann, 2018).

Dieser Ablauf legt die Grundlage dafür, sexuelle Erregung empfinden und nutzen zu können. Allerdings sagt er nichts darüber aus, ob die Erregungssteigerung und der Orgasmus als genussvoll empfunden werden. Das Modell Sexocorporel unterscheidet vier Arten der Erregungssteigerung und die damit einhergehende Fähigkeit des Genusses (Sztenc, 2020).

5.2. Selbstbefriedigung nach Sexocorporel

Wie in Kapitel 3.2 bereits erläutert, gibt es im Modell Sexocorporel die vier Komponenten: Kognitive Komponenten, Sexodynamische / Wahrnehmungs-Komponenten, Beziehungskomponenten und die Physiologischen Komponenten. Alle diese Komponenten beeinflussen sich gegenseitig und symbolisieren die Einheit von Körper und Geist. Die kleinste

Veränderung in einem der Komponenten löst einen dynamischen Prozess und weitere Veränderungen in anderen Komponenten aus (Sztenc, 2020).

Für diese Arbeit liegt der Fokus auf den Physiologischen Komponenten, genauer auf den Erregungsmodi.

Zwischen dem Auslösen des Erregungsreflexes und dem Orgasmusreflex hat jeder Mensch die Möglichkeit, seine Sexualität zu gestalten, um die Erregung zu steigern. Wie dies genau gemacht wird, hängt von den bisherigen Lernschritten ab und ist so individuell wie jeder Mensch. Trotzdem gibt es, gemäss dem Modell Sexocorporel, wiederkehrende Muster, die sogenannten Erregungsmodi. Sie unterscheiden sich darin, dass das sexuelle Erleben durch unterschiedliche Muskeltoni, Atmung, die Bewegungen und den jeweiligen Rhythmen beeinflusst wird. Mischformen sind durchaus möglich, werden aber einfachheitshalber in dieser Erläuterung nicht weiter beachtetet (Sparmann, 2018).

Der ursprünglichste Modus ist der **Druckmodus**. Er wird auch archaischer Modus genannt, weil schon dreimonatige Kinder in der Lage sind, sich dadurch lustvolle Gefühle zu verschaffen. Bei der Selbstbefriedigung wird mittels Faust, Fingern, oder Objekten, Druck auf die Genitalien, den Unterbauch, die Dammregion oder den Venushügel ausgeübt. Auch möglich ist ein, teils rhythmisches, Zusammenpressen der Beine oder des Schaukelns mit dem Körper, allerdings immer in Verbindung mit hoher Körperspannung. Die Atmung ist sehr flach oder fast angehalten. In diesem Modus können Menschen ihre Erregung oft inert Sekunden steigern und zu einer orgastischen Entladung kommen, welche mit einer angenehmen, körperlichen Entspannung einher geht (Bischof, 2012).

Im **Reibemodus** oder Mechanischer Erregungsmodus werden zusätzlich die Hände oder die Arme zur Stimulation und Erregungssteigerung benutzt. Die Bewegungen werden mechanisch und oft ritualisiert ausgeführt. Um die Erregung bis zur Entladung steigern zu können braucht es eine hohe Konzentration auf die stimulierte Region, den gleichen Ablauf, mit dem gleichen Druck, der gleichen Geschwindigkeit und dies an der gleichen Stelle. Auch hier steigt die Körperspannung mit der ansteigenden körperlichen Erregung, die Bewegungen sind klein, die Atmung geht flach, die Geschwindigkeit der Hände ist meist schnell und steigert sich zum Schluss. Die Entladung wird erlösend und entspannend wahrgenommen (Sztenc, 2020).

Der **Vibrationsinduzierte Modus** beinhaltet elektrische Hilfsmittel wie beispielsweise Vibratoren, vibrierende Penisringe oder elektrische Zahnbürsten. Durch die Vibration ist der Rhythmus der Stimulation extrem hoch, die Körperbewegung und die Atmung durch einen hohen Muskeltonus aber meist sehr klein (Sztenc, 2020).

Im Gegensatz zu den vorhergehenden Modi haben der **Ondulierende** und der **Wellenförmige Modus** eine grosse Beweglichkeit im Körper, eine tiefe Bauchatmung und lassen so ein grösseres Lusterleben zu. Da beim ondulierenden Modus die Bewegungen in alle Richtungen gehen können, die Muskelspannung aber sehr tief bleibt, kann die sexuelle Erregung nicht bis zur Entladung gesteigert werden. Entweder genügen die lustvollen Berührungen oder die Person wechselt in einen anderen Modus. Im Vergleich dazu kommt beim Wellenförmigen Modus eine Bewegung um die vertikale Achse hinzu, die sogenannte «Doppelte Schaukel». Das bedeutet, die Lendenwirbelsäule und die Brust krümmen sich beim Ausatmen zum Buckel und beim Einatmen zum Hohlkreuz. Die Halswirbelsäule macht jeweils die entsprechende Gegenbewegung. Durch dieses An- und Entspannen der Muskulatur, in Kombination mit der tiefen Atmung und den grossen Bewegungen erreicht die Erregungssteigerung ihren lustvollen Peak in einem intensiven Orgasmus (Bischof, 2012).

Diese Auflistung der Erregungsmodi zeigt auf, wie viele verschiedene Arten der Selbstbefriedigung möglich sind und dass es nicht DIE Selbstbefriedigung gibt. Beispielsweise nutzen gewisse Menschen mit einer Behinderung Selbstberuhigungsformen wie auf einem Stuhl hin und her zu Schaukeln, sich gegen Tischkanten zu drücken oder auf und ab zu wippen, um den körperlichen und emotionalen Druck mittels dieser Bewegungen abzubauen und in eine Entspannung zu kommen. Beobachtet man ihren hohen Muskeltonus, die kleinen engen Bewegungen und die flache Atmung sieht man die gleichen Körperreaktionen wie beim Druckmodus. Auch die anschliessende Entspannung ist körperlich sichtbar. Es zeigt auf, dass mehr Selbstbefriedigung ist, als es auf den ersten Blick den Anschein macht. Auch Ortland (2020) beschreibt, dass wenn ein Mensch seine sexuelle Erregung nicht abbauen kann, dies zu Frust und Aggressionen führt. Selten werde die Verknüpfung zur Sexualität gemacht, sondern eher als unanständiges Verhalten und schlechte Impulskontrolle gewertet und sogar bestraft.

Viele Menschen versuchen mittels Sexualität und der Selbstbefriedigung Bedürfnisse zu befriedigen, die oft einen starken emotionalen Beweggrund haben. Mögliche Auslöser sind Langeweile, Aggression, Einsamkeit, Trauer, Macht, Kick, Lust, Angst- und Spannungsregulation, Geborgenheit und so weiter (Gehrig, 2021).

Bedenkt man nun, dass gewisse Menschen mit einer kognitiven Behinderung im emotionalen Entwicklungsalter eines Kleinkindes verblieben sind, aber die körperlichen Möglichkeiten eines Erwachsenen haben, ist es nachvollziehbar, dass die Impulskontrolle, um seinen Bedürfnissen nachzugehen, nicht immer altersadäquat sind.

Bei starkem Sexualdrang unterteilt Gehrig (Gehrig, 2021) dabei in:

- «Impulsiv»: also sofortiger Spannungsabbau
- «Kompulsiv»: dranghafter Spannungsabbau und Versuch der Emotionsregulation von vielen verschiedenen Gefühlen, um eine Leere zu füllen.
- «Obsessiv»: stundenlange, ritualisierte Handlungen (p. 41).

Spätestens bei diesen drei Arten des Spannungsabbaus stossen Menschen mit einer Behinderung in den Institutionen an Grenzen, da sie im Alltag sehr absorbiert sind oder die Intimgrenzen von anderen überschreiten. Im folgenden Kapitel werden weitere Möglichkeiten und Grenzen der Gestaltung und Erlebbarkeit der Selbstbefriedigung in Institutionen aufgezeigt.

5.3. Grenzen der Gestaltung und Erlebbarkeit der Selbstbefriedigung-im institutionellen Kontext

Menschen, welche in einer Institution wohnen, müssen sich ihren Lebensraum mit anderen, die sie sich meistens nicht als Mitbewohner_innen ausgesucht haben, teilen. Sie werden von Fachpersonen betreut, welche nicht sie eingestellt haben und unterliegen den Regeln der Institution und der Wohngruppen. Es herrscht also immer eine personelle und strukturelle Abhängigkeit und ein Machtgefälle (Ortland & Jennessen, 2019). In den folgenden Kategorien werden die Grenzen der Gestaltung und der Erlebbarkeit der Selbstbefriedigung im institutionellen Kontext angeschaut.

Privatsphäre und Intimsphäre

Privatsphäre bedeutet aus dem lateinischen abgeleitet «das Eigene». Auch im institutionellen Kontext ist es wichtig, dass Personen einen Raum haben, wo sie sich zurückziehen, erholen und eigene Entscheidungen fällen können (Michelchen, 2008).

Intimsphäre unterscheidet sich von der Privatsphäre insofern, dass es der Bereich eines Menschen ist, der «die innersten und persönlichsten Gedanken und Gefühle umfasst» und der nicht oder nur ausgewählten Personen gezeigt wird (Michelchen, 2008, p. 17).

Bauliche Einschränkungen, wie Mehrbettzimmer und geteilte Badezimmer in Institutionen können Bewohner_innen die Möglichkeit auf Privatsphäre nehmen und ihnen so keinen eigenen Raum für ihre Sexualität lassen (Baab, 2018). Extra dafür eingerichtete Räume werden teilweise nicht genutzt, da zwar die Bewohner_innen vor Blicken geschützt sind, dass aber trotzdem das Gefühl aufkommt, dass Aussenstehende genau wissen, was darin gemacht wird (Michelchen, 2008).

Sind Menschen mit einer kognitiven Behinderung auf pflegerische Unterstützung angewiesen, kann es leicht zu Verletzungen der Intimsphäre und des Schamgefühls kommen (Michelchen, 2008). Einerseits durch das Fachpersonal, andererseits durch andere Bewohner_innen, welche ins Badezimmer eintreten, da es als Gemeinschaftsbad genutzt wird. Oder wenn jemand alleine im Zimmer oder Badezimmer sein möchte und ohne anklopfen eingetreten wird bzw. die Möglichkeit des Abschiessens mit einem Schlüssel nicht gegeben ist (Baab, 2018).

Barrierefrei, Zugangsmöglichkeiten zu Materialien für die SB

Die sexuelle Entfaltungsmöglichkeit von Personen mit einer kognitiven Behinderung ist sehr von dem Werturteil der Fachpersonen abhängig. Sie entscheiden, was eine «richtige» und eine «falsche» Sexualität ist. Bewohner_innen sind aber oft auf das Herausgeben von Materialien wie Inkontinenzunterlagen, Handtücher, Kondome oder frische Kleidung durch Fachpersonen angewiesen (Ortland & Jennessen, 2019).

Zugang zu Informationen und fachliche Begleitung

Mitarbeiter_innen sind oft nicht genug ausgebildet um Bewohner_innen fachlich korrekt zu begleiten. Hinzu kann ein Rollenkonflikt kommen, weil diese Thematik auch in die Intimsphäre der Begleitpersonen eingreift. Bei vorliegenden Leseschwierigkeiten können Jugendliche und Erwachsene mit einer kognitiven Behinderung nicht den Zugang zum Internet, zur Literatur und den Konzepten der Institution nutzen um an die Informationen oder an das Erotikmaterial zu kommen, die sie möchten (Ortland & Jennessen, 2019). Hinzu

kann eine eingeschränkte (non-)verbale Kommunikation kommen, welche den Informationsaustausch und die Bedürfnismittelungen massiv erschweren (Baab, 2018).

Diese nicht abschliessende Liste an Herausforderungen für eine lustvoll gelebte Selbstbefriedigung in Institutionen zeigt auf, wie vielfältig und komplex die Behinderungen für Menschen in diesem Kontext sind. Und je höher der Grad der Behinderung, desto grösser ist der Unterstützungsbedarf und umso mehr steigt die Abhängigkeit von äusseren Faktoren. Welche entgegenwirkenden Massnahmen getroffen werden können, werden im nächsten Kapitel aufgezeigt.

5.4. Bedeutung für die Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung

Die oben aufgeführten Punkte verhindern eine sexuelle Entwicklung und das Ausleben der Selbstbefriedigung. Es löst eine sekundäre Behinderung der Bewohner_innen durch soziale und institutionelle Gegebenheiten aus (Stier et al., 2018). Deshalb werden anschliessend mögliche Interventionen aufgezeigt um diese Einschränkungen zu minimieren.

Privatsphäre und Intimsphäre

Um die Privat- und Intimsphäre zu schützen, benötigt es Einzelzimmer für alle Bewohner_innen, in das sie sich zurückziehen können und niemand einfach eintritt. Wo immer möglich, sollte die Türe abgeschlossen werden können. Badezimmer und Toiletten müssen abschliessbar sein und für die Körperpflege die Bedürfnisse der Bewohner_innen berücksichtigt werden (Ortland & Jennessen, 2019). Denn können den sexuellen Bedürfnissen nicht nachgegangen werden, kann der Spannungsabbau sich in Auto- und Fremdaggressionen zeigen oder durch exzessives Beschäftigen mit den eigenen Genitalien und anderen Körperteilen. Wird dieser Zusammenhang von den Fachpersonen nicht erkannt, wird der Versuch des Spannungsabbaus möglicherweise unreflektiert sanktioniert oder unterbunden (Lache, 2016).

Barrierefrei, Zugangsmöglichkeiten zu Materialien für die SB

Es ist relevant, dass die Bezugspersonen ihre eigene Sexualität, ihre Werte und Normen reflektieren und eine offene und möglichst wertfreie Einstellung entwickeln. Nur so können

sie bei der Vielfältigkeit der sexuellen Vorlieben und der Sexualität im Allgemeinen professionell und sicher handeln (Baab, 2018).

Zugang zu Informationen und fachliche Begleitung

Regelmässige Weiterbildungen des Personals, Supervisionen und der Beizug von Experten sind wichtige Massnahmen, um die Fachpersonen zu stärken. Es braucht klare, konzeptionelle Regelungen, wie Abläufe und Ansprechpersonen beim Thema «Sexualität», um den Angestellten Sicherheit zu vermitteln (Ortland & Jennessen, 2019). Die Fachpersonen brauchen Skills um die komplexen Fragen der Bewohner_innen beantworten zu können und um versteckte Bedürfnisse der Sexualität als solche wahrzunehmen (Nelson et al., 2020). Denn ein Zögern oder ein Schweigen kann die Mitteilung transportieren, dass dieses Thema tabu ist. Auch sollten die Informationen sexpositiv sein und nicht nur den Fokus auf Gefahren und Verbote legen (Holland-Hall & Quint, 2017).

Die aufgelisteten Punkte zeigen, dass das Ausleben der Selbstbefriedigung im institutionellen Kontext verschiedene Bereiche berücksichtigen muss. Als erstes einmal, wie macht die_der Bewohner_in Selbstbefriedigung und ist diese als solche zu erkennen (beispielsweise, wenn eine Bewohnerin hin und her schaukelt) und sind andere Arten des Spannungsabbaus als ein verhindertes sexuelles Bedürfnis zu erkennen? Die Schulung des Personals und die Umgestaltung der Räume sind kostenintensivere Punkte, welche aber unerlässlich sind für eine gesunde sexuelle Entfaltung der Bewohnenden. Mit kleinen Schritten wie abschliessbare Zimmer und Badezimmer, regelmässiger fachlicher Austausch im Team und der Beizug von Experten, das Bereitstellen und Besprechen von Informationsunterlagen in leichter Sprache sowie das persönliche Gespräch mit den Bewohner_innen können bereits eine Menge bewirken (Ortland & Jennessen, 2019).

Anhand einer kleinen, nicht repräsentativen Studie mit vier Personen sollen die theoretischen Aussagen geprüft und möglicherweise neue Erkenntnisse zur Begleitung der Selbstbefriedigung von Erwachsenen mit einer kognitiven Behinderung dazu gewonnen werden. In den folgenden drei Kapiteln wird das methodische Vorgehen sowie die Ergebnisse aus den Inhaltsanalysen der Konzepte und der Interviews präsentiert. Anschliessend werden diese diskutiert und draus Schlussfolgerungen für die sexualtherapeutische und sozialpädagogische Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung gezogen.

6. Methodisches Vorgehen

Nachdem die theoretischen Grundlagen in den vorherigen Kapiteln dargelegt wurden, widmet sich dieses Kapitel dem Forschungsprojekt. Nachdem das Ziel und die Forschungsmethode vorgestellt wurden, vertiefen sich die folgenden Kapitel durch ausführliche Informationen zu den befragten Personen, dem Zugang zum Forschungsfeld, sowie zum methodischen Vorgehen. Abschliessend werden die Aufarbeitung und Auswertungen der Daten, sowie die Forschungsethik dieser qualitativen Forschungsarbeit beleuchtet.

6.1. Ziel der Untersuchung und die Forschungsmethode

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel herauszufinden, inwieweit erwachsene Menschen mit einer kognitiven Behinderung Bedarf an sexualtherapeutischen oder sexualpädagogischen Interventionen haben. Ein besonderer Fokus liegt dabei auf der Selbstbefriedigung, da dies eine Möglichkeit ist, Sexualität unabhängig von anderen Personen zu leben. Entscheidend für die Arbeit war, dass die Studienteilnehmenden selbst das Kriterium der kognitiven Behinderung erfüllen, um nicht über die Zielgruppe zu sprechen, sondern mit ihr. Es geht darum, ihren Erfahrungen und Meinungen Gehör zu verschaffen.

Dafür eignet sich die qualitative Forschung besonders gut, da sie die individuelle, subjektive Lebenswelt der befragten Personen erfasst und daraus neue Erkenntnisse gewinnt (Helferrich, 2011). Als Basis für den Interviewleitfaden dienten die Leitfragen, sowie die im Theorieteil aufgearbeitete Fachliteratur. In Anlehnung an Mayring (2015) wurden die Konzepte und das transkribierte Interview anhand der strukturierten Inhaltsanalyse in deduktive-induktive Kategorien eingeteilt, analysiert und ausgewertet.

6.2. Kriterien für die Auswahl der Befragten

Für das Interview wurden aus zwei Institutionen jeweils zwei Männer* und zwei Frauen* interviewt. Um als teilnehmende Person in Frage zu kommen, mussten folgende Kriterien erfüllt sein:

Alter

Die befragten Personen mussten zwischen 20 und 30 Jahr alt sein. Begründet wird diese Einschränkung damit, dass die Personen erwachsen sind, gemäss Entwicklungsaufgaben (siehe Kapitel 4.1) eine gewisse Loslösung der Bezugspersonen passiert ist, sie schulisch und gesellschaftlich aber noch mit relativ aktuellen Sexualerziehungsmethoden aufgewachsen sind und der Zugang zu sozialen Medien beziehungsweise dem Internet für sie ein gewohnter Aspekt ihrer Lebenswelt ist.

Geschlecht

Aus beiden Institutionen wurden jeweils Personen interviewt, welche sich als eine Frau* und ein Mann* beschreiben. Menschen, welche sich nicht primär als binär bezeichnen, wurden nicht explizit ausgeschlossen, aber bei der Anfrage auch nicht direkt angesprochen. Die zusätzlichen für sie anfallenden Entwicklungsaufgaben im Bereich der Sexualität und Persönlichkeitsentwicklung, würden den Rahmen dieser Arbeit sprengen und einen Vergleich erschweren. Trotzdem besteht das Bewusstsein, dass auch für diese Zielgruppe ein grosser Forschungsbedarf im Behindertenbereich besteht.

Wohnsituation

Eine Vorgabe war, dass die befragten Frauen* und Männer* seit mindestens zwei Jahren in der Institution wohnhaft sind. So konnte davon ausgegangen werden, dass sich ihr Alltag eingespielt hat und sie die Regeln, die Angebote und die Mitarbeiter_innen der Institution kennen. Ausserdem besteht so die Möglichkeit, dass sie neben den Eltern noch andere erwachsene Bezugspersonen für ihre Anliegen haben. Es war nicht entscheidend, ob sie in einer Aussenwohngruppe oder auf dem Gelände wohnen. Wichtig war die Anbindung an die Institution und dass Fachpersonen täglich auf der Gruppe waren.

Persönlichkeitsmerkmale

Das Persönlichkeitsmerkmal der kognitiven Behinderung musste gegeben sein. Die Beurteilung, ob dies zutraf oder nicht, oblag den Bezugspersonen aus den Institutionen, welche den Kontakt herstellten. Ein Ausschlusskriterium war eine körperliche Behinderung, welche die Bewegungen der Arme/Hände, des Beckens und der Beine so einschränkten, dass die Person teilweise oder ganz auf Hilfe angewiesen war. Mit dieser Abgrenzung sollte der Schwerpunkt auf Menschen mit einer kognitiven Behinderung beibehalten und eine bessere Vergleichbarkeit ermöglicht werden.

Kommunikationskompetenzen

Das Kriterium der Kommunikationskompetenz betraf die Fähigkeit, gesprochene einfache Sprache zu verstehen und verbal in mindestens in einfacher Sprache zu antworten. Auch hier musste die Entscheidung, ob eine in Frage kommende Person dies erfüllt oder nicht, durch die direkten Bezugspersonen in den Institutionen gefällt werden.

Institutionelle Kriterien

Die Institution musste bereit sein, mir alle Konzepte zukommen zu lassen, welche die Bereiche Sexualität, Beziehungen, Nähe und Distanz, Privatsphäre und sexuelle Gewalt betrafen.

6.3. Interviewte Personen und die Institutionen

Aufgrund des Datenschutzes erfolgt folgende Anonymisierung der Namen der Teilnehmenden und derjenigen der Institutionen:

Interview	Geschlecht	Alter	Wohnhaft seit:	Institution
A	Weiblich	30	12 Jahren	Z
B	Männlich	26	Ca. 5-6 Jahre	Z
C	Weiblich	28 Jahre	4 Jahren	U
D	Männlich	23	5 Jahren	U

Abb. 2: Übersicht der Eckdaten der teilnehmenden Personen. *Anmerkung.* Eigene Tabelle.

Institutionen

Beide Institutionen befinden sich im Kanton Zürich und sind sowohl mit den öffentlichen Verkehrsmitteln wie auch dem Auto gut erreichbar. Sie haben Wohngruppen auf dem Gelände sowie auch ausserhalb und bieten geschützte Arbeitsplätze in verschiedenen Bereichen an. Das Personal kommt aus verschiedenen Fachbereichen, unter anderem der Sozialpädagogik und der medizinischen Pflege. In beiden Institutionen gab es eine verantwortliche Person über den Bereich «Wohnen» oder «Kommunikation» und Gruppenleitungen in den einzelnen Gruppen.

Befragte Personen

Die vier Personen nahmen freiwillig am Interview teil. Alle Teilnehmenden erfüllten die Auswahlkriterien, wobei ein Mann beim Interview selbst sehr leise und undeutlich sprach, mich jedoch gut verstand, weshalb der Punkt der Kommunikationsfähigkeit gerade noch knapp erfüllt wurde. Zwei Frauen und ein Mann hatten einen Migrationshintergrund. Bei einer Frau war die Muttersprache nicht Schweizerdeutsch. Bei den anderen beiden ist dies unklar.

Drei von ihnen leben zurzeit in keiner Partnerschaft, eine Teilnehmerin nennt den Mann in ihrem Leben eine Affäre, da dieser bereits eine andere Partnerin hat. Gemäss eigener Aussagen haben zwei Frauen und ein Mann bereits Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr und alle praktizieren in unterschiedlichen Abständen Selbstbefriedigung.

6.4. Zugang zum Forschungsfeld

Es war nicht ganz einfach, Interviewteilnehmer_innen zu finden. Dadurch, dass die Kontaktaufnahme hauptsächlich über das Sekretariat der Institutionen laufen musste, welche wiederum die Wohngruppen kontaktieren und diese dann eine zuständige Ansprechperson bestimmen müssen, welche Bewohner_innen anfragt, gab es viele Zwischenschritte. Die Institutionen wurden im Internet auf einer Übersichtsseite für begleitete Wohnangebote gefunden. Angefragt wurden Institutionen im ganzen Kanton Zürich und an den Kanton Zürich angrenzende. Durch die Informationen auf der Webseite konnte bereits eine Selektion von in Frage kommenden Wohnheimen gemacht werden. Der Erstkontakt fand telefonisch oder per Mail statt. Von 17 Institutionen kam eine Absage oder keine Antwort. Begründet wurden diese damit, dass niemand der Bewohnenden die Kriterien erfüllen würde, oder dass sie

bereits genug andere internen Verpflichtungen hätten und deshalb keine Kapazität bestünde oder dass die angefragten Personen nicht an einem Interview teilnehmen möchten.

Zum Schluss gab es zwei Institutionen, welche zusagten und jeweils einen interessierten Mann und eine interessierte Frau für das Interview gefunden haben. Eine dritte Institution hätte einen Mann gehabt, der mitgemacht hätte und mit der Frau mussten sie noch das Gespräch suchen. Wir verblieben so, dass sie als Reserve dienten, falls jemand der vier Teilnehmenden die Kriterien nicht erfüllte. Alle beide bestätigten Institutionen liessen mir ihre Konzepte zukommen.

Die Terminkoordination für die Interviews verlief bei beiden Institutionen über Fachpersonen. Alle vier Interviews wurden zwischen Mai 2022 und Juni 2022 in den Institutionen durchgeführt.

6.5. Konzepte der Institutionen

Bereits im Erstkontakt wurde der Zugang zu den Konzepten als Voraussetzung genannt, dass die Interviews mit Bewohner_innen der Institution durchgeführt werden konnten. Beide Institutionen wurden gebeten, alle Unterlagen, welche sie zu den Themen Sexualität, Beziehung, Nähe und Distanz, Privatsphäre und sexuelle Gewalt haben, einzusenden. In beiden Fällen musste mindestens einmal erneut nachgefragt werden, damit sie gesendet wurden.

Institution U reichte drei Unterlagen ein, wobei zwei die gleichen Inhalte hatten. Die beiden Dokumente waren ein Meldeblatt bei einem Vorfall von Gewalt und das andere ein einseitiges Konzept zu sexueller Gewalt inklusive Präventionsmassnahmen und Interventionen. Institution Z reichte drei Konzepte ein. Dasjenige zu den Themen Gewalt umfasste fünf Seiten, das zu Sexualität und Beziehungen elf. Das Konzept «Intimität- und Privatsphäre» war eine Seite lang. Keine der Unterlagen war in einfacher Sprache verfasst. Auf Nachfrage kam von Institution U keine Antwort und Institution Z bestätigte, dass sie keine Unterlagen in einfacher Sprache hätten, aber bereits daran sind, dies zu ändern.

Ob Menschen, welche Schwierigkeiten beim Lesen und / oder Schreiben haben, einen anderen Zugang zu den Informationen bekommen, ist unbekannt. Die Ausführungen der Inhalte unterscheiden sich in ihrer Länge sehr. Während Institution Z Konzepte zu Sexualität, Liebe und Beziehungen hat, scheint sich dieses Thema bei Institution U auf den Bereich

sexuelle Gewalt zu beschränken. Ob diese Unterlagen die tatsächlich vorhandenen Konzepte zu den Themen der Institutionen widerspiegeln, kann nicht gesagt werden.

In Anlehnung an die Leitfragen und an Mayrings (2015) strukturierte Inhaltsanalyse, wurden die Punkte «Werte und Normen», «Gelebte Sexualität und Selbstbefriedigung», «Fachliche Unterstützung und Wissensvermittlung» und «Institutionelle Rahmenbedingungen» deduktiv herausgearbeitet und anschliessend mittels induktive Kategorienbildung noch einmal unterteilt. Die Kategorien, inklusive Definitionen der deduktiven Kategorien und Ankerbeispiele befinden sich im Anhang I unter «Konzeptauswertung». Mit dieser Vorgehensweise war ein Vergleich der beiden Institutionen möglich. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse des Vergleichs präsentiert und im Kapitel 9 zusammen mit den Ergebnissen der Interviewanalyse diskutiert.

Die eingereichten Konzepte werden aus Datenschutzgründen nicht dieser Arbeit beigelegt, sondern digital der Hochschule Merseburg und dem ISP Uster eingereicht.

6.6. Interviewleitfaden

Gemäss Helfferich (2011) eignen sich Leitfadeninterviews

wenn einerseits subjektive Theorien und Formen des Alltagswissens zu rekonstruieren sind und so maximale Offenheit gewährleistet sein soll, und wenn andererseits von den Interviewenden Themen eingeführt werden sollen und so in den offenen Erzählraum strukturierend eingegriffen werden soll. Diese Eingriffe sind durch das Forschungsinteresse zu legitimieren. Sie sind immer dann sinnvoll, wenn das Forschungsinteresse sich auf bestimmte Bereiche richtet und Texte zu bestimmten Themen als Material für die Interpretation braucht, eine selbständige Generierung solcher Texte aber nicht erwartet werden kann (p. 179).

Anhand dem theoriebasierten wie auch dem praktischen Wissen, wurden Fragen formuliert, welche die Leitfragen dieser Forschungsarbeit beantworten sollten. In Anlehnung an den Duden für Leichte Sprache (Bredel & Maass, 2016) wurde der Interviewleitfaden sehr detailliert und in einfachen, kurzen Sätzen formuliert. Auch erfolgte eine Einteilung in Hauptfragen, Hilfsfragen und Gedankenstützen (siehe Anhang III) um beim Interview bei Unklarheiten vorbereitet zu sein.

Im Bewusstsein, dass es sehr persönliche und intime Fragen sind, wurde vor und während der Interviews den Befragten mehrfach erklärt, dass sie Fragen nicht beantworten müssen, wenn sie dies nicht möchten.

Der Aufbau orientiert sich an den zunehmend persönlich werdenden Inhalten. Der Einstieg betrifft die Wohnsituation und die Privatsphäre. Danach kommen Themen zu den Bereichen der Institutionsangebote und dem Austausch mit anderen Bewohner_innen. Darauf aufbauend werden Fragen zum Thema Sexualität im Allgemeinen, das eigene Wissen über Sexualität und die Werte und Normen gestellt. Abschliessend vertiefen sich die Fragen zu den eigenen Gewohnheiten in der Sexualität und der Selbstbefriedigung. Je nach Gesprächsverlauf wurde der Leitfaden nicht strikte befolgt, sondern diente als Unterstützung um die gewünschten Themen erfassen zu können.

6.7. Durchführung des Interviews

Bei drei Interviews wurden Büroräumlichkeiten in den Institutionen zur Verfügung gestellt, bei einem wurde das Gespräch, aufgrund fehlender Alternativen, im Zimmer der Teilnehmerin geführt.

Zu Beginn stellte die Interviewerin sich vor, bedankte sich für die Teilnahme und erklärte den Inhalt der Arbeit. Wenn keine Fragen aufkamen, wurde mit den Teilnehmenden die «Einverständniserklärung für die Teilnahme am Interview» (siehe Anhang II) mündlich durchgegangen und in einfacher Sprache erklärt. Die Einverständniserklärungen wurden im Doppel unterschrieben und ein Exemplar bekamen die Teilnehmenden.

Die Interviews wurden auf Schweizerdeutsch geführt und dauerten zwischen 45 und 50 Minuten. Für den Fall, dass unterstützende Kommunikationsmittel benötigt worden wären, hatte die Interviewerin Piktogramme, Geschlechtsteile aus Stoff und Gips, Bilder von äusseren Geschlechtsteilen und nackten Menschen dabei. Diese wurden aber nicht benötigt, da Klärungen auf Grund von Nachfragen verbal möglich waren.

Am Ende der Interviews erhielten alle Teilnehmenden als Dank eine Schachtel Pralinen und das Angebot, dass sie sich jederzeit melden können, falls Fragen auftauchen würden. Nur eine Fachperson machte Gebrauch vom Angebot der Nachbesprechung. Auf meine Nachfrage per Mail antworteten die drei Fachpersonen, dass bei den jeweiligen Klient_innen keine Fragen oder Reaktionen aufgetaucht seien.

6.8. Aufarbeitung und Auswertung der Daten

Transkription

Die vier Interviews wurden mit dem Programm MAXQDA 2022 transkribiert. Da die Interviews in Schweizerdeutsch geführt wurden, mussten sie während der Transkription ins Hochdeutsche übersetzt werden. Besonders herausfordernd kam hinzu, dass auch das Schweizerdeutsche aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung teilweise einen sehr vereinfachten Satzbau hatte, Wörter weggelassen oder Satzfragmente verdreht wurden. Eine korrekte Übersetzung ins Hochdeutsche hätte die Inhalte und die versuchte Objektivität massiv verändert. Deshalb wurde bewusst entschieden, die Transkription so nahe wie möglich am Schweizerdeutschen zu belassen, auch wenn dies zur Folge hatte, dass auch die hochdeutschen Sätze grammatikalisch sehr frei interpretiert wurden. Gewisse Helvetismen wurden deshalb auch belassen, da es die Antwort zu sehr korrigiert hätte.

Füllwörter wie «ähs», «mhmm» und Handlungen wurden mit zwei Klammern () und kursiv gekennzeichnet und auch transkribiert. Hintergrundgeräusche hatten keinen Einfluss auf das Interview und wurden deshalb weggelassen. Kürzere Pausen, wurden mit drei Punkten signalisiert. Dauerte die Gesprächspause länger oder war etwas unverständlich, wurde diese explizit mit eckigen Klammern und kursiv deklariert. Die Interviewerin ist im «I» und die befragte Person mit «K» für Klient_in gekennzeichnet.

Beispiele für Transkriptionen:

K: Ähm (*lacht*) nein, das weiss ich nicht.

I: Mhh (*aktiv zuhörend*), ... Was weisst du denn über die Selbstbefriedigung von Männern?

K: [*Längere Pause*], ja also sie [*unverständlich*] mit der Hand.

Methode der Analyse

Die Interviews wurden in Anlehnung an Mayrings (2015) strukturierter Inhaltsanalyse deduktiv-induktiv kategorisiert. Anhand der Leitfragen ergaben sich folgende fünf deduktive Kategorien:

- Wissen
- Werte und Normen
- Selbstbefriedigung und Sexualität
- Fachliche Unterstützung
- Institutionelle Rahmenbedingungen

Für diese fünf Kategorien wurden Ankerbeispiele und Kodierregeln entwickelt, welche den Kodierleitfaden (siehe Anhang IV) definierten (Mayring, 2015). Mit Hilfe des Programmes MAXQDA 2022 konnten die zugeteilten Textpassagen vereinfacht kategorisiert werden und ermöglichten einen hilfreichen Überblick. Die herausgearbeiteten Inhaltsfragmente ergaben bei der Analyse weitere induktive Kategorien.

6.9. Datenschutz und Forschungsethik

Mittels Besprechung der Einverständniserklärung wurden die Teilnehmenden über ihre Rechte informiert. Da das Formular nicht in einfacher Sprache geschrieben ist, wurde jeder Punkt mündlich vereinfacht formuliert und erklärt sowie nachgefragt, ob die Erklärung verstanden wurde. Alle Daten wurden anonymisiert und Inhalte, welche Rückschlüsse auf die Identität der befragten Personen hätten ziehen lassen können, abgeändert oder weggelassen. Anhand der offen gestellten Fragen konnten die Personen selbst entscheiden, welche Informationen sie teilen möchten. Des Weiteren wurde auch in den Interviews selbst noch einmal erwähnt, dass sie Fragen nicht beantworten müssen, wenn sie nicht wollten.

Um eine Nachsorge zu gewährleisten, wurde sowohl den Teilnehmer_innen, wie auch den Betreuungspersonen ein Nachgespräch angeboten. Nur ein Betreuer nahm dieses Angebot an. Die interviewte Person bewilligte die Nachbesprechung mit der Fachperson. Im Gespräch mit dem Betreuer wurden keine inhaltlichen Fragen besprochen, sondern es erfolgte ein fachlicher Austausch über mögliche Interventionen zu den Themen Sexualität, sexueller Gewalt sowie Nähe und Distanz.

Die Balance zwischen der Datennutzung und der Anonymisierung war nicht ganz einfach. Besonders bei der Präsentation der Ergebnisse wurde deshalb versucht, die Intim- und Privatsphäre der Teilnehmer_innen, so gut wie möglich, anhand geschlechterunspezifischer Formulierungen zu schützen. Trotz der Anonymisierung lässt sich nicht ganz ausschliessen, dass nahe Bezugspersonen, welche von diesen Interviews wissen und möglicherweise bereits mit den Teilnehmenden ausführlich über deren Sexualität gesprochen haben, die ihnen bekannte Person erkennen.

Die Fragen im Interviewleitfaden wurden offen formuliert. Trotzdem brauchte es im Gespräch aufgrund von Unklarheiten, missverständlichen Formulierungen oder eines fehlenden Wortschatzes ein Nachfragen mit geschlossenen Fragen oder eine Auswahl an möglichen Antworten. Es kann deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass gewisse Antworten

nur aufgrund der Fragestellung der Interviewerin entsprechend ausgefallen sind. Mittels mehrerer Antwortmöglichkeiten oder einem sehr genauen Nachfragen wurde versucht, diesen Effekt zu mindern.

In den Interviews gab es zweimal die Situation, dass sehr persönliche Erlebnisse berichtet wurden, die von Erfahrungen mit massiver sexueller Gewalt zeugten. Die erste Schilderung wurde nicht explizit durch die Interviewerin angesprochen, weil erst beim Transkribieren die mögliche Tragweite der Informationen bewusst wurde. Im Gespräch selbst wurde das Erlebnis als relativ locker erzählt empfunden und möglicherweise deshalb zu wenig gewichtet. Diese teilnehmende Person erhielt am Ende des Gesprächs aber aus anderen Gründen eine Visitenkarte und das Angebot, sich bei Bedarf jederzeit zu melden. Davon wurde kein Gebrauch gemacht. Bei den folgenden Interviews war die Sensibilisierung für solche Anzeichen und Stichworte erhöht und konnte deshalb bei der zweiten Person professioneller aufgefangen werden. Bei der zweiten Situation wurde sich bei der teilnehmenden Person erkundigt, ob Angehörige oder Fachpersonen informiert seien. Da dies der Fall war und kein weiterführender Gesprächsbedarf seitens der interviewten Person bestand, wurde es mit deren Einverständnis so im Raum stehen gelassen.

Auf Seiten der Interviewerin ist aufgrund ihres Hintergrundes als langjährige Fachperson im Behindertenbereich und der sexologischen Ausbildung keine absolute Objektivität möglich. Die Interviewfragen sind gefärbt durch das Wissen aus der eigenen Praxiserfahrung und auch die persönlichen Erfahrungen sowie Werte und Normen fließen in die Datenauswertung mit ein. Durch ständige Reflexion und Bezug von Fachliteratur wird versucht, diese Einflüsse zu minimieren.

7. Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Konzepte

In diesem Kapitel werden die Konzepte der beiden Institutionen vorgestellt und miteinander verglichen. Grundlage der Ergebnisse ist eine strukturierte Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Die Unterkapitel ergeben sich aus den deduktiven Kategorien, die induktiven Kategorien (siehe Anhang I) wurden für die Lesefreundlichkeit als Fliesstext verarbeitet

7.1. Werte und Normen

Gemäss den Unterlagen möchten beide Institutionen die Persönlichkeitsrechte der Bewohner_innen stärken. Institution Z ergänzt um das Recht auf individuelle und selbstbestimmte Sexualität, solange die Rechte von anderen nicht tangiert werden. Die Wahrnehmung der Bewohner_innen als Mann oder Frau sei wichtig und grundsätzlich werde jede sexuelle Ausrichtung respektiert. Dies inkludiere auch trans- und bisexuelle Persönlichkeiten.

Tabuthemen, Wünsche und Bedürfnisse sollen angstfrei angesprochen werden. Institution U vermerkt, dass sie eine Lernkultur pflegen, in denen also Fehler als Chance zur Weiterentwicklung genutzt werden. In den Konzepten der Institution Z steht mehrfach, dass Fachpersonen ihre Werte, Normen und die eigene (sexuelle) Biografie reflektieren und sich mit den Schwerpunkten der Konzepte fachlich auseinandersetzen sollten. Für die Institution U wurde diesbezüglich nichts gefunden.

7.2. Institutionelle Rahmenbedingungen

Beide Institutionen haben in ihren Konzepten die Themen rund um «(sexuelle) Gewalt» und «Prävention» vertieft behandelt. Es ist klar deklariert, dass keine Art von Gewalt toleriert wird und wie die Mitarbeiter_innen bei Verdacht vorzugehen haben, wer informiert werden muss und wer über das weitere Vorgehen die Entscheidungsverantwortung hat. Institution Z hat ihre Konzepte diesbezüglich noch um Handlungs- und Interventionsempfehlungen ergänzt. Im Vergleich zur Institution U fehlt, dass auch Klient_innen den Ablauf kennen und wissen müssen, wo sie sich bei Grenzverletzungen melden können. Im Umgang mit Opfern betonen beide Institutionen, dass deren Bedürfnisse ernst genommen werden müssen. Nur Institution Z bezieht den Schutz und die Begleitung von mutmasslichen Täter_innen mit ein.

Gefässe für den fachlichen Austausch und Weiterbildungen zählen beide Institutionen in ihren Konzepten auf. Institution U empfiehlt einmal jährlich auf jeder Hierarchiestufe Sitzungen zum Thema Grenzüberschreitungen, Institution Z einmal pro Jahr eine Sitzung zu den Themen Sexualität, Beziehungen, Liebe. Wobei empfohlen wird, wenn das Thema aktuell ist, ein Teammitglied als fachliche Unterstützung für die anderen zu definieren.

Während die Institution U in ihren Unterlagen zum Thema Intimitäts- und Privatsphäre auf ein Konzept zu «Pflege und Therapie» verweist, finden sich Informationen für die Institution Z auf verschiedenen Ebenen. Einerseits wird deklariert, wie pflegerische Massnahmen zu erfolgen habe, andererseits sei die Selbstpflege ein Teil der individuellen Förderplanung und werde im Alltag eingebunden. Die Zimmer gehören, gemäss Institution Z, den Bewohner_innen und soll ihnen ermöglichen, dieses nach ihrem Geschmack zu gestalten und intime Körpererfahrungen zu machen. Regelungen für das Betreten der Zimmer und Nassräume sind festgehalten.

7.3. Fachliche Unterstützung und Wissensvermittlung

In den Unterlagen der Institution U finden sich keine Angaben zur Mediennutzung. Institution Z hält ihre Fachpersonen dazu an, sich eigene Medienkompetenzen anzueignen und die Bewohner_innen darin zu begleiten und zu schulen. Bei Selbst- und / oder Fremdgefährdung behält sie sich vor, Sanktionen wie Sperrungen, Löschungen, zeitliche Begrenzungen und Kontrollen durchzusetzen.

Beide Institutionen erklären in ihren Konzepten, dass die Bewohner_innen Wissen in den Bereichen Selbstkompetenzen, Persönlichkeitsrechte, Beziehung und Sexualität erhalten. Wobei Institution Z die praktische Umsetzung in verschiedenen Bereichen, besonders die der Sexualität und Beziehungsgestaltung, vertiefter ausführt. Dies anhand verschiedener Methoden und an die Fähigkeiten der Bewohnenden angepasst. Institution Z hält fest, dass bei Bedarf externe Fachpersonen beigezogen werden können.

Die Auswertungen ergaben, dass Institution U die Nonverbale Kommunikation explizit aufführt, um Anzeichen von sexueller Gewalt zu erkennen. Institution Z verweist einerseits darauf, dass die Sprache der Bewohnenden als ihre Ausdrucksform akzeptiert werden muss, andererseits dass die Mitarbeitenden die Werte der Institutionen vertreten und auf eine adäquate Sprache hinweisen sollen.

7.4. Gelebte Sexualität und Selbstbefriedigung

Im Bereich der gelebten Sexualität wurden in den Unterlagen der Institution U keine Angaben gefunden. Institution Z erwähnt explizit die beiden Themen «Paarbeziehung» und «Körperkontakte». Paarbeziehungen sind in der Institution Z erlaubt, haben aber zur Folge, dass ein Gespräch geführt wird zu Themen wie Einbindung der Bezugspersonen, Sexualität, Verhütung, Krankheiten, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Sie beschreiben aber auch, wie die Beziehungsgestaltung durch Fachpersonen konkret unterstützt werden soll. Unter Körperkontakte führt Institution Z eine Liste von erlaubten und nicht erlaubten Berührungen auf.

Abschliessend muss festgehalten werden, dass, aufgrund der sehr unterschiedlichen Datenmengen, der Vergleich erschwert wurde und möglicherweise den tatsächlich vorhandenen Konzepten, insbesondere derjenigen von Institution U, nicht gerecht wird. Im Kapitel «Diskussion» erfolgt die Auseinandersetzung mit den aus der Konzeptanalyse gewonnenen Daten und denjenigen aus der Inhaltsanalyse der Interviews.

8. Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Interviews

Nachdem die Inhaltsanalyse abgeschlossen ist, werden die Ergebnisse präsentiert. Die deduktiven Kategorien bilden dafür das Grundgerüst und werden jeweils in die induktiven Kategorien unterteilt (siehe Anhang IV). Aus Datenschutzgründen werden nur einzelne Sätze aus den Interviews zur Veranschaulichung in die Ergebnispräsentation eingearbeitet. Die kompletten transkribierten Interviews wurden digital an die Hochschule Merseburg und das ISP Uster übergeben.

8.1. Institutionelle Rahmenbedingungen

Infrastruktur

Die beiden Institutionen bieten mehrere Wohnformen und Standorte an. Drei der Befragten hatten bereits mindestens einen internen Wechsel gehabt, bevor sie in ihre jetzigen Wohngruppen eingezogen sind. Die Wohngruppen der Teilnehmer_innen sind, bis auf eine Ausnahme, geschlechtergemischt und von vier bis sieben Personen bewohnt. Alle interviewten Personen haben ihr eigenes Zimmer, zwei auch ein eigenes Badezimmer.

K: Ja es ist mega cool. [Unverständlich] Alle drei sind dort unten und ich bin oben alleine.

I: Schön. Hast du auch dein eigenes Badezimmer?

K: Ja! Mhh (zustimmend).

I: Ok. Das heisst, du musst das Badezimmer nicht mit den Männern teilen?

K: Nein zum Glück nicht (lacht).

(Interview A, 44-48)

Bei allen werden die Gemeinschaftsräume wie Küche und das Wohnzimmer mit den Mitbewohner_innen geteilt. Die Anwesenheit des Personals unterscheidet sich je nach Selbständigkeit der Wohngruppe.

Intim- und Privatsphäre

Alle vier Personen können ihr Zimmer abschliessen. Die Badezimmer können drei von vier abschliessen. Vor dem Eintreten ist die Regel, dass geklopft werden muss. Auf die Nachfrage, ob dies eingehalten wird, kamen die Antworten, dass manche Betreuungspersonen

das «Ablehnen» des Eintretens missachten, jemand nannte, dass dies auch Mitbewohner_innen täten. Dieses Missachten des «Neins» erfolge vor allem dann, wenn die Betreuungspersonen einem pädagogischen Auftrag nachgehen wollen. Eine Person darf auch das Badezimmer nicht abschliessen und beschreibt, dass sie sich gegen die Türe drücken müsse, wenn eine Betreuungsperson reinkommen will.

I: Manchmal klopfen sie und manchmal nicht.

K: Mhh (zustimmend).

I: Ok. Wäre es Ihnen lieber, sie würden klopfen? [Längere Pause] Wissen Sie nicht, ja ok. Ähm, wie ist es mit den anderen Bewohnern und Bewohnerinnen? Klopfen diese an, bevor sie reinkommen? [LängerePause]

K: Nhh (verneinend).

(Interview D, 57-60)

I: Ja. Wenn du jetzt sagen würdest, nein ich möchte nicht, dass ihr reinkommt. Wird das auch respektiert?

K: Ja. Das wird ab und zu einmal respektiert (lacht).

I: Ab und zu mal?

K: Ja.

I: Nicht immer?

K: Ja, nicht immer. Wenn sie, wenn ich zum Beispiel jetzt ähm Einzelförderung habe wird das kontrolliert ob es alles sauber ist.

(Interview B, 67-72)

Das eigene Zimmer wird als Rückzugsort und «privat» beschrieben. Eine teilnehmende Person macht, damit mögliche Geräusche bei der Selbstbefriedigung überdeckt werden, Musik an. So sollten die anderen Anwesenden auf der Wohngruppe nichts mitbekommen.

Besuch

Bei einer Frau* und einem Mann* war das Thema Wohnort in Bezug auf Aussenstehende ein Thema. Er bekäme nie Besuch, ausser von der Familie, denn niemand müsse wissen, wo er wohne. Sie wurde angehalten, bei neuen Bekanntschaften mitzuteilen, dass sie in einer Wohngruppe lebe und diesbezüglich nicht lügen solle. In drei von vier Wohngruppen ist es kein Problem, wenn jemand zum Übernachten kommt, solange diese Person das erste

Mal vorgestellt und danach immer angemeldet werde. Begründet wird dies mit dem Einberechnen der Anzahl Personen fürs Essen. Die vierte Person konnte keine Auskunft über interne Regeln bezüglich des Übernachtens geben, da dieses Angebot noch nie genutzt wurde. Obwohl das Personal, und in einer Wohngemeinschaft auch die Mitbewohner_innen, ein Mitspracherecht über Besucher haben, wurde das Übernachten bisher noch nie abgelehnt. Bei Bedarf wurde aber bei einer Person die Anzahl der Häufigkeiten pro Woche beschränkt, weil dies für die eigene Regeneration wichtig war. Möchten drei der Teilnehmer_innen auswärtsschlafen, sei dies kein Problem und sie müssten sich nur abmelden. Die vierte Person hatte bisher nur bei den Eltern geschlafen.

Konzepte

Keiner der Teilnehmer_innen wusste, was ein Konzept ist oder was darin in ihrer Institution steht. Eine Person hat bei Eintritt in die Wohngruppe ein Blatt erhalten worin es um sexuelle Belästigung, sexuelle Übergriffe, die interne Meldestelle, die Schweigepflicht bei der Aktenführung und das Verbot einer Beziehung zwischen Bewohner_innen und Angestellten ging. Dieses Blatt wurde allerdings nicht mit ihr besprochen, sondern zum Lesen gegeben und wenn Fragen auftauchen würden, hätten die Betreuungspersonen geholfen. Ob es in den Institutionen Unterlagen mit Regeln zu Sexualität gebe, wusste niemand. Eine teilnehmende Person vermutete, dass im Büro der Betreuung Unterlagen zu Sexualität vorhanden seien.

Regeln in der Institution

In dieser Kategorie wurden verschiedene genannte Regeln gesammelt, welche in den Institutionen gelten.

I: Ja. Gibt es denn andere Regeln, die du kennst zum Thema Privatsphäre oder Sexualität, die ihr auf der Wohngruppe habt? Was ihr dürft und was ihr nicht dürft?

K: Jetzt wo du mich das fragst, weiss ich es gar nicht mehr.

I: Ja?

K: Wart mal. [Kurze Pause]. Doch sie klären uns auch ab und zu einmal auf, was wir dürfen und was nicht.

I: Zum Beispiel?

K: Phu, nicht Frauen schlagen, ist ja klar. Ähm [kurze Pause], keine Drogen nehmen, immer ein Kondom [unverständlich].

I: Mhh (aktiv zuhörend).

(Interview B, 115-121)

Alle Teilnehmer_innen wussten, dass Sex mit Betreuungspersonen verboten ist. Die Konsequenzen wurden unterschiedlich interpretiert. Genannt wurde, dass die Betreuer_innen entlassen werden würden und dann kein Einkommen mehr hätten, dass Bewohner_innen ins Gefängnis kommen können, oder einfach allgemein, dass dies Gefängnis zur Folge habe.

Auf die Frage, ob die Institutionen Kondome anbieten, war die Antwort, dass diese selbst gekauft werden müssen und es in der Institution vermutlich keine gab.

Eine am Interview teilnehmende Person sagte, dass sie gewisse Regeln nur aufgrund von Beobachtungen kenne und nicht, weil sie jemand bewusst erklärt habe.

8.2. Werte und Normen

Werte und Normen zu Selbstbefriedigung

Alle Teilnehmer_innen finden Selbstbefriedigung in Ordnung und für sie ist klar, dass sowohl Frauen* wie auch Männer* sich selbstbefriedigen. Eine befragte Person benennt explizit, dass das darüber sprechen schambehaftet sei. Auch bei den anderen Interviews kommt der Eindruck auf, dass dies zwischen den Zeilen mitschwingt. Genannt wurde, dass Pornos allen Geschlechtern gefielen.

Auf die Frage, was ihre Eltern über Selbstbefriedigung denken, konnte niemand eine Antwort geben.

I: Und deine Eltern haben auch... hast du in der letzten... haben deine Eltern nach der Pubertät noch mehr mit dir darüber gesprochen? Haben sie mit dir auch über Selbstbefriedigung gesprochen?

K: Nein.

I: Haben sie nicht. Hat sonst jemand irgendwann mit dir über Selbstbefriedigung gesprochen?

K: Da glaube ich, in dieser Stiftung glaube ich nicht.

I: Und vorher?

K: Weiss ich gerade nicht mehr. Es ist schon lange her.

(Interview C, 255-260)

Nur eine Person sagte, dass Selbstbefriedigung für die Zeit ohne Partnerschaft sei. Ob dies dann auch in der Realität so gelebt wird, ist unklar.

Werte und Normen zur Paarsexualität

Diejenigen, welche bereits Erfahrung in der Paarsexualität gesammelt haben, sind sich einig, dass Sex etwas Schönes und Wichtiges sei. Insbesondere wenn man Gefühle für das Gegenüber habe. Mehrheitlich wurde es auch als schöner empfunden als Selbstbefriedigung. Jemand sagte, dass es Paarsexualität aber nicht jeden Tag bräuchte.

K: Für mich Sex ist ähm, öppis schöns. Ja einfach, dass, also, wie erholt, also...

I: Ein Glücksgefühl?

K: Ja, genau. So wie, einfach so, mega schön.

(Interview C, 200-202)

Dass Sexualität, beziehungsweise Paarsexualität, etwas Schönes zwischen Menschen sein sollte, wurde nur mit einer teilnehmenden Person während einer sexualpädagogischen Beratung besprochen. Dann aber mit dem Zusatz, dass es auch Menschen gäbe, die einen zu Sex zwingen würden.

Weitere genannte Themen waren, dass man beim Sex aufpassen müsse, damit man nicht krank und man selbst oder die Partnerin nicht schwanger werde. Und dass Frauen* keine «Tussis oder Pornofrauen» seien und harter und schmerzhafter Sex nicht schön sei.

I: Und was machen sie beim Sex?

K: Sich ausziehen, das Kondom anziehen, schauen, dass die Frau nicht schwanger wird.

I: Mhh (aktiv zuhörend).

K: Oder vielleicht hat die Frau schon eine Spirale, dann nützt das Kondom vielleicht auch nichts.

I: Mhh (aktiv zuhörend), ist das Kondom nur für gegen die Schwangerschaft, oder hat es noch einen anderen Sinn? Braucht man es noch für etwas anderes?

K: Dass äh, das Sperma nicht in Dings rein geht, in dieser Scheide oder was es auch ist.

(Interview B, 449-454)

Werte und Normen zu Beziehungen und Liebe

Alle vier empfinden Homosexualität als in Ordnung.

Einer Bewohnerin wurde nahegelegt, dass sie bei neuen Bekanntschaften betreffend ihrer Wohnsituation, nicht lügen solle.

Einer der Männer antwortete auf die Frage, ob er eine Partnerin habe, dass Frauen nur Probleme machen würden und er dafür keine Zeit habe.

8.3. Fachliche Unterstützung

Instrumente der Wissensvermittlung

Inwieweit die Lese- und Schreibfähigkeit ausgebildet ist, ist bei den Befragten unklar. Nur eine Frau sagte, dass sie Mühe habe beim Schreiben und Lesen und deshalb zum Beispiel das Internet nicht allein benutzen könne. Nur eine Person erzählte, dass sie bei Eintritt Unterlagen zum Lesen erhalten habe, diese aber nicht mit ihr nachbesprochen wurden. Die anderen Teilnehmenden haben, gemäss ihren Aussagen, keine solche Informationen bekommen. Weder verbal noch schriftlich.

I: Mhh (aktiv zuhörend). Ok. Und wenn du etwas wissen willst, gehst du manchmal auch ins Internet? Schauen, googeln, lesen oder so?

K: Ab und zu [unverständlich] Entschuldigung, wie geht das? Und dann frage ich auf der WG, ob sie mir helfen. Alleine kann ich das nicht.

I: Alleine ist schwierig, um im Internet nachschauen zu gehen?

K: Mhhh (zustimmend), ja.

I: Das heisst, sagen wir mal, du willst zum Beispiel über Sex wissen, dann ist es schwierig, dass du dich übers Handy eintippen kannst und das finden kannst?

K: Mhh (zustimmend), ja.

I: Dann musst du wieder jemanden fragen.

K: Ja.

I: Und das ist ja wieder dann, hast du vorhin gesagt, schwierig, peinlich.

K: Mhh (zustimmend).

(Interview A, 251-260)

Der Begriff «Leichte Sprache» war keinem geläufig, nur jemand wusste nach der Erklärung, was ich meinte. Ob die abgegebenen Unterlagen in einfacher Sprache waren oder nicht, kann nicht beantwortet werden.

Weiter wurde genannt, dass Gespräche über Sexualität, zwischen Betreuer* und Bewohner* und Betreuerin* und Bewohnerin* stattfänden.

Sexualpädagogisches Angebot der Institutionen / Beratungsangebote extern

Abgesehen von Gesprächen mit Betreuungspersonen, wusste keiner der Teilnehmer_innen ob es in der Institution Gruppen oder Kurse zum Thema Sexualität gab oder nicht. Das einzige für sie zugängliche Angebot in den Institutionen waren Gespräche mit dem Fachpersonal oder den Vorgesetzten in den geschützten Arbeitsstätten.

I: Ja, ok. Haben, hat ähm zuerst, ich frage zuerst noch einmal anders. Wenn Sie, wenn Sie eine Frage haben, zum Thema Sex oder Selbstbefriedigung.

K: Mhh (aktiv zuhörend).

I: Wen fragen Sie? Freunde, Freundinnen, Mitarbeiter, Mitarbeiterinnen, Eltern. 324

K: Betreuer.

I: Betreuer?

K: Äha (zustimmend).

(Interview D, 321-326)

Obwohl zwei Personen während ihrer Schulzeit sexualpädagogisch begleitet wurden, konnten sie keine Fachstellen oder externe Beratungsangebote, wo sie sich hinwenden konnten. Drei Teilnehmer_innen nannten explizit, dass sie lieber mit einer externen Fachperson über Themen der Sexualität sprechen würden als mit den Betreuenden.

Gespräche mit Betreuungspersonen

Gespräche über Sexualität und Selbstbefriedigung beschreiben alle als unangenehm, schamhaft oder peinlich. Besonders mit den Betreuer_innen. Sie gaben alle zu verstehen, dass das Fachpersonal ihrerseits offen für Gespräche wäre. Aber es brauche Mut und sei peinlich, die Betreuenden etwas zu fragen und die Reaktion und Antworten wurden von einer Person schon einmal als komisch wahrgenommen. Ein Teilnehmer* betonte die Wichtigkeit, dass die im Interview besprochenen Inhalte nicht an die Betreuungsperson gingen.

I: Mhh (nachdenklich), wer hat mit dir über Verhütungsmittel gesprochen?

K: Ja, ab und zu Betreuer.

I: Ja, ja.

K: Aber mich [unverständlich], solche Themen zu reden.

I: Tschuldigung, ich habe es nicht verstanden.

K: Mich scheisst es mega an, über so etwas zu sprechen.

I: Mit den Betreuern?

K: Ja.

I: Wieso?

K: Es ist mir wie peinlich. Keine Ahnung. Nicht so gewohnt, dass mich das Betreuer fragen.

I: Mhh, es ist manchmal auch komisch, wenn man hier wohnt und dann ähm.

K: Genau.

I: Sie das nicht, nachher wissen sie Sachen über dich, die du mit ihnen gar nicht besprechen willst.

K: Genau.

I: Mhh (zustimmend).

K: Endlich einmal eine, die es versteht.

(Interview B, 173-188)

I: Die Betreuer zu fragen?

K: Nein, nähä.

I: Warum ist es nicht so einfach?

K: Die können glaube ich nicht so gut Antwort geben, was ich gerne wissen möchte.

I: Ja, ja. Das heisst, wenn du eine Frage hast, hast du das Gefühl, sie wissen es gar nicht so genau?

*K: Ja. Oder ich getraue mich einfach nicht über Sex zu sprechen mit den Betreuern.
(Interview C, 133-138)*

Angewandte Sexualpädagogik

Als konkrete sexualpädagogische Intervention durch die Betreuer_innen wurde insbesondere das Gespräch über verschiedene Themen genannt. Mit den Teilnehmenden wurden über Themen, wie die Benutzung des Kondoms und anderer Verhütungsmittel, Geschlechtskrankheiten, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, sowie über Gewalt gesprochen.

Auf die Frage, ob mit ihnen auch besprochen wurde, wie Selbstbefriedigung gehe, verneinten die beiden Frauen*. Trotzdem berichtete eine von ihnen, dass vor einigen Jahren eine Betreuerin* mit ihr über Sexspielzeuge gesprochen und sie in einen Sexshop begleitet habe. Einer der Männer* wurde über die Benutzung von Gleitgel bei der Selbstbefriedigung durch die Betreuenden informiert. Einer der Männer* besuchte früher mit einer Gruppe einen Ort, vermutlich eine Fachstelle, wo sie ihnen erklärten, wie Selbstbefriedigung gehe.

I: Ja, das wäre wirklich so einfach, es ist leider so. Das ist so. Sprechen denn Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vom Wohnheim mir Ihnen über das Thema Sex oder Selbstbefriedigung?

K: Kommt darauf an.

I: Es kommt darauf an? Auf was kommts darauf an?

K: [Unverständlich]

I: Jetzt habe ich es gerade nicht verstanden.

K: Gleitgel.

I: Gleitgel?

K: Ja.

I: Haben sie mit Ihnen geredet wegen Gleitgel?

K: Ja.

I: Was hat man mit Ihnen besprochen wegen Gleitgel?

K: Das brauchts [unverständlich].

I: Bei der Selbstbefriedigung?

K: Ja [unverständlich] mit dem Tüchlein so, so, so...

(Interview D, 241-254)

Medizinisches

Keiner der am Interview teilnehmenden Personen brauchte beim Duschen pflegerische Unterstützung. Eine Frau* erzählte, dass die Betreuer_innen sie zur Gynäkologin begleiten, wenn sie dies wollen würde.

Eine der Frauen* verhütet, obwohl sie seit längerer Zeit keinen festen Partner* hat, mit der Spirale und sagte, dass sie aus Angst vor Geschlechtskrankheiten bei Geschlechtsverkehr auch Kondome benutzen würde. Aufgrund dieser Angst lasse sie orale Befriedigung nicht zu, obwohl sie es mögen würde. Die zweite Frau* nimmt zur Bestimmung des Eisprungs eine App.

K: Dann dort ohne Verhütung und jetzt ist mein Eisprung diese Woche und ja dann...

I: Dann nicht. Dann weißt du es. Woher weißt du, dass du jetzt deinen Eisprung hast?

K: Ich habe so einen Kalender auf meinem Handy.

(Interview C, 74-76)

Auf die Frage hin, ob sie dann während des Eisprungs mit Kondomen verhüte, verneinte sie. Sie hatte verschiedene Verhütungsmittel ausprobiert, wurde von den Fachpersonen und Gynäkologen über Alternativen aufgeklärt und hat selbständig entschieden, keine hormonellen Mittel mehr zu nutzen. Sie ist sich bewusst, dass eine Schwangerschaft so möglich ist. Die vier Befragten wussten alle, dass Sperma in die Vagina der Frau eindringen muss, damit eine Schwangerschaft passieren kann.

Eine Person berichtete, dass bei der Selbstbefriedigung teilweise schmerzende und rote Stellen aufgetreten seien, dies aber den Betreuungspersonen nicht kommuniziert habe.

8.4. Wissen

Gesprächspartner für das Thema Sex/Selbstbefriedigung

Wie bereits erwähnt, empfinden die Mehrheit der Teilnehmer_innen die Betreuer_innen als zu nah, als dass sie mit ihnen über Sexualität sprechen wollen würden. Die meisten

sprechen mit ihren Peers oder Partner_innen über Sexualität, Partnerschaft und teilweise Selbstbefriedigung.

I: Ok. Aber wenn du wirklich eine Frage hättest, dann, also kannst du auch sie fragen? Wenn du eine Frage zum Beispiel Selbstbefriedigung, redest du mit ihr darüber, was man machen kann?

K: Ja nicht so. Ist ein wenig, sie ist meine Schwester (lacht).

I: Jaja deshalb frage ich. Deshalb frage ich. Und mit den Freundinnen?

K: Schon, ich weiss nicht wieso, mit denen kann ichs. Sonst kann ich es nicht.

I: Ah das ist spannend. Also über Selbstbefriedigung sprichst du mit deinen Freundinnen.

K: Ja.

I: Aber mit deiner Schwester nicht und über Sex und Beziehungen dort kannst du aber deine Schwester fragen.

K: Wie, so, keine Angst. ist peinlich, ich schäme mich. Ich weiss nicht.

I: Ja vielleicht. Ja. Warum ist, aber ist ja schön, hast du eine Auswahl. Und was redet ihr denn, ihr Frauen untereinander?

K: Eben, wie man es kann man machen, wenn die Frau Lust hat [unverständlich]. Weisst du, sie ist jetzt Single und hat keinen Freund.

(Interview A, 299-308)

Die Familienmitglieder werden nur von einer Person genannt und hier auch eher die Geschwister, als die Eltern. Mögliche, aufgezählte alternative Gesprächspartner_innen sind Ärzt_innen und Therapeut_innen. Ob diese Möglichkeiten tatsächlich genutzt werden, ist nicht ganz klar hervorgekommen. Eine Teilnehmerin* nannte noch die Vorgesetzten bei ihrem geschützten Arbeitsplatz. Die Themen Sexualität und Selbstbefriedigung werden aber auch dort nicht besprochen.

Sexuelle Gewalt

Obwohl alle wussten, dass sexuelle Kontakte und Beziehungen zwischen Betreuenden und Bewohnenden oder Selbstbefriedigung in der Öffentlichkeit verboten waren, wussten sie nicht genau, wie sie vorgehen mussten, wenn tatsächlich ihre Grenzen überschritten wurden. Eine Person nannte als erstes die Polizei und auf Nachfragen wo man sich sonst noch hinwenden konnte, die Psychologin*, die Vorgesetzten und dann die Wohngruppe. Auch die Konsequenzen für die beteiligten Personen waren unterschiedlich verstanden worden.

I: Ok. Betreuerinnen und Betreuer mit Bewohnerinnen und Bewohnern?

K: Ist hier, kannst du gleich im Gefängnis landen. Es ist verboten.

(Interview A, 603-604)

Besonders auffallend war, dass zwei Teilnehmer_innen während des Interviews zwei massive Erfahrungen an sexueller Gewalt aus der Vergangenheit schilderten und drei Personen von Erlebnissen berichteten, die auch sexuelle Gewalt und Grenzüberschreitungen sind. Ob die Teilnehmer_innen dies selbst so einschätzen würden, ist nicht erfragt worden.

Eine der jungen Frauen* wurde bei der Arbeit nach Hause geschickt, weil sie zu kurze Hosen trug. Begründet wurde dies damit, dass es einerseits unhygienisch bei der zu verrichtenden Tätigkeit sei, andererseits aber auch, dass die Kleider zu sexy seien und die Männer das Gefühl bekommen könnten, dass sie ihr näherkommen dürfen.

Falsches Wissen über Sexualität

Während der Interviews gab es immer wieder Situationen wo deutlich wurde, welches Unwissen oder welche Halbwahrheiten in den Köpfen der Teilnehmenden vorhanden waren. Beispielsweise konnte niemand korrekt sagen, ab wann Geschlechtsverkehr mit jemandem erlaubt sei. Hier kam zwei Mal der Begriff «pädophil» auf, ohne genau zu wissen, was er heisst. Dass Kondome zwar zur Schwangerschaftsverhütung dienen, aber auch einen Effekt auf den Schutz vor Geschlechtskrankheiten haben, war nicht allen bekannt.

Alle Teilnehmer_innen hatten Begriffe wie Muschi, Penis, Scheide, Schwanz für die Äusseren Geschlechtsteile. Detaillierte Begriffe wie Eichel, Hoden, Vulvalippen oder Klitoris kannten sie sie nicht oder konnten sie nicht genau zuordnen. Auch war unbekannt, dass die Vagina innen und die Vulva aussen war. Weitere Wörter wie «Erregung» oder «Selbstbefriedigung» waren nicht allen verständlich.

Auffallend war, dass zwei Personen erzählten, sie hätten keine Orgasmen. Während des Gesprächs deuteten ihre Beschreibungen aber sehr darauf hin, dass sie durchaus Orgasmen hatten, diese aber nicht als solche identifizieren konnten. Das gleiche betraf den Begriff «Selbstbefriedigung». Eine Frau* betonte mehrmals, sie mache keine Selbstbefriedigung,

beschrieb aber später detailliert, wie sie sich selbst stimuliert und mit welchen Gefühlen dies verbunden sei.

Ein Mann* wusste nicht, wie ein Orgasmus bei der Frau* aussah und ging davon aus, dass sie auch abspritzen wie die Männer. Auf Nachfragen, ob er das in Pornos gesehen habe, verneinte er. Er wisse nicht mehr, wie es heisst, aber es sei kein Sperma.

Richtiges Wissen über Sexualität

Demgegenüber stand das Wissen, das sie zum Thema Sexualität haben. Wie bereits erwähnt war allen klar, dass Sexualität zwischen Angestellten und Bewohner_innen nicht erlaubt ist. Auch, dass Sexualität und Selbstbefriedigung nicht in öffentlichen Räumen geschehen darf.

Sie hatten Begriffe für die äusseren weiblichen und männlichen Geschlechtsteile und wussten, dass ein Mann beim Orgasmus Sperma ejakuliert. Auf die Frage ob und wie Frauen* auch Selbstbefriedigung machen, wurden Sexspielzeuge und das Einführen von Fingern in die Vagina aufgezählt. Auch, dass sowohl Frauen* wie auch Männer* Pornos schauen können.

I: Und bei Männern, beim Mann. Haben Sie dort auch einen Namen? Einen anderen als ich? Einen anderen als Penis?

K: Ja. Schnäbi.

I: Schnäbi, ja.

K: Oder ich sag auch Pimmel.

I: Pimmel, ja. Ja. Richtig. Und Muschi kennen Sie. Und Vagina haben Sie auch gekannt.

K: Mhh (zustimmend).

I: Und was, kennen Sie noch mehr?

K: Nein.

(Interview D, 587-594)

Jemand sagte, dass auch Partnertausch möglich sei.

Wissensbeschaffung zum Thema Sexualität

Zwei Teilnehmer_innen antworteten auf die Frage, woher sie ihr Wissen über Sexualität haben, dass sie früher in der Schule oder in anderen Institutionen mindestens einmal sexualpädagogische Begleitung bekommen hatten, oder sie leiteten es aus ihren eigenen Erfahrungen ab. Zwei Personen sagten, sie hätten ihr Wissen aus Filmen und Pornos. Niemand kannte eine Fachstelle, wo sie sich hätten beraten lassen können.

I: Ja. Und wenn du jetzt irgendeine Frage hast, wo du gerne wissen würdest, wo [kurze Pause].

K: Könnte ich sie auch fragen. Also.

I: Ok, ja. Aber die Betreuer möchtest du [wird unterbrochen].

K: Bei den Betreuern, bei den Betreuern, gehe ich das nicht fragen.

I: Ja. Wie ist es denn zum Beispiel mit dem Internet? Kannst du, kannst du im Internet lesen?

K: Ja.

I: Weisst du von den Seiten? Kennst du dort dann auch Seiten, die dir Informationen geben?

K: Pornhub ähm Porno.

I: Also Pornos?

K: Ja. Ähm das.

I: Ok.

(Interview B, 225-235)

Mediennutzung

Zwei der Teilnehmer_innen benutzen sicher ein Handy, bei den anderen ist es unklar. Bei Fragen zieht eine der Frauen* das Internet zur Rate. Die zweite Teilnehmerin* sagte, dass sie das Internet nicht allein benutzen könne, da sie nicht so gut lesen und schreiben könne. Einer_eine der Teilnehmer_innen konsumiert auf seinem Mobiletelefon Pornos.

8.5. Sexualität und Selbstbefriedigung

Ort für Selbstbefriedigung

Zwei der Interviewpartner_innen nannten ihr Zimmer als Ort für die Selbstbefriedigung und zwei das Badezimmer. Wobei besonders diejenigen, welche im Badezimmer Selbstbefriedigung machen davon sprachen, dass sie Angst hätten, dass sie erwischt werden würden. Auch weil jemand von beiden das Badezimmer nicht abschliessen darf. Nur jemand machte auch zu Hause Selbstbefriedigung. Gründe, weshalb zu Hause nicht masturbiert wurde, waren, dass die Privatsphäre fehle, Familienmitglieder einfach in den Raum eintraten oder man noch nicht auf die Idee gekommen sei, dies zuhause zu machen.

Hilfsmittel in der Selbstbefriedigung

Zur Unterstützung der Selbstbefriedigung wurden verschiedene Möglichkeiten genutzt. Einerseits Sexspielzeuge, andererseits aber auch die Duschbrause. Gleitgel wurde von zwei Personen genannt. Als lustauslösende Hilfestellungen wurden das Pornoschauen und das Auftauchen von Fantasien genannt, welche die sexuelle Erregung dann auslösten.

Erregungsmodi

Alle vier befragten Personen sagten, dass sie sich die Selbstbefriedigung selbst beigebracht haben. Jemand hat bereits mit ungefähr 10 Jahren damit begonnen, die anderen in der Jugend. Obwohl teilweise die konkreten Wörter fehlten, konnten sie alle ihre körperlichen Empfindungen beschreiben und zeigen, wo im Körper sie es empfanden. Sie fühlten ein Ziehen, ein Kitzeln, Feuchtigkeit, ein Zucken, ein Ausatmen, Entspannung und fassten Selbstbefriedigung als etwas Schönes zusammen.

K: Mhh (nachdenkend)... ich kanns eigentlich nicht jeden Tag machen, weil ich möchte zwischendurch auch eine Pause. Wenn ichs zum Beispiel eine Woche lang nicht mache, dann merke ich, dann kommts richtig zum, es kitzelt dann.

(Interview C, 396)

Den Verlauf ihrer sexuellen Erregung beschreiben sie zusammengefasst folgendermassen: Entweder spüren sie ein Kribbeln oder Kitzeln im Bauch und möchten sich deshalb

selbstbefriedigen, sie schauen extra einen Porno um die Erregung auszulösen, bei manchen tauchen Fantasien auf oder es ist im Tagesablauf ritualisiert. Manche befriedigen sich im Stehen und manche im Liegen. Während der Masturbation fühlen sie ein Kitzeln, ein Zusammenziehen und Nässe. Die Steigerung der Erregung wird mittels Duschbrause, Sexspielzeuge, den Händen oder den Fingern gesteigert. Eine der Frauen dringt mit den Fingern in die Vagina ein. Auf die Frage hin, wann sie wissen, wann die Selbstbefriedigung fertig sei, antworteten sie, dass man fest ausatme, es sehr zwischen den Beinen kitzle, der Körper unkontrollierbar zucke und entspannt sei. Ein Mann sagt, er habe kein Sperma, das rauskommt. Auf Nachfragen stellt sich heraus, dass er Gleitgel und ein Taschentuch benutzt und aufgrund seiner Beschreibung vermutlich hinein ejakuliert und es deshalb nicht sieht.

I: Mit M? Ja. Ein Orgasmus. Was passiert denn im Körper, wenn Sie, passiert vorher etwas, bevor Sie dann

so entspannt sind? Was passiert da im Körper?

K: Es macht so, ich fühl mich zusammengezogen.

I: Es zieht sich zusammen. Mhh..

K: Ahh [spannt Körper an und zeigt es].

I: Ja, am ganzen Körper?

K: Ja.

I: Ja, ja. Und passiert etwas beim Penis? Kommt etwas heraus?

K: Also, also, feucht bin.

I: Mhh..., wenn Sie den Penis reiben, und dann zieht man sich immer mehr zusammen...

(Interview D, 261-269)

Die Art und Weise hat sich über die Jahre bei niemandem verändert. Nur jemand masturbiert nicht mehr so exzessiv wie früher. Diese Person beschreibt, dass damals das Verlangen sich anzufassen, während 24 Stunden vorhanden war. Ein Orgasmus war nicht möglich, aber die Berührungen waren beruhigend. Aufgrund der vielen Stimulation entstanden aber Schmerzen und Entzündungen, weshalb es jetzt nur noch ein- oder zweimal täglich zur Selbstbefriedigung komme.

Beziehung und Liebe

Die vier befragten Personen wünschen sich alle einen_eine Partner_in an ihrer Seite. Drei von ihnen waren oder sind bereits in einer Beziehung. Das Thema «Heirat» kann interpretiert werden mit dem Wunsch nach einer eigenen Familie. Nur eine Frau* sprach sich gegen Kinder und das Heiraten aus, da man sich wieder trenne und das dann schlimm sei. Ein Mann* und eine Frau* möchten in der Zukunft Kinder haben. Jemand wünschte sich einen_eine Partner_in zum Reisen, mit Küssen, aber ohne Umarmungen und ohne das Nacktsein.

I: Wenn du einen Wunsch hättest. Für dich. Für dich, für deine Sexualität oder Selbstbefriedigung, wenn du irgendeinen Wunsch frei hättest. Gäbe es irgendetwas, dass du dir wünschen würdest?

K: [Längere Pause]. Einmal eine eigene Familie haben, ja.

(Interview B, 707-708)

Ängste in Verbindung mit der Sexualität

Eigene Ängste in Bezug auf die Sexualität hat nur eine Person angesprochen. Eine Angst war diejenige vor Geschlechtskrankheiten, welche sie zu vermeiden versucht durch Benützung des Kondoms und keine orale Befriedigung.

Die andere Angst oder eher Erfahrung war, dass gewisse Männer nicht immer sanft seien und Penetration schmerzhaft sein kann, sie aber keine Schmerzen haben möchte beim Geschlechtsverkehr.

Paarsexualität

Auf die Frage «Was ist Sex?» kamen die folgenden gesammelten Antworten: Sex kann Streicheln, Küssen, Kuscheln, Lecken, Blasen sein, es braucht nicht immer eine Penetration oder einen Orgasmus damit es als schön empfunden wurde. Gefühle für die andere Person sind wichtig und machen den Sex noch schöner. Sex kann aber auch ein Brennen und Beissen bedeuten, wenn der Penis in die Vagina eindringt. Die Grösse des Penis spiele keine Rolle, wichtig sei, die Frau* glücklich zu machen. Eine Frau* sagte, dass Sex wie im Porno nicht schön sei.

Die aufgezeigten Ergebnisse zeigen deutlich, wie viele Ressourcen die Bewohner_innen in ihrem eigenen Erleben haben. Welche das sind und welche Herausforderungen sich ihnen aber auch für ihre Sexualität und Selbstbefriedigung stellen, wird in Kapitel 9 diskutiert.

9. Diskussion

Nachdem die Ergebnisse der Studie präsentiert wurden, werden folgend die fünf Leitfragen anhand der gewonnenen Daten, der Konzeptanalyse und der Theorie beantwortet. Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen werden in Kapitel 10 zusammenfassend aufgeführt und beantworten noch einmal kompakt, inwieweit Menschen mit einer kognitiven Behinderung einen Bedarf an sexualtherapeutischer und sexualpädagogischer Begleitung haben.

9.1. Über welches Wissen verfügen Frauen und Männer mit einer kognitiven Behinderung über die Selbstbefriedigung?

Sie alle haben sich die Selbstbefriedigung selbst beigebracht. Die Teilnehmenden wissen, wie sie ihrem Körper lustvolle Gefühle verschaffen und diese Erregung bis zum Orgasmus steigern können. Anhand der Analyse der Selbstbefriedigung nach Sexocorporel (Sztenc, 2020) wird deutlich, dass diese Modell bei Menschen mit einer kognitiven Behinderung genauso angewendet werden kann, wie bei Menschen ohne eine kognitive Behinderung.

In den geführten Interviews fiel auf, wie wenig richtiges oder vollständiges Wissen über die Sexualität und den Körper vorhanden waren. Hinzu kommt eine Sprach- und Ausdruckslosigkeit aufgrund von fehlenden Wörtern, was auch Lache (2016) als häufiges Problem beschreibt. Die Teilnehmenden wussten alle Basiswissen, wie die Namen der einzelnen Geschlechtsteile, nicht. Trotzdem konnten alle ihre körperlichen Vorgänge bei der Selbstbefriedigung verständlich und nachvollziehbar beschreiben. Viele Begriffe, wie zum Beispiel «Sexuelle Erregung», sind zwar bekannt, aber werden nicht vollständig verstanden. Anhand von Beschreibungen wie Kitzeln und Ziehen im Bauch, Feuchtigkeit zwischen den Beinen und Erektion wurde aber deutlich, dass sie sexuelle Erregung empfinden und wahrnehmen.

Für eine aufgeklärte Selbstbefriedigung braucht es kein komplexes Wissen über die genauen Vorgänge oder Theorien der Sexualität. Aber es braucht beschreibende Wörter und Selbsterfahrung. Anhand des Modells Sexocorporel können diese Erfahrungen analysiert und vertieft werden (Sztenc, 2020). Mittels unterstützender Kommunikation werden die Erfahrungen benannt und so der Wissenszugang direkt mit einem persönlichen Erlebnis verankert (Senckel, 2015).

Weder die Eltern noch die Fachpersonen sprechen über die Art und Weise wie Selbstbefriedigung gemacht werden könnte. Kommuniziert werden gesellschaftliche Regeln wie zum Beispiel, dass Selbstbefriedigung in den Privaträumen und nicht vor anderen Menschen gemacht wird. Sexualpädagogische Begleitung zum Thema Selbstbefriedigung erfolgte erst im Jugendalter, zu einem Zeitpunkt wo die Selbstbefriedigung meist bereits für sich entdeckt wurde (Sielert, 2015).

Alternative Gesprächspartner_innen sind Freund_innen und Partner_innen. Wobei auch hier zu beachten gilt, dass viel Halbwissen vorhanden sein wird und deshalb die erhaltenen Informationen nicht korrekt sein müssen (Ortland, 2020). Auch spielt die Kommunikationsfähigkeit für den Austausch mit Peers eine grosse Rolle. Kann man sich nicht gleich schnell und klar ausdrücken, kann es sein, dass Bezugspersonen oder Betreuende die einzige Anlaufstelle bleiben (Ortland & Jennessen, 2019).

9.2. Welche Werte und Normen prägen ihre Einstellungen zu Sexualität und Selbstbefriedigung und was ist deren Ursprung?

In den Interviews war eine sehr offene Haltung gegenüber Sexualität und den vorhandenen Möglichkeiten spürbar. Sexualität und Selbstbefriedigung wird als etwas Schönes und Wichtiges empfunden. Insbesondere, wenn sie in einer Partnerschaft erlebt werden dürfen.

Trotz dieser positiven Konnotation zu Selbstbefriedigung, ist das darüber sprechen schamhaft. Dass das Sprechen über Selbstbefriedigung mit Scham verbunden ist, hat mehrere Gründe. Menschen sind nicht geübt, über die Selbstbefriedigung zu sprechen. Es schwingt immer noch die Haltung der Vergangenheit mit, dass sie etwas «Schmutziges» und «Unanständiges» sei (Sielert, 2015). Andererseits fehlen die Vorbilder, die ihnen von klein auf eine offene Kommunikation vorgelebt haben und auch das Thema Sexualität und Selbstbefriedigung wie eine Selbstverständlichkeit miteinbeziehen. Aus diesem Grund fehlen ihnen auch die Wörter um sich auszudrücken und um zu benennen (Lache, 2016).

Die Haltung der Eltern zu Sexualität und Selbstbefriedigung ist nicht bekannt. Es wurde nie konkret darüber gesprochen. Die Eltern sind sich der Sexualität ab einem gewissen Alter der Kinder sehr wohl bewusst, im Vordergrund stehen aber mehr der Schutz vor Schwangerschaften, sexueller Gewalt oder Geschlechtskrankheiten, als die positiven Aspekte der Sexualität.

Werte und Normen werden durch das Vorleben weitergegeben und Menschen mit einer Behinderung haben je nach Entwicklungsalter nicht die Möglichkeit, diese zu reflektieren. Doch bereits Babys registrieren die (non-)verbalen Reaktionen der Erwachsenen und verknüpfen es mit einer Handlung oder sich selbst (Senckel, 2015). Das zeigt auf, dass jeder Mensch unbewusst durch das Umfeld geprägt wird, aber nicht jeder die Möglichkeit hat, sich bewusst für eine neue Haltung zu entscheiden.

9.3. Inwieweit leben Menschen mit einer kognitiven Behinderung ihre Selbstbefriedigung?

Um der Selbstbefriedigung in Ruhe und geschützt nachgehen zu können, sind Menschen mit einer Behinderung räumlich sehr eingeschränkt. Hauptsächlich stehen ihnen nur das Schlaf- oder Badezimmer zur Verfügung. Trotzdem ist die Angst vor dem Gesehen oder dem Gehört werden präsent. Insbesondere, wenn die Räumlichkeiten nicht abgeschlossen werden dürfen und sich Mitbewohner_innen und Mitarbeiter_innen nicht an ein Eintrittsstopp halten.

Das Auslösen des Erregungsreflexs wird bewusst durch Pornografie oder durch auftauchende Fantasien unterstützt. Manchmal wird die sexuelle Erregung auch erst ab einer gewissen Intensität erkannt, wenn auch nicht so benannt. Sowohl die Interviews wie auch die Theorie (Sztenc, 2020), bestätigen, dass sich Menschen mit einer kognitiven Behinderung genauso selbstbefriedigen, wie Menschen ohne Behinderung. Die Art und Weise, wie der Erregungsreflex ausgelöst, die Erregung gesteigert und möglicherweise in einer orgasmischen Entladung endet, ist sehr individuell. Die Art und Weise wurde im Verlaufe der Entwicklung nicht verändert. Einzig die Häufigkeit variierte. Dies bestätigt die Aussagen von Bischof (Bischof, 2020). Das korrekte Benennen der Körperteile oder das Wissen über die Bedeutung von Wörtern wie «Orgasmus», «Selbstbefriedigung» oder «Erregung» waren nicht vollständig vorhanden. Trotzdem konnten die Abläufe im Körper und die damit verbundenen Wahrnehmungen beschrieben werden. Es braucht keine komplexen Wörter, um die gelebte Sexualität zu beschreiben und es ist immer richtig, denn es ist die eigene, persönliche Wahrnehmung. So wird Erfahrung mit Wissen verknüpft.

Zur Unterstützung der Selbstbefriedigung werden Sexspielzeuge, Gleitgel, die Duschbrause und Pornos genannt. Die Pornografie wird übers Handy geschaut und ist somit bei entsprechenden Kompetenzen, jederzeit zugänglich. Die anderen Hilfsmittel wurden entweder für sich selbst entdeckt oder durch Betreuungspersonen herangeführt.

Die gemachten Lernschritte in der Selbstbefriedigung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung lassen sich in die Erregungsmodi des Modells Sexocorporel einordnen und unterstreichen damit, dass es ein hilfreiches Instrument ist, um auch die Selbstbefriedigung von Menschen mit einer Behinderung zu analysieren.

9.4. Welche verallgemeinernden Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbefriedigung und der Privatsphäre lassen sich aus den sexualpädagogischen Konzepten der beiden Institutionen ableiten?

Die eingereichten Konzepte unterschieden sich bezüglich der inhaltlichen Ausführungen zu den Themen sehr. Die detaillierten Ergebnisse der Vergleichsanalyse finden sich im Kapitel 7 und beantworten die Frage, welche sexualpädagogischen Konzepte zu sexueller Gesundheit in den beiden Institutionen vorhanden sind. In diesem Kapitel wird die Frage diskutiert, welche verallgemeinernden Möglichkeiten und Grenzen der Selbstbefriedigung und der Privatsphäre sich aus den Konzepten der beiden Institutionen ableiten.

Ob die fünf eingereichten Unterlagen den tatsächlichen ausgearbeiteten Konzepten der Institutionen entsprechen, kann nicht gesagt werden. Es wurde versucht, mit der Formulierung der Bitte, alle Unterlagen zu den Themen Sexualität, Liebe, Prävention, Nähe und Distanz, Privatsphäre einzureichen, sehr offengehalten, was gesendet werden soll. Falls beide Institutionen weitere Konzepte mit diesen Themen haben, diese aber nicht gefunden wurden oder der zusendenden Person unbekannt waren, wäre die kritische Hinterfragung gerechtfertigt, ob diese Konzepte dann auch tatsächlich im Alltag gelebt werden würden. Mit dem Bewusstsein, der möglichen Unvollständigkeit, wird für die Diskussion davon ausgegangen, dass diese Konzepte effektiv alle vorhandenen sind.

In den Konzepten werden Schlagwörter wie «Persönlichkeitsrechte» oder «individuelle und selbstbestimmte Sexualität» verwendet, was darunter genau verstanden wird, wurde nicht definiert. Die Wörter werden, durch die Werte, Normen und die eigene Biografie von Mitarbeitenden und Bewohnenden subjektiv interpretiert und verstanden weshalb bereits hier eine unterschiedliche Ausgangslage entsteht. Auch Baab (2018) nennt diese Einflussfaktoren auf die Gestaltung der Sexualität im institutionellen Kontext.

In den Konzepten sind die Formulierungen für Personen binär, beispielsweise «KlientInnen» oder «Mitarbeiter/-innen». Mit diesen Formulierungen könnten sich Menschen, welche sich weder als Mann noch als Frau definieren können oder wollen, ausgeschlossen und in

ihren sexuellen Rechten nicht ernst genommen fühlen. Wird automatisch von binären Genitalien ausgegangen, kann die tatsächlich vorhandene Vielfalt nicht als selbstverständlich und normal auftreten (Sigusch, 2005). Dies wiederum fördert das Schamgefühl und die Bereitschaft, sich bei Fragen zu Sexualität und Selbstbefriedigung an das Personal zu wenden. Doch genau diesen angstfreien Umgang, um die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu äussern, deklarieren die beiden Institutionen als Wertehaltung.

Die Selbstbefriedigung als eigener Begriff wird bei keiner der beiden Institutionen erwähnt, die Beziehung zwischen zwei Menschen und die damit verbundene Paarsexualität jedoch schon. Ob die Selbstbefriedigung als Teil der Sexualität angesprochen wird oder die Relevanz der Selbstbefriedigung nicht gleichwertig ist wie eine Paarsexualität, kann nicht abschliessend beantwortet werden. Vermutlich liegt die Antwort irgendwo dazwischen, abhängig davon, welche Haltung der_ die Leser_in der Konzepte hat.

Förderliche Massnahmen für die Selbstbefriedigung und die Privatsphäre sind die Anforderungen an die eigenen Werte und Normen, aber auch explizit die eigene sexuelle Biografie reflektieren und sich fachlich zu den Schwerpunkten der Konzepte weiterbilden müssen. Dies fordert auch Baab (2018) und sagt, dass die Behinderung durch pädagogisches Verhalten grösser für die positiv erlebte Sexualität als der Einfluss der kognitiven Behinderung.

Empfehlungen für regelmässige Sitzungen zu verschiedenen Themen der Sexualität und der Persönlichkeitsentwicklung fördern das Fachwissen der Betreuungspersonen. Je mehr Wissen das Personal hat und je selbstverständlicher der Austausch über Sexualität und Selbstbefriedigung stattfinden kann, desto sicherer und professioneller können sie auftreten und die Anliegen und Bedürfnisse der Bewohner_innen erkennen und auffangen. Die Fachpersonen dienen als Vorbild und beeinflussen durch eine offenere Haltung und einer sex-positiven Sprache die Normen und Werte der Bewohner_innen (Baab, 2018).

Ein eigenes Zimmer, welches als Rückzugsort dient und die Bewohner_innen die Gestaltung selbst entscheiden dürfen, sind sehr wichtig für die Privatsphäre. Da viele Institutionen nicht die baulichen Möglichkeiten haben, dass jeder_ jede Bewohner_in ein eigenes Badezimmer hat, ist besonders in diesen Räumen eine Sensibilisierung für die Intim- und Privatsphäre nötig. Anhand klarer Regelungen betreffend das Betreten der Räume und unmissverständlich formulierten Haltungen zur Intim- und Privatsphäre, können die Rechte der einzelnen Personen geschützt und ihnen einen sicheren Raum zur sexuellen Exploration geben werden (Ortland & Jennessen, 2019).

Mit dem Fokus auf eine, so weit wie möglich, autonome Körperpflege und ansonsten einer begleitenden und respektvollen Pflege, können konkrete Regeln wie «den Ablauf den zu Betreuenden erklären», «um Erlaubnis für die Berührungen fragen», «wer hat während der Zeit der Pflege Zugang zum Zimmer/Bad», «bleibt die Türe offen oder geschlossen», «werden die anderen Teammitglieder über die Pflegeeinheit vorinformiert» die Intimsphäre schützen. Neben der verbalen Sprache ist auch der nonverbale Ausdruck der zu pflegenden Person ein wichtiges Kommunikationsmittel. Nicht ganz einfach ist die Haltungsfrage während der Pflege (Michelchen, 2008). Eine zu starke Distanzierung kann zu Entpersonalisierung der Bewohnenden führen und erhöhen die Gefahr von Grenzverletzungen genauso wie das Ignorieren der eigenen Wahrnehmungen und einer möglichen sexuellen Erregung.

Die Anerkennung der Mediennutzung und die damit notwendigen Medienkompetenzen sind wichtig für eine geschützte Konsumation. Bewohner_innen müssen über die Möglichkeiten und Gefahren des Internets, insbesondere von Social Media, Pornos und dem Versenden von privaten Daten und Bildern, informiert werden. Auch Fachpersonen müssen sich dazu ständig weiterbilden, um kompetent beraten zu können (Bodmer, 2013).

Verfügen die Betreuer_innen nicht über das nötige Wissen, um Menschen mit einer Behinderung in ihren sexuellen Anliegen zu begleiten, wird bei Bedarf der Beizug einer externen Fachperson empfohlen. Kritisch anzumerken ist hier, dass Fachpersonen meist nur im Extremfall beigezogen werden. Wie Sielert (2015) betont, geschieht Sexualerziehung aber im Alltag und braucht dort von jedem_jeder Betreuer_in eine fachlich korrekte, offene und sex-positive Haltung. Eine weitere Herausforderung ist die Finanzierungsfrage beim Beizug einer externen Fachperson. Aufgrund von Sparmassnahmen in den Institutionen oder zu wenig finanziellen Mitteln bei den Bewohnenden, bleibt die Begleitung bei den Angestellten. Ein weiteres Problem bei der Finanzierung ist, dass Sexualtherapie nicht von den Krankenkassen anerkannt ist und deshalb alle Rechnungen von den Klient_innen selbst bezahlt werden müssen.

Es gibt in der Schweiz keine gesetzlichen Vorgaben, dass eine Institution ein Konzept zu den Themen der Sexualität haben muss. Entsprechend unterschiedlich sind die Ausgestaltungsformen solcher Konzepte, wie sich auch bei diesen beiden Institutionen deutlich sehen lässt. Beide Institutionen verfügen über förderliche Massnahmen für die Unterstützung der Selbstbefriedigung und der Privatsphäre. In ihren Formulierungen und der Tiefe der Auseinandersetzung unterscheiden sie sich sehr. Doch jedes noch so perfekt ausformulierte

Konzept nützt nur etwas, wenn es im Alltag der Betreuer_innen und Bewohner_innen zugänglich ist und vor allem gelebt wird.

9.5. Welche sexualpädagogische und sexualtherapeutische Begleitung erhalten die Bewohner_innen aktuell von den Fachleuten und inwieweit stimmen diese mit den sexualpädagogischen Konzepten der Institutionen überein?

Die aufgeführten, konkreten sexualtherapeutischen und sexualpädagogischen Interventionen der Bezugspersonen werden aus den Gesprächen mit den Bewohner_innen abgeleitet und sind nicht abschliessend. Da für Institution U kaum Informationen vorliegen, werden die Konzepte übergreifend und verallgemeinernd interpretiert.

Anhand der Interviews wurden folgende aktuellen sexualtherapeutische und sexualpädagogische Begleitung durch die Fachpersonen herausgearbeitet:

Gespräche werden zu den Themen Verhütung, Krankheiten, Schwangerschaften, Gewalt und der Beziehungsgestaltung geführt. Einerseits greifen die Betreuer_innen das Gespräch von sich aus auf, andererseits haben die Bewohner_innen jederzeit die Möglichkeit ihre Anliegen zu besprechen. Um die Intimsphäre zu schützen, gibt es die Möglichkeit sich mit jemandem vom gleichen Geschlecht über private Themen zu unterhalten. Im Konzept Sexualität und Beziehungen (Institution Z, S.4) steht, dass Mitarbeitende eine Vorbildfunktion haben und auf eine adäquate Sprache achten sollen. Die Art und Weise, wie sich die Mitarbeiter_innen über Sexualität ausdrücken, auch durch Mimik, Gestik oder Stimmlage, hat einen grossen Einfluss darauf, wie sich die Ausdrucksmöglichkeiten der Bewohner_innen im weiteren Entwicklungsverlauf verändern können (Lache, 2016)

Das **Zimmer** wird von den Bewohner_innen als etwas «Privates» verstanden und als Rückzugsort geschätzt. Die Möglichkeit, das Zimmer und das Bad abzuschliessen vermittelt ihnen Sicherheit in ihrer **Intim- und Privatsphäre**. Allerdings halten sich sowohl andere Bewohner_innen, wie auch Betreuungspersonen nicht immer an ein seitens Bewohner_innen ausgesprochenes Eintrittsverbot. Die Bewohnenden dürfen in ihrem zuhause **Besuch** erhalten, der auch übernachten darf. Diese Regel steht nicht in den erhaltenen Unterlagen. Möglicherweise findet sie sich in der Hausordnung wieder.

Die **Begleitung zu Ärzten** wie Gynäkologen wird bei Bedarf angeboten.

Die Sexualität wird begleitet und auch **Hilfsmittel** wie Gleitgel abgegeben. Bewohner_innen werden über **Regeln** informiert, in welchem Rahmen **Selbstbefriedigung** gelebt werden kann und dass **sexuelle Kontakte zwischen Betreuenden und Bewohnenden** verboten sind.

Die genannten Interventionen werden in den Konzepten angeboten. Aufgrund der Ergebnisse und der Diskussion wäre auch die Fragestellung interessant gewesen, welche sexualpädagogischen und sexualtherapeutischen Angebote nicht angeboten werden. Allerdings sind vier Interviews nicht aussagekräftig über die tatsächlichen Angebote. Dafür bräuchte es eine höhere Stichzahl.

Die Auswertung der Daten zeigt auf, wie viel Arbeit im sexualtherapeutischen und vor allem im sexualpädagogischen Bereich noch zu tun gib. Die Kompetenzen der Sexualität von erwachsenen Menschen mit einer kognitiven Behinderung liegen in ihrer Selbstbefriedigung. Dort wissen sie ganz genau, was sie brauchen und was ihnen gefällt. Sexualtherapeutische Unterstützung benötigen sie vor allem dann, wenn Schmerzen oder exzessives Verhalten die Lust in der Selbstbefriedigung verhindert. Auch eine angepasste und wertfreie Sexualedukation, von den Grundlagen bis zu ihren Rechten muss wird anhand der Beispiele deutlich.

Die behindernden Faktoren für absolute sexuelle Gesundheit liegen aber vor allem im Umfeld der Bewohner_innen einer Institution. Es sind die institutionellen Gegebenheiten und Regeln, die Mitarbeitenden mit ihren eigenen Werten und Normen, die Eltern mit ihren Ansichten und die fehlenden Fachpersonen für Sexualität und Behinderung. Es ist die Art, wie (nicht) kommuniziert wird, wie über Menschen mit einer Behinderung entschieden wird und nicht sie entscheiden können und es ist das Spannungsfeld zwischen Autonomie und Abhängigkeit, welche dieses Thema so komplex macht.

Nachfolgend sollen konkrete sexualtherapeutischen und sexualpädagogischen Vorschläge aufzeigen, wie die sexuelle Gesundheit und die Selbstbefriedigung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung unterstützt werden können.

10. Schlussfolgerung für die sexualtherapeutische und sexualpädagogische Arbeit mit Frauen* und Männer* mit einer kognitiven Behinderung

Aufbauend auf den beantworteten Leitfragen werden abschliessend die Erkenntnisse dieser Masterarbeit zusammenfassend aufgezeigt und die Hauptfrage beantwortet, inwieweit Frauen* und Männer* mit einer kognitiven Behinderung einen Bedarf an sexualpädagogischer und sexualtherapeutischer Unterstützung haben.

10.1. Institutionelle Rahmenbedingungen

- Obwohl die Betreuenden eine Gesprächsbereitschaft signalisieren, sind sie oft zu nahe an den Bewohner_innen und in ihrem Alltag involviert. Für das schambehafte Thema Sexualität wollen Bewohner_innen externe Fachpersonen. Dieser Zugang muss gewährleistet sein.
- Konzepte sollen nur das Wichtigste enthalten, dafür aber auch konkret im Alltag gelebt werden.
- Unterlagen, Infomaterial und Konzepte müssen den Bewohner_innen entsprechend ihren Lese- und Verständniskompetenzen zugänglich sein. Sie müssen ihre Rechte und Möglichkeiten kennen.
- Konzeptarbeit: Sprache transportiert Werte und Normen, auch in den Konzepten. Eine reflektierte und fachliche Begleitung in der Konzeptarbeit ist wünschenswert.
- Weiterbildungen und ein fachlicher Austausch des Personals zu den Themen zu Sexualität sowie Intim- und Privatsphäre sind wichtige Grundlagen für eine positive, offene und vor allem kompetente Grundhaltung in den Institutionen.
- Meldestellen müssen auch für Menschen mit einer Behinderung unkompliziert und persönlich erreichbar sein.

10.2. Werte und Normen

- Menschen mit einer kognitiven Behinderung sollen entsprechend ihrem Lebensalter begleitet werden und die Kommunikationsmittel der psychosozialen Entwicklung angepasst werden.
- Bezugs- und Fachpersonen müssen ihre eigenen Werte, Normen und sexuelle Biografie regelmässig reflektieren und ein Bewusstsein entwickeln, ob sie im Sinne der Bewohner_innen / Klient_innen handeln oder die eigenen Bedürfnisse im Vordergrund stehen.
- Nur mit einer offenen, reflektierten und fachlich fundierten Haltung der Fachpersonen zur Sexualität, kann eine respektvolle, auf Selbstbestimmung ausgelegte Begleitung von Menschen mit einer kognitiven Behinderung stattfinden beziehungsweise diese überhaupt ermöglicht werden.
- Einige Fachpersonen sind sehr motiviert und offen für eine sexualpädagogische Begleitung. Aber es muss das ganze Team die gleiche Grundhaltung vertreten, damit eine offene Gesprächskultur möglich und nicht schambehaftet ist. Bezugspersonen und Betreuer_innen übernehmen einmal mehr die Vorbildfunktion.

10.3. Unterstützung der Bezugspersonen und Betreuer_innen

- Die Betreuer_innen und die Bezugspersonen brauchen fachlich fundiertes Wissen zur Sexualität im Allgemeinen und der Sexualität eines Menschen mit einer Behinderung im Speziellen.
- Fach- und Bezugspersonen müssen sich im Bereich Medien Kompetenzen aneignen und diese ständig weiterausbauen, um auf dem neuesten Stand zu sein.
- Eine Schulung der Eltern oder nahen Bezugspersonen zum Thema Sexualerziehung ist besonders im Kindesalter sehr wichtig. Obwohl Sexualerziehung bereits ab Geburt passiert, wird dies aufgrund anderer Prioritäten nicht realistisch sein. Aber Sexualität ist, gemäss Sexocorporel, lebenslang lernbar und verpasstes kann auch zu einem späteren Zeitpunkt erlernt werden. Vorträge in Schulen und Heimen wäre eine mögliche Lösung für die Sensibilisierung.

- Sprache und Wörter oder andere Ausdrucksmöglichkeiten geben. Es unterstützt das eigene Körperempfinden und die Persönlichkeitsentwicklung. Benennen können ist auch ein Teil der Präventionsarbeit, denn wer sich nicht ausdrücken kann, kann nicht um Hilfe bitten.
- Eigene Grenzen setzen lernen und diejenigen der anderen im Alltag respektieren und konsequent einhalten. Nicht nur im sexuellen Bereich, denn Bezugspersonen dienen als Vorbild und das muss ihnen bewusst sein.
- Bezugspersonen und Betreuer_innen müssen wissen, dass der Erregungsreflex nicht willentlich steuerbar ist. Auch Fachpersonen können während der Arbeit mit Menschen mit einer Behinderung erregt werden. Dieses Bewusstsein muss vorhanden sein um professionell mit der sexuellen Erregung umgehen zu können. Nur so kann eine Grenzverletzung der zu betreuenden Person verhindert werden.
- Kontakte zwischen Peers müssen ermöglicht werden. Gewisse Lernschritte in der Sexualentwicklung können nur gemacht werden, wenn sie durch die Bezugspersonen oder Betreuenden künstlich hergestellt werden.

10.4. Direkte Arbeit mit Menschen mit einer Behinderung

- Die Sexualität eines Menschen mit einer kognitiven Behinderung richtet sich nach dem Lebensalter der Person. Sich bewusst sein, dass Bewohner_innen körperlich Erwachsene sind, die psychosoziale Entwicklung aber, je nach Bereich, in einem anderen Entwicklungsstadium sein kann. In der Sexualtherapie und -pädagogik müssen immer die sexuellen Bedürfnisse vom Alter ausgehend betrachtet und in Kombination mit den psychosozialen Fähigkeiten geschult werden.
- Wissensvermittlung muss einerseits (non-) verbal mittels Hilfsmittel, andererseits über Körpererfahrungen und Wahrnehmungsübungen passieren. Auch die Medienkompetenzen müssen geschult werden.
- Menschen mit einer Behinderung befinden sich im ständigen Kampf zwischen Autonomie und Abhängigkeit. Wo immer möglich, müssen sie im Grenzen setzen und in ihrer Selbstbestimmung unterstützt und geschult werden.

- Die Bezugspersonen sind oft sehr ins Leben der Klient_innen involviert. Hauptsächlich entscheiden sie oder die Betreuer_innen, ob eine Begleitung bewilligt und finanziert wird. Ein Bewusstsein für die unterschiedlichen Bedürfnisse und Werte aller involvierten Personen muss vorhanden sein. Dazu ist eine klare Haltung und Fingerspitzengefühl wichtig um die Intimsphäre der Klient_innen zu wahren und um trotzdem eine fruchtbare Zusammenarbeit zu ermöglichen. Denn Therapie soll ein sicherer Ort sein. Auch deshalb müssen Bezugspersonen und / oder Betreuungspersonen oft involviert werden, um gewisse Themen im Alltag zu unterstützen.
- Der sexualtherapeutischen und sexualpädagogischen Arbeit werden gesellschaftliche, institutionelle und finanzielle Grenzen gesetzt. Sich dessen bewusst zu sein hilft, Frustrationen zu vermeiden und im gegebenen Rahmen das bestmögliche herauszuholen.
- Sexocorporel ist ein ideales Modell für die Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Behinderung. Es legt den Fokus auf die Kompetenzen und gemachten Lernschritte jedes einzelnen Menschen. Veränderungen können durch Wissensvermittlung, wie auch durch (körperliche) Lernerfahrungen gemacht werden. Besonders die Veränderungen auf der körperlichen Ebene sind in diesem Bereich hilfreich, weil keine verbale Reflexionsfähigkeit benötigt wird.
- Aggressionen und dranghaftes Verhalten haben ihren Ursprung in unerfüllten Bedürfnissen, welche sich durch körperliche und emotionale Spannung zeigt. Das gezeigte Verhalten sind Lösungsversuche, um wieder in eine Entspannung zu kommen. Manchmal kann die Ursache darin liegen, dass die Sexualität nicht wie gewünscht gelebt werden kann. Interventionen der Körper- und Sexualtherapie können helfen, diese Spannungen abzubauen.
- Präventionsarbeit durch Wissensvermittlung, Wahrnehmungsübungen von guten und schlechten Gefühlen, Sprache geben, aber auch zeigen, was eine positive Sexualität ist. Präventionsarbeit muss im Alltag gelebt werden und ist nicht mit einer einmaligen Schulung erledigt.
- Offen und konkret über sexuelle Gewalt sprechen und das Vorgehen von Täter_innen erklären. Bewohner_innen müssen eine Auswahl an Personen oder eine Meldestelle haben, wo sie sich bei Fragen konkret und unkompliziert hinwenden

können. Auch müssen sie wissen, was ihre Rechte sind, wie das Verfahren bei einer Meldung ist und was mit potenziellen Täter_innen passiert. Unwissenheit schützt Täter_innen und hilft Betroffene unter Druck zu setzen und Angst zu verbreiten.

10.5. Was braucht es für die Zukunft?

Für die Zukunft wären folgende Veränderungen wünschenswert:

- Die Finanzierung für sexualpädagogische oder sexualtherapeutische Begleitung wird von der Grundversicherung der Krankenkasse für alle Menschen übernommen.
- Es gibt mehr Sexualtherapeuten, welche auch im Bereich «Behinderung» ausgebildet sind und Erfahrungen haben.
- In Ausbildungsstätten von Betreuungspersonen wird «Sexualität und Behinderung» obligatorisch unterrichtet.
- Fachstellen im Bereich Behinderungen und Sexualität sind präsenter und niederschwelliger oder sogar aufsuchend. Zu gross ist die Abhängigkeit von Menschen mit einer kognitiven Behinderung von Drittpersonen um eine Fachstelle aufsuchen zu können.

Es gibt noch sehr viel zu tun in der komplexen sexualpädagogischen und sexualtherapeutischen Arbeit mit Menschen mit einer kognitiven Behinderung. Eine langfristige, auf sexuelle Gesundheit ausgerichtete Lebensweise kann nur erfüllt werden, wenn alle nahestehenden Personen im System eines Menschen mit einer Behinderung und er_sie selbst besser sexualpädagogisch begleitet werden und die selbstbestimmte Sexualität das oberste Ziel ist. Denn Wissen bedeutet, Entscheidungsmöglichkeiten zu haben und sein Leben und seine Sexualität so zu leben, wie man möchte.

Nachwort

Seit ich zwei Jahre alt bin werde ich mit den Lebenswelten von Menschen mit einer kognitiven Behinderung konfrontiert und bin selbst Teil davon.

Die geführten Interviews haben gezeigt, wie wichtig es ist, nicht über Menschen, sondern mit ihnen zu sprechen. Denn egal wie viele Ausbildungen man hat, man macht nicht ihre Erfahrungen. Im Bereich der Sexualität gibt es einen Reichtum an Ressourcen und Fähigkeiten bei allen Beteiligten, aber auch viele strukturelle, gesellschaftliche und finanzielle Hindernisse.

Die vielen unterschiedlichen Spannungsfelder, nicht nur im Bereich der Sexualität und die enorme Abhängigkeit zwischen den Systemen und involvierten Personen wurde mir beim Schreiben dieser Masterarbeit wieder einmal mehr bewusst. Diese Komplexität wird immer bestehen bleiben. Aber als Sexualtherapeutin und ausgebildete Sozialpädagogin habe ich die idealen Voraussetzungen, Veränderungen, und seien sie noch so klein, für eine selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Behinderung zu bewirken. Diese Masterarbeit hat mich für weitere Schritte und Projekte in diesem Bereich inspiriert und ich freue mich darauf, diese umzusetzen.

Literaturverzeichnis

- Achilles, I. (2013). Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen. In Clausen, J., Herrath, F. (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S.111-123). Kohlhammer
- Baab, A. (2018). Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe. *Sozial Extra*, 6, 6-10. <https://doi.org/10.1007/s12054->
- Beier, K. M., Bosinski, H., & Loewit, K. (2005). *Sexualmedizin: Grundlagen und Praxis* (2nd ed.). Urban & Fischer.
- Bischof, K. (2012). Sexocorporel und die Förderung des sexuellen Lusterlebens. In O. Kontula (Ed.), *Pleasure and Health* (pp. 59-68). Nordic Association for Clinical Sexology.
- Bischof, K. (2020). Wissenschaftliche Grundlagen des Sexocorporel. In H.-J. Voss (Ed.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft: Bestandesaufnahme und Ausblick* (pp. 423-446). Psychosozial-Verlag. <https://doi.org/10.30820/9783837976977-423>
- Bodmer, N. M. (2013). *Psychologie der Jugendsexualität: Theorie, Fakten, Interventionen*. Hans Huber.
- Bredel, U., & Maass, C. (2016). *Leichte Sprache: theoretische Grundlagen: Orientierung für die Praxis*. Duden.
- BZgA. (2015). *Sexualaufklärung von Menschen mit Beeinträchtigungen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
- Campbell, M., Löfgren-Mårtenson, C., & Martino, A. S. (2020). Crippling Sex Education. *Sex Education*, 20(4), 361-365. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1749470>
- ExpertGroup. (2016). Sexuality education – what is it? *Sex Education*, 16(4), 427-431. <https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599>
- Ferrante, C. A., & Oak, E. (2020). 'No sex please!' We have been labelled intellectually disabled. *Sex Education*, 20(4), 383-397. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1719479>
- Frank, K., & Sandman, L. (2021). Parents as Primary Sexuality Educators for Adolescents and Adults With Down Syndrome: A Mixed Methods Examination of the Home B.A.S.E for Intellectual Disabilities Workshop. *American Journal of Sexuality Education*, 16(3), 283-302. <https://doi.org/10.1080/15546128.2021.1932655>
- Gehrig, P. (2021). Ich bin sexsüchtig –eine Selbstdiagnose. *Suchtmagazin*, 2, 40-44.
- Gonin-Spahn, S., Borgmann, M., & Gloor, S. (2019). Sexualität Beziehung Gesundheit. *SeBeGe Newsletter*.
- Hartmann, U. (2021). Psychoedukation und Erfahrungsübungen. In U. Hartmann, T. Krüger, V. Kürbitz, & C. Neuhof (Eds.), *Sexualmedizin für die Praxis: Sexualberatung und Kurzinterventionen bei sexuellen Störungen* (pp. 144-153). Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-62512-5_12
- Helferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (Vol. 4.). VS Verlag.
- Holland-Hall, C., & Quint, E. H. (2017). Sexuality and Disability in Adolescents. *Pediatr Clin North Am*, 64(2), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.011>
- ICD-10. (2022). *F70-F79 Intelligenzstörung* <https://www.icd-code.de/icd/code/F70-F79.html>
- Kardorff, E. v., Steineke, I., & Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Rowohlt.
- Kollöffel, P. (2021). *Pilotprojekt "S&B-Sexualität selbstbestimmt leben mit Beeinträchtigung": Eine Bedürfniserhebung aus der Praxis*. Bern: Berner Gesundheit

- Lache, L. (2016). *Sexualität und Autismus: Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung*. Psychosozial-Verlag.
- Martin, B. (2021). Die Sehnsucht nach Normalität: Sexualität und Behinderung. In U. Harmann, T. Krüger, V. Kürbitz, & C. Neuhof (Eds.), *Sexualmedizin für die Praxis: Sexualberatung und Kurzinterventionen bei sexuellen Störungen* (pp. 176-180). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-62512-5_15
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse : Grundlagen und Techniken* (12. Aufl. ed.). Beltz.
- Michelchen, G. (2008). *Intimität in der Altenpflege: Tabus in Pflegeeinrichtungen überwinden*. CW Haarfeld.
- Michielsen, K., & Brockschmidt, L. (2021). Barriers to sexuality education for children and young people with disabilities in the WHO European region: a scoping review. *Sex Education*, 21(6), 674-692. <https://doi.org/10.1080/14681811.2020.1851181>
- Nelson, B., Odberg Pettersson, K., & Emmelin, M. (2020). Experiences of teaching sexual and reproductive health to students with intellectual disabilities. *Sex Education*, 20(4), 398-412. <https://doi.org/10.1080/14681811.2019.1707652>
- Ortland, B. (2020). *Behinderung und Sexualität: Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik* (2nd ed.). W. Kohlhammer.
- Ortland, B., & Jennessen, S. (2019). Selbstbestimmte Sexualität. In *Gesundheit inklusive* (pp. 145-158). https://doi.org/10.1007/978-3-658-21248-3_8
- Schönherr, M. (2022). Selbstbefriedigung wertschätzen! *Zeitschrift für Sexualforschung*, 35(02), 117-119. <https://doi.org/10.1055/a-1801-6024>
- Schuhrke, B., Witte, S., & König, E. (2015). Psychische und körperliche Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. In J. M. Fegert, U. Hoffmann, E. König, J. Niehues, & H. Liebhardt (Eds.), *Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich* (pp. 79-107). Springer Medizin.
- Schütz, E. E., & Kimmich, T. (2000). *Sexualität und Liebe: Praxis der Sexualpädagogik* (Vol. 2). Wolfau-Druck Rudolf Mühlemann.
- Senckel, B. (2015). *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten: Eine entwicklungspsychologische Einführung* (10th ed.). C.H. Beck.
- Sielert, U. (2015). *Einführung in die Sexualpädagogik* (2nd ed.). Beltz.
- Sigusch, V. (2005). *Neosexualitäten: Über den kulturellen Wandel von Liebe und Perversion*. Campus.
- Sparmann, J. (2018). *Lustvoll körperwärts: Körperorientierte Methoden für die Sexuelle Bildung von Frauen*. Psychosozial-Verlag.
- Stier, B., Weissenrieder, N., & Winter, R. (2018). Sexualentwicklung und Sexualität. In *Jugendmedizin* (pp. 31-46). https://doi.org/10.1007/978-3-662-52783-2_4
- Sztenc, M. (2020). *Embodimentorientierte Sexualtherapie: Grundlagen und Anwendung des Sexocorporel*. Schattauer.
- Von Schlippe, A., & Schweitzer, J. (2016). *Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung I: Das Grundlagenwissen* (3rd ed.). Vandenhoeck&Ruprecht.

Anhang

I. Anhang Konzeptauswertungen.....	83
a. Institutionelle Rahmenbedingungen	83
b. Werte und Normen.....	84
c. Fachliche Unterstützung und Wissensvermittlung.....	84
d. Gelebte Sexualität und Selbstbefriedigung	85
II. Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme	87
III. Leitfaden Interview	88
IV. Anhang Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Interviews	94
V. Anhang Selbständigkeitserklärung	96

I. Anhang Konzeptauswertungen

a. Institutionelle Rahmenbedingungen

Kodierregel: Konkrete strukturelle und personelle Vorgaben der Institution zu Abläufen, Regeln und Infrastruktur im Kontext der Sexualität.

Induktive Kategorien	Institution U	Institution Z
Sexuelle Gewalt	«[...] besteht eine unbedingte Meldepflicht bei Vorfällen oder Verdacht auf Vorfälle von sexuellen Grenzverletzungen und Gewalt.» (Meldeblatt sexuelle Grenzverletzungen).	«Sexuelle Gewalt wird in der [anonymisiert] nicht toleriert. Die Fachmitarbeitenden sind verpflichtet bei der Kenntnis von sexueller Gewalt zu handeln. Opfer und Täter müssen ernst genommen und in ihrem Prozess fachlich und menschlich begleitet werden» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Fach Austausch / Externe Fachpersonen / Weiterbildungen	«Wir tragen mit regelmässiger interner Kommunikation dazu bei, die notwendige Sensibilität hoch zu halten: <ul style="list-style-type: none"> - mind. 1 x jährlich Besprechung in Gruppenleitersitzung, Teamsitzung und Gruppensitzung - sowie bedarfsweise Thematisierung an Quali- und Einzelgesprächen» (Konzept sexuelle Ausbeutung und Prävention). 	«[...] das Thema [<i>Sexualität und Beziehung</i>] im Team regelmässig zu reflektieren. Es empfiehlt sich, mindestens einmal pro Jahr, im Sinne einer Qualitätsüberprüfung des sexual-agogischen Auftrages, eine Themensitzung zu gestalten. Da wo das Thema in einer Wohngruppe permanent aktuell ist, z.B. in Wohngruppen für junge Erwachsene, macht es Sinn, eine teamverantwortliche Person einzusetzen, welche die Teamkollegen fachlich unterstützt und bei Bedarf externe Beratung bezieht (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Intimitäts- und Privatsphäre der Bewohner_innen	Keine Angaben	«Die Zimmer gehören den Bewohnern und den Bewohnerinnen» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Mediennutzung	Keine Angaben	«Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen haben das Recht, Medien wie Zeitschriften, DVD, Videos und das Internet zu nutzen» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).

b. Werte und Normen

Kodierregel: Wertehaltungen, Normen, Vorstellungen wie etwas zu sein hat.

Induktive Kategorien	Institution U	Institution Z
Allgemeine Grundhaltungen	«Wir stärken die KlientInnen in Bezug auf ihre Persönlichkeitsrechte» (Konzept sexuelle Ausbeutung)	«Jeder/jede hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner/ihrer Persönlichkeit, soweit er/sie nicht die Rechte anderer oder die hausinternen Regeln verletzt» (Merkblatt Intimität und Privatsphäre).
Werte und Normen der Fachpersonen	Keine Angaben	«Die Fachmitarbeitenden sind verpflichtet, die eigenen Werte und moralischen Vorstellungen selbstkritisch zu hinterfragen und sich fachlich mit den Themenschwerpunkten dieses Konzeptes auseinanderzusetzen» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Sexuelle Gewalt	«Jedem Verdacht wird nachgegangen (Null-Toleranz-Politik)» (Konzept sexuelle Ausbeutung).	«Vorurteile und Tabus sollen behandelt werden. Dazu gehören Aspekte wie: • Angstfreies Klima schaffen, in welchem das Thema Aggression und Gewalt regelmässig in Sitzungsgefässen thematisiert wird» (Konzept Aggression und Gewalt).

c. Fachliche Unterstützung und Wissensvermittlung

Kodierregel: Konkrete Interventionen oder Themen welche begleitet, gefördert oder unterstützt werden durch das Fachpersonal, die Institution oder externe Fachpersonen.

Induktive Kategorien	Institution U	Institution Z
Mediennutzung	Keine Angaben.	«Deshalb sind die Bewohner/-innen auf eine kompetente Unterstützung durch das Fachpersonal angewiesen. Dies bedeutet für die Fachpersonen: <ul style="list-style-type: none"> - Sie können die Kompetenzen der Bewohner/-innen bezüglich des Umgangs mit dem Internet einschätzen - Sie sorgen bei Bedarf für die notwendige Unterstützung [...]» (Konzept Beziehung, Partnerschaft). •
Intimitäts- Privatsphäre der Bewohner_innen	«Hinweise zu präventiven Verhaltensregeln im Bereich	«Jede Pflgetätigkeit wird vorher angekündigt und erklärt.

	Pflege finden sich in [...]»(Konzept sexuelle Ausbeutung).	<ul style="list-style-type: none"> - Bei der Körperpflege im Zimmer für Sichtschutz sorgen. - Unterstützen bei der Kleiderwahl. - • „Wir-Form bei der Kommunikation vermeiden» (Merkblatt Intimität und Privatsphäre).
Methoden der Wissensvermittlung	«Wir organisieren Weiterbildungen für das Personal sowie für die KlientInnen zu den grundlegenden Themen der Präventionsarbeit (z. B. Förderung der Selbstkompetenzen, Persönlichkeitsrechte, Sexualität)» (Konzept sexuelle Ausbeutung).	«Unterstützung in Form von Gesprächen, Beratung, Schulung und Rollentrainings» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Sexualität und Selbstbefriedigung	«Die Förderung der Selbstkompetenz in Bezug auf den Umgang mit Nähe und Distanz, auf das Setzen von Grenzen sowie auf die eigene Sexualität nimmt einen hohen Stellenwert ein» (Konzept sexuelle Ausbeutung).	«Die Bedürfnisse und Gestaltungswünsche des Paares stehen im Zentrum der Unterstützung. Daraus ergeben sich folgende Aufgaben für das Betreuungsteam:

d. Gelebte Sexualität und Selbstbefriedigung

Kodierregel: In den Konzepten konkret angesprochene gelebte Sexualität oder Präventionsmassnahmen.

Induktive Kategorie	Institution U	Institution Z
Sprache	«Wir achten auf Signale, die auf Grenzüberschreitungen (Gewaltanwendungen oder sexuelle Übergriffe / Belästigungen) hindeuten (Konzept sexuelle Ausbeutung).	<ul style="list-style-type: none"> • «Das Fachpersonal ist verpflichtet, einerseits die Sprache der Bewohner/-innen und Mitarbeiter/-innen als ihre Ausdrucksform zu akzeptieren, andererseits aber auch, die Werte der [anonymisiert] zu vertreten und im Sinne einer Vorbildfunktion, achtsam auf eine adäquate Sprache hinzuweisen» (Konzept Beziehung, Partnerschaft).
Beziehungen	Keine Angaben.	«Wenn Bewohner/-innen eine Paarbeziehung eingehen [...]» (Konzept Beziehung, Partnerschaft)
Körperkontakt	Keine Angaben.	«Erlaubte Körperkontakte sind z. B: <ul style="list-style-type: none"> - Berührungen an Schultern, Armen, Händen, Rücken oder Füßen - Massagen am Nacken oder Füßen

- [...]

Nicht erlaubt sind:

- Körperkontakt ohne Einverständnis des Gegenübers
- Betatschen und anzügliche Bemerkungen
- Küsse auf den Mund
- [...]»(Konzept Beziehung, Partnerschaft).

II. Einverständniserklärung zur Interviewteilnahme



Institut
für Sexualpädagogik
und Sexualtherapie Uster



Einverständniserklärung zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit „Sexuelle Gesundheit, im Speziellen die Selbstbefriedigung, erwachsener Frauen* und Männer* zwischen 20 und 30 Jahren mit einer kognitiven Behinderung“

- Ich wurde von der unterzeichnenden Testleiterin / vom unterzeichnenden Testleiter mündlich und schriftlich über die Ziele, den Ablauf der Studie, über die zu erwartenden Wirkungen, über mögliche Vor- und Nachteile sowie über eventuelle Risiken informiert.
- Meine Fragen im Zusammenhang mit der Teilnahme an dieser Studie sind mir zufriedenstellend beantwortet worden.
- Ich hatte genügend Zeit, um die Entscheidung zu treffen, an der Studie teilzunehmen.
- Ich weiss, dass meine persönlichen Daten nur in anonymisierter / pseudonymisierter Form gespeichert werden. *Beschreibung einfügen, bis wann und unter welchen Bedingungen das Löschen der Daten verlangt werden kann.*
- Ich nehme an dieser Studie freiwillig teil. Ich kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen meine Zustimmung zur Teilnahme widerrufen, ohne dass mir deswegen Nachteile entstehen.
- Im Interesse meiner Gesundheit kann mich die Testleiterin oder der Testleiter jederzeit von der Studie ausschliessen.

Ort einfügen, den _____

Vor- und Nachname _____

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

Name Interviewer

Name Interviewerin _____

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift _____

III. Leitfaden Interview

1. Vorstellen:

- a. Bedanken, dass Person mitmacht
- b. Meinen Namen nennen und erklären, wer ich bin und was ich mache
- c. Datenschutz erklären und unterschreiben lassen!!
- d. Betonen, dass wenn etwas nicht beantwortet werden möchte, dass dies ok ist.
- e. Ablauf erklären

Themenbereich	Hauptfrage	Hilfsfragen	Gedankenstützen
Welche sexualpädagogischen Konzepte zu sexueller Gesundheit sind in den drei Institutionen vorhanden und inwieweit unterstützen diese Konzepte die Möglichkeit der Bewohner*innen sich selbst zu befriedigen? In welchem Umfang ist die Privatsphäre gewährleistet?	Wie wohnen Sie?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie alt sind Sie? • Wie lange wohnen Sie schon hier? • Mit wem wohnen Sie? • Haben Sie allein ein Zimmer? • Wie viele Badezimmer gibt es? • Haben Sie eine_einen Partner_in? Wenn ja, wie lange? 	
	Gibt es Zeiten und Orte, wo Sie allein sein dürfen?	<ul style="list-style-type: none"> • Welches sind die Gemeinschaftsräume 	
	Dürfen Sie das Zimmer schliessen?	<ul style="list-style-type: none"> • Haben alle einen Schlüssel? • Welche Regeln gibt es wegen des Abschlusses? 	
	Was machen Betreuungspersonen, andere BewohnerInnen	<ul style="list-style-type: none"> • Dürfen Sie auch Nein sagen? Wird das respektiert? 	

	bevor Sie Ihr Zimmer betreten? Klopfen, warten?	<ul style="list-style-type: none"> • Was macht man, wenn man allein sein will? 	
	Duschen Sie allein? Tür offen oder zu? Kann zu dieser Zeit jemand in den Raum kommen? Schliessen Sie?	<ul style="list-style-type: none"> • Brauchen Sie Unterstützung beim Duschen/Baden durch andere Personen? • Dürfen Sie auch alleine im Bad bleiben? • Was machen Sie dann? 	
Welche sexualpädagogische und sexualtherapeutische Begleitung erhalten die Bewohner*innen aktuell von den Fachleuten? Inwieweit stimmen diese mit den sexualpädagogischen Konzepten der Institutionen überein?	Wie ist es, wenn jemand einen Mann oder eine Frau in das Zimmer nehmen möchte?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie muss man diese Person anmelden? Darf jeder mitgenommen werden? • Wie ist es mit auswärtsschlafen? • Wer erlaubt es? • Dürfen Sie selbst entscheiden? 	
	Können Sie Verhütungsmittel wie Kondome von den BetreuerInnen bekommen?	<ul style="list-style-type: none"> • Was machen Sie, wenn sie keine Kinder wollen? • Wie kann man verhüten? • Wie kommt ihr zu Verhütungsmitteln? • Wer entscheidet, welches Verhütungsmittel genommen wird? 	
	Gibt es Personen, die Sie fragen können, wenn Sie etwas zu Sex / Liebe wissen möchten?	<ul style="list-style-type: none"> • Bezugspersonen? Fachstelle? • Wie kommen Sie an diese Infos? 	

	Spricht ein/e Mitarbeiterin vom Wohnheim mit Ihnen über Sex?	<ul style="list-style-type: none"> • Suchen Sie das Gespräch oder die Mitarbeiter? • Was passiert, wenn keine Zeit für das Gespräch vorhanden ist? • Wird es wieder aufgegriffen? • Wann und wie und wer? 	
	Sprechen Sie mit anderen BewohnerInnen über Sex und Selbstbefriedigung?	<ul style="list-style-type: none"> • Mit allen oder nur mit einzelnen? • Gibt es auch Pärchen im Wohnheim? • Wird über neue Freundinnen gesprochen? • Weiss man was diese machen? • Redet ihr unter Frauen, Männern 	
	Wissen Sie, ob es Unterlagen gibt im Wohnheim, wo Ihre Rechte und Pflichten aufgeschrieben sind zum Thema Sex?	<ul style="list-style-type: none"> • Was dürfen Sie und was nicht, wenn es um Sex geht? • Haben Sie diese je gezeigt bekommen oder gelesen? • Haben sie diese verstanden? • Sind sie in einfacher Sprache? • Was steht da z.B. drin? 	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Regeln gelten im Wohnheim zu Sex/ Liebe/ Beziehungen?
	Gibt es Kurse, Gruppen etc. im Wohnheim zum Thema Sexualität?	<ul style="list-style-type: none"> • Wer leitet diese, wer bestimmt die Themen? • Welche Themen werden besprochen? • Wer nimmt Teil? 	<ul style="list-style-type: none"> • Anzahl Personen und welche Geschlechter?
Über welches Wissen verfügen Frauen und Männer mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu Selbstbefriedigung und was wissen sie über die Selbstbefriedigung des anderen	Wer hat Sex und wie machen sie das? Wissen Sie, wer Sex macht? Was ist Sex?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Formen von Sex gibt es? • Was ist Sex? • Wie sagen Sie ihrem Geschlecht? Hat es einen Namen? • Was macht man beim Sex? • Was machen Frau-Frau, Mann-Mann, Frau-Mann? 	<ul style="list-style-type: none"> • Alleine, Paare, mehrere Personen • Küssen, Petting, Penetration, Fetische, ganzer Körper

Geschlechts? Wie sind sie zu diesem Wissen gelangt?			
		<ul style="list-style-type: none"> • Wer darf alles Sex haben? • Was passiert beim Sex mit dem Penis/ der Vulva und Vagina? 	<ul style="list-style-type: none"> • Schon Kinder, aber nur mit anderen Kindern • Nicht Erwachsene mit Kindern, Erwachsene mit Erwachsenen • Nur wenn beide wollen und was beide wollen
	Woher wissen Sie das alles über Sex?	<ul style="list-style-type: none"> • Selbst herausgefunden? • Durch andere Personen • Kurse? 	<ul style="list-style-type: none"> • Internet, Zeitungen, Freunde?
	Wurde mit Ihnen über Sexualität gesprochen?	<ul style="list-style-type: none"> • Wissen Sie noch, wie alt Sie waren? • Wer hat mit Ihnen gesprochen? • Was haben sie gesagt? 	<ul style="list-style-type: none"> • Eltern, Pädagogen, Lehrer, Freunde
Welche Normen und Werte prägen ihre Einstellung zu Sexualität und Selbstbefriedigung und welches ist der Ursprung dieser Prägungen?	Was ist Ihre Meinung zu Sexualität?	<ul style="list-style-type: none"> • Ist er schön, schlecht, böse, gut, grusig, macht sie Angst oder nicht? • Kennen Sie noch andere Meinungen zu Sexualität und Selbstbefriedigung? Wer hat welche Meinung? 	
	Was denken Mama und Papa über Sex?		<ul style="list-style-type: none"> •
	Was denkt Schule und Pfarrer?	<ul style="list-style-type: none"> • Gehen Sie regelmässig in die Kirche oder glauben Sie an Gott? Was denken Sie, was denkt ihre Bezugsperson über Sex? 	<ul style="list-style-type: none"> •

<p>Über welches Wissen verfügen Frauen und Männer mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu Selbstbefriedigung und was wissen sie über die Selbstbefriedigung des anderen Geschlechts? Wie sind sie zu diesem Wissen gelangt?</p>	<p>Was ist Selbstbefriedigung?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zuerst: kennen sie jemanden der Selbstbefriedigung macht? Was macht man bei der Selbstbefriedigung? • Ist das erlaubt? • Wer macht Selbstbefriedigung? • Wie macht ein Mann / eine Frau Selbstbefriedigung? • Wo darf man Selbstbefriedigung machen? • Hat Ihnen jemand erklärt, wie Selbstbefriedigung geht? Woher wissen Sie das? • Gibt es Hilfsmittel für die Selbstbefriedigung? • Wo machen denn Männer/Frauen SB? Ist das denn erlaubt? • Wie ist das mit der Bezugsperson? • Woher weisst du, dass man das darf oder nicht? 	<ul style="list-style-type: none"> • Immer zuerst Fragen: Wer macht Sex/SB, wie machen die das, was haben sie darüber gehört, machen das alle Männer/Frauen? Machen sie das auch? Ist das erlaubt? • Pornos, Gleitcreme, Fantasien
<p>Inwieweit leben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ihre Selbstbefriedigung? Inwieweit haben sie ihr Verhalten in der Selbstbefriedigung im Laufe des Lebens verändert? Welche Zugangsmöglichkeiten haben die Bewohner*innen zu Hilfsmitteln wie Pornografie, Sexspielzeugen?</p>	<p>Machen Sie Selbstbefriedigung?</p>		

	Wie machen Sie Selbstbefriedigung?	<ul style="list-style-type: none"> • Wann sind sie erregt? • Nehmen Sie den Duschstrahl? Unterlage reiben, Hand? • Haben Sie Fantasien? • Schaukeln Sie? 	<ul style="list-style-type: none"> • Was löst den ER aus? Welcher Wunsch besteht? • Wann haben Sie Lust, sich zu befriedigen? • Nutzen Sie Spielzeuge oder Pornografie? • welche? Allein oder zu zweit?
	War das immer so oder haben Sie was verändert?	Warum hat sich etwas verändert?	<ul style="list-style-type: none"> • Wohnsituation? Neues entdeckt? • wer hat es gezeigt, wie entdeckt, könnte man alles so machen oder anders?
	Wie oft? Wo und wann?	Abends, Zu Hause, im Wohnzimmer?	
	Was sagen Ihre Bezugspersonen dazu?	Wissen Sie es?	•
	Wissen Sie, was ein Orgasmus ist?	<ul style="list-style-type: none"> • Haben Sie einen Orgasmus? • Wie merken Sie einen Orgasmus? 	<ul style="list-style-type: none"> • Im Körper, sehen Sie etwas beim Mann und bei der Frau? • Wohin spritzt man das als Mann?
	Frage reinbringen: Was würde sich diese Person für ihre Sexualität wünschen?		

IV. Anhang Ergebnisse der Inhaltsanalyse der Interviews

<u>Kategorien</u>	<u>Unterkategorien</u>	<u>Kodierregel</u>	<u>Ankerbeispiele</u>
<u>Institutionelle Rahmenbedingungen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Infrastruktur • Intim- und Privatsphäre • Besuch • Konzepte • Regeln in der Institution 	Bauliche, strukturelle, personelle und konzeptionelle Regelungen und Vorgaben	<p>I: Schön. Hast du auch dein eigenes Badezimmer?</p> <p>K: Ja! Mhh (<i>zustimmend</i>).</p> <p>(Interview, A 45-46)</p>
<u>Wert und Normen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Werte und Normen zu Selbstbefriedigung • Werte und Normen zur Paarsexualität • Werte und Normen zu Beziehungen und Liebe 	Werte, Normen, Meinungen, Haltungen, zu allen Bereich der Sexualität und Beziehungsgestaltung	<p>K: Für mich Sex ist ähm, öppis schön. Ja einfach, dass, also, wie erholt, also...</p> <p>(Interview C, 200)</p>
<u>Fachliche Unterstützung</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumente der Wissensvermittlung • Sexualpädagogisches Angebot der Institutionen / Beratungsangebote extern • Gespräche mit Betreuungspersonen • Angewandte Sexualpädagogik • Medizinisches 	Sexualpädagogische und sexualtherapeutische Interventionen aller Art, Inhalte davon, Angebote durch externe Fachpersonen	<p>I: Mhh (<i>nachdenklich</i>), wer hat mit dir über Verhütungsmittel gesprochen?</p> <p>K: Ja, ab und zu Betreuer.</p> <p>(Interview B)</p>
<u>Wissen</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Gesprächspartner für das Thema Sex/Selbstbefriedigung • Sexuelle Gewalt • Falsches Wissen über Sexualität • Richtiges Wissen über Sexualität 	Fakten, was wissen Bewohner_innen und was wissen sie nicht, konkrete Formulierungen in den Interviews	<p>I: Denken Sie, Frauen und Männer machen Selbstbefriedigung?</p> <p>K: [<i>Unverständlich</i>] Sie machen so, so ein Spielzeug.</p> <p>I: Frauen können es mit einem Spielzeug machen? K: Ja.</p> <p>(Interview D, 343-346)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensbeschaffung zum Thema Sexualität • Mediennutzung 		
<p><u>Sexualität und Selbstbefriedigung</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ort für Selbstbefriedigung • Hilfsmittel in der Selbstbefriedigung • Erregungsmodi • Beziehung und Liebe • Ängste in Verbindung mit der Sexualität • Paarsexualität 	<p>Konkrete gelebte Sexualität und Themen der sexuellen Gesundheit, biografische Erfahrungen</p>	<p>I: Wie merkst du deine Erregung im Körper? Dass du jetzt Lust hast auf Selbstbefriedigung? Wo merkst du das, wie merkst du das?</p> <p>K: Indem ich mir einen Porno reinziehe.</p> <p>I: Also du schaust einen Porno, dann merkst du eine Erregung?</p> <p>K: Genau.</p> <p>I: Wie merkst du, dass du erregt bist? Wie fühlt sich das an?</p> <p>K: Phu, es kitzelt.</p> <p>(Interview B, 665-670)</p>

V. Anhang Selbständigkeitserklärung

Vorname Name: Raffaella Kälin-Carrer

Matrikelnummer: 25768

Ehrenwörtliche Erklärung/Selbstständigkeitserklärung

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Masterarbeit

Sexuelle Gesundheit, im Speziellen die Selbstbefriedigung, erwachsener Frauen* und Männer* zwischen 20 und 30 Jahren mit einer kognitiven Behinderung

Bedarfsanalyse sexualpädagogischer und sexualtherapeutischer Unterstützung bezüglich der sexuellen Gesundheit und der Selbstbefriedigung erwachsener Frauen* und Männer*, welche mindestens seit zwei Jahren in einer Institution für Menschen mit einer Behinderung leben

selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, alle Formulierungen, Ideen, Untersuchungen, Gedankengänge, Analysen und sonstigen schöpferischen Leistungen, Grafiken, Tabellen und Abbildungen, die benutzten Werken oder Quellen aus dem Internet eins zu eins oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich durch Quellenangaben korrekt kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und noch nicht veröffentlicht. Die vorliegende schriftliche Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Ort

Datum

Vorname Name