



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg  
*Hamburg University of Applied Sciences*

# Bachelor Thesis

---

**Grenzen und Möglichkeiten der Sexualbildung bei Mädchen mit  
geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der  
familiären Erziehung**

## **Bachelor-Thesis**

Tag der Abgabe: 22.08.2013  
Vorgelegt von: Sarah Mc Donnell  
Name, Vorname: Mc Donnell, Sarah  
Matrikel-Nr.: 1974775  
Adresse: Sarah Mc Donnell



Betreuende Prüferin: Herr Prof. Dr. Röh  
Zweiter Prüfer: Frau Tewes

# Inhalt

---

1. Einleitung.....	02
1.1 Begriffserklärungen.....	04
2. Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung.....	05
3. Sexualität und geistige Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der familiäre Erziehung.....	09
3.1 Grundrecht auf Sexualität?.....	11
3.2 Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung.....	13
3.3 Die sexuelle Entwicklung bei Kindern mit geistiger Behinderung.....	16
3.4 Pubertät bei Mädchen mit geistiger Behinderung.....	20
3.5 Liebe und Partnerschaft.....	24
4. Sexualbildung bei Mädchen mit geistiger Behinderung.....	27
4.1 Sexualerziehung als Prävention.....	29
4.2 Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie.....	32
4.3 Handlungsprinzipien.....	34
5. Kurzer Ausblick.....	36
6. Fazit.....	39
Literaturverzeichnis.....	43
Kurzinformation: Studie "Emma unantastbar".....	45
Weiterführende Literatur.....	50
Eidesstattliche Erklärung.....	51

## 1. Einleitung

---

Mit dieser Arbeit zur Sexualbildung bei Mädchen mit geistiger Behinderung soll auf die derzeitigen Erkenntnisse über Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung reagiert werden. Mädchen und Frauen mit Behinderung sind häufiger von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung betroffen, als Mädchen und Frauen ohne Behinderung. Aufgrund der hohen Prävalenz stelle ich mir die Frage: Wie können Eltern von Mädchen mit geistiger Behinderung mit einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik zur Prävention von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung beitragen?

Einleitend werden dazu die Begriffe geistige Behinderung und Sexualbildung bzw. Sexualerziehung definiert. Anschließend werden in Kapitel 2 auf der Basis empirischer Daten die bisherigen Erkenntnisse über Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung dargestellt. Zudem werden Erklärungsansätze über das Entstehen dieser hohen Prävalenz gegeben.

In Kapitel 3 werden Sexualität und geistige Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der familiären Erziehung betrachtet. Mädchen und jungen Frauen mit geistiger Behinderung wird immer wieder mit einer Reihe von Normen, Erwartungen und Vorurteilen begegnet, welche häufig zu weiteren Einschränkungen für die Betroffenen führen. Die gesellschaftliche Ablehnung und Stigmatisierung ist hier sehr hoch. (vgl. Ortland 2008, 75) Wenn es um Sexualität, Verhütung und Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung geht, kommt es immer noch zu Unsicherheiten, Abwehrhaltungen und Tabuisierung. Der Zugang zu gelingender individueller Sexualität wird Menschen mit geistiger Behinderung durch die Tabuisierung ihrer Sexualität erschwert. (vgl. ebd. 2008, 23)

Diese Arbeit soll verdeutlichen, dass sowohl die körperlichen, als auch die emotionalen Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung die Gleichen sind, wie bei Menschen ohne Behinderung, wenn es um Sexualität geht. Dazu soll in Kapitel 3.1 zunächst einmal geklärt werden, wie die rechtliche Grundlage für die Sexualität von Menschen ist und ob es so etwas wie ein Grundrecht auf Sexualität gibt.

Selbstbestimmung und Fremdbestimmung spielen in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung eine große Rolle. Besonders in Hinblick auf Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung ist Fremdbestimmung einer der Faktoren, die begünstigend für die Täter wirken. Daher werden in Kapitel 3.2 Möglichkeiten von Selbstbestimmung und Notwendigkeit von Fremdbestimmung erläutert.

Um zu verstehen, dass sich die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung nicht grundlegend von der Sexualität von Menschen ohne Behinderung unterscheidet, soll in Kapitel 3.3 ein kurzer Überblick über die sexuelle Entwicklung bei Kindern mit geistiger Behinderung, verglichen mit der sexuellen Entwicklung von Kindern ohne Behinderung, Aufschluss darüber geben, welche Schwierigkeiten es bei der sexuellen Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung geben kann. Daran anknüpfend wird in Kapitel 3.4 die Pubertät von Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Allgemeinen und Mädchen mit geistiger Behinderung im speziellen beschrieben. Anschließend sollen in Kapitel 3.5 die Fähigkeit zu und besonders der Wunsch von Menschen mit geistiger Behinderung nach Liebe und Partnerschaft verdeutlicht werden.

In Kapitel 4 und 4.1 wird verdeutlicht, dass Sexualbildung einen wichtigen Bestandteil der Prävention von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung darstellt. So werden aufgeklärte Kinder viel seltener Opfer von sexueller Gewalt. (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005, 123) Die sexuelle Aufklärung von Menschen mit geistiger Behinderung bedarf jedoch sehr viel Feingefühl und behinderungsspezifischen Methoden. Da die körperliche Reife von Menschen mit geistiger Behinderung meist nicht der affektiven und emotionalen Entwicklung und den Möglichkeiten der intellektuellen Verarbeitung entspricht, brauchen Menschen mit geistiger Behinderung eine Aufklärung, die ihrem Intellekt entspricht. Für eine gelingende Sexualerziehung ist zudem eine Auseinandersetzung der Eltern und PädagogInnen mit der eigenen sexuellen Biografie notwendig. Wie eine solche Auseinandersetzung aussehen kann, wird in Kapitel 4.2 erörtert. Weiterführend werden in Kapitel 4.3 Handlungsprinzipien für die Arbeit mit Mädchen mit geistiger Behinderung an ihrer Sexualbildung beschrieben, wobei die Grenzen und Möglichkeiten der Sozialen Arbeit als Profession im Vordergrund stehen sollen. Kapitel 5 bietet einen Ausblick über die zukünftige Arbeit an dem Thema Sexualbildung bei Mädchen mit geistiger Behinderung. Insbesondere wird hier eine Studie der Universität Rostock vorgestellt, an der aktuell geforscht wird.

Abschließend wird im 6. Kapitel eine Zusammenfassung des zuvor Dargestellten gegeben und, mithilfe des erarbeiteten Wissens, in einem Fazit Grenzen und Möglichkeiten der Sexualbildung bei Mädchen mit geistiger Behinderung erarbeitet.

## 1.1 Begriffserklärungen

Im Folgenden werden die Begriffe Geistige Behinderung und Sexualbildung im Sinne von Sexualpädagogik definiert.

### Geistige Behinderung

Der Fachausdruck der geistigen Behinderung stellt einen komplexen Begriff dar und beinhaltet verschiedene Aspekte und Dimensionen. Nicht bloß eine psycho-physische Schädigung, sondern der gesamte Entwicklungsprozess mit seinen die Umwelt betreffenden Bedingtheiten sind hier mit inbegriffen. (vgl. Speck 2007, 137)

Die Problematik der Behinderung wurde in den letzten 25 bis 30 Jahren tief gehend überdacht. Die Haupttendenz stellt eine Entwicklung dar, welche weg von der Wahrnehmung vom behinderten Menschen als defektes Objekt pädagogischer und wohlthätiger medizinischer Behandlung und hin zur Anerkennung als vernünftiges Subjekt führt. (vgl. Jantzen 2002, 319) Somit steht der Mensch im Vordergrund und nicht nur seine Behinderung. Die individuelle Ausprägung einer geistigen Behinderung ist wesentlich von der pädagogischen Förderung, sozialen Eingliederung und der Sozialisation abhängig. (vgl. Speck 2007, 137) Hier wird deutlich, dass nicht die geistige Behinderung an sich ein Problem darstellt, sondern der Umgang der Umwelt mit dem Menschen mit geistiger Behinderung. Walthes geht sogar so weit und definiert Behinderung als nicht gelungenen Umgang mit Verschiedenheit. (vgl. Walthes zit. n. Ortland, 2008, 11)

### Sexualbildung

Sexualbildung umschreibt eine Aspektdisziplin der Pädagogik. Sie erforscht und reflektiert sowohl die zielgerichtete erzieherische Einflussnahme, als auch die sexuelle Sozialisation. Auch die Lebenswelt von alten Menschen und Erwachsenen kann zum Gegenstandsbereich der Sexualbildung gerechnet werden, da sich in neuerem Verständnis die Pädagogik auf alle Lebensbereiche bezieht. (vgl. Sielert 2013, 41)

Ziel der Sexualbildung ist es, Menschen auf ihrem Weg zu sexueller Verantwortung und Selbstbestimmung unterstützend und begleitend zur Seite zu stehen. (vgl. Specht, Walter 2007, 309) Die Praxis der Sexualbildung bezeichnet die intendierte, kontinuierliche Einflussnahme auf die Entwicklung sexueller Motivationen, Verhaltens- und Ausdrucksformen sowie von Sinn- und Einstellungsaspekten der Sexualität von Jugendlichen, Erwachsenen und Kindern. (vgl. Sielert 2013, 41)

## 2. Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung

---

Das Thema Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung ist besonders schwierig, da es sich dabei um zwei Tabu Themen gleichzeitig handelt; Behinderung und Sexualität und Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung.

Jeder Mensch hat das Recht über seinen Körper und seine Sexualität selbst zu bestimmen. Und jeder hat die Pflicht, dieses Recht beim anderen zu achten und zu schützen. Wo dieses Recht nicht respektiert wird, da fängt sexuelle Gewalt an.

Im Gegensatz zu früheren Lehrmeinungen, sexuelle Gewalt bei Menschen mit einer geistigen Behinderung sei selten, wird heute davon ausgegangen, dass Menschen mit Behinderung häufiger von sexueller Gewalt betroffen sind.

„Man geht in aktuellen Veröffentlichungen davon aus, dass die Missbrauchsrate bei Kindern, Frauen und Männern mit einer Behinderung deutlich höher ist, als bei der nichtbehinderten Bevölkerung.“ (Klein & Wawrock 2003, 19; zit. n. Leue-Käding 2004, 90)

Dieses Problem findet in Deutschland erst seit kurzer Zeit Beachtung. Es wurde lange davon ausgegangen, dass Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderung eine Ausnahme darstellen. In den Kriminalstatistiken werden Vergewaltigung und sexuelle Nötigung von Menschen mit Behinderung nicht separat erfasst, darum ist es schwer genaue Zahlen zu diesem Thema zu finden.

In den USA und Kanada liegen bereits aus den 1970er Jahren Untersuchungen zur sexuellen Gewalt an Menschen mit Behinderung vor. In Deutschland ist erst seit Anfang der 1990er Jahre ein Problembewusstsein dafür vorhanden, dass auch Menschen mit einer Behinderung von sexueller Gewalt betroffen sind. (vgl. Becker 1995, Binkle & Beck 1997, Klein & Wawrock 2001, et. al.; zit. n. Leue-Käding 2004, 90)

Erkenntnisse des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus einer 1996 veröffentlichten österreichischen Studie besagen, dass rund 64 % der befragten Mädchen und Frauen mit Behinderungen angaben, einmal oder mehrmals in ihrem Leben sexualisierte Gewalt erfahren zu haben. Eine weitere 1998 veröffentlichte Studie in Wohneinrichtungen der Berliner Behindertenhilfe bestätigte diese Ergebnisse. Jede dritte bis vierte Bewohnerin in der Altersgruppe der 12- bis 25-jährigen war von sexualisierter Gewalt betroffen. (vgl. Pircher/Zemp 1996, Klein/Wawrock 1998; zit. n. BMFSFJ 2008, Abschlussbericht Projekt: Selbst, 17)

Jantzen geht davon aus, dass die Grund- und Bürgerrechte weniger gesichert sind, je schwerer die Behinderung der betroffenen Kinder und Jugendlichen ist. (vgl. Jantzen 2002, 379)

Das bedeutet, dass Menschen mit Behinderung bei gleichem Strafbestand gegenüber Menschen ohne Behinderung benachteiligt werden. Geht man davon aus, dass Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung schon bei Mädchen und Frauen ohne Behinderung selten zur Anzeige gebracht werden, da Scham und Ängste bei den Betroffenen diese von einer Aussage abhalten, oder weil Beweise fehlen, so wird verständlich, dass Menschen mit Behinderung es hier noch schwerer haben. Bei Polizei und Justiz, bei Jugend- und Sozialämtern und auch in der Öffentlichkeit werden sexuelle Übergriffe gegen Menschen mit geistiger Behinderung selten bekannt. Daher ist es auch schwer genaue Zahlen zu finden, die genaue Auskunft darüber geben könnten, wie hoch die Prävalenz von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit geistiger Behinderung wirklich ist.

In unserer Gesellschaft herrschen viele Vorurteile gegenüber der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Dies erschwert die Problematik sexueller Übergriffe. (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005, 121) Auf der einen Seite wird Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer intellektuellen Einschränkungen ein ewiges Kindsein und somit auch eine kindliche Sexualität zugeschrieben, auf der anderen Seite werden Menschen mit geistiger Behinderung als besonders triebhaft und Lust-gesteuert angesehen, wodurch ihnen die Fähigkeit eine Partnerschaft einzugehen abgesprochen wird. Menschen mit geistiger Behinderung sind jedoch weder „oversexed“, also besonders triebbetont, noch sind sie asexuelle Wesen, die kein Bedürfnis nach Sexualität haben. Menschen mit geistiger Behinderung haben stattdessen die gleichen Bedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit, Lust und Leidenschaft, wie Menschen ohne Behinderung. (vgl. Schmetz/Stöppler 2007; zit. n. Ortland 2008, 75)

Da Menschen mit geistiger Behinderung oft ihr Leben lang auf Fremdhilfe angewiesen sind, wird ihnen häufig der Status des reifen, mündigen und unabhängigen Erwachsenen aberkannt.

„Geistige Behinderung schließt demnach Erwachsensein aus. Dazu gehört dann die assoziative Verknüpfung eines sogenannten ‘Behinderungssyndroms‘ von Unselbstständigkeit, Unreife, Ehelosigkeit, keine oder allenfalls kindliche Sexualität.“ (Walter 2002, 417)

Diese sogenannte Infantilisierung von Menschen mit einer geistigen Behinderung geschieht tendenziell durch ihre betreuende Umwelt. Durch die soziale Abhängigkeit und oft lebenslange Fremdbestimmung wird ihnen ein Erwachsensein abgesprochen und der Prozess des Er-

wachsenwerdens ignoriert. Leue-Käding (2004) geht davon aus, dass Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung stärker davon betroffen sind, da bei Ihnen die Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht. (vgl. ebd. 2004, 94) Eltern haben Angst vor den Folgen einer Schwangerschaft bei ihrer geistig behinderten Tochter und sprechen ihnen deswegen ein normales Sexualleben ab. Infantilisierung von Menschen mit Behinderung durch die soziale Umwelt beeinträchtigt diese in ihrer Entwicklung. Auch die sexuelle Entwicklung kann durch die Infantilisierung gehemmt werden. (vgl. ebd. 2004, 92) Es muss Eltern mit Kindern mit einer geistigen Behinderung jedoch klar sein, dass Sexualität für ihre heranwachsenden Kinder wichtig ist und dass unaufgeklärte Kinder häufiger Opfer sexualisierter Gewalt werden.

„Sexualpädagogische Aufklärung ist der allerbeste Schutz und die einzige Möglichkeit, geistig behinderte Menschen zu befähigen, sich selbst zu schützen. Denn gerade ‚unaufgeklärte‘ und überbehütete geistig behinderte Jugendliche sind besonders gefährdet gegen ihren Willen sexuellen Übergriffen ausgesetzt zu sein.“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005, 123)

Sexualbildung als Prävention von sexuellen Übergriffen wird in Kapitel 4 noch ausführlich behandelt. Hier soll nun aufgezeigt werden, wodurch die Prävalenz von sexuellen Übergriffen bei Menschen mit geistiger Behinderung höher ist, als bei Menschen ohne Behinderung. Aufgrund mehrerer Faktoren sind die Bedingungen für sexuelle Straftaten bei Menschen mit geistiger Behinderung für den Täter nach Leue-Käding (2004) begünstigend:

Menschen mit geistiger Behinderung haben tendenziell

- eine erhöhte soziale Abhängigkeit.
- einen erhöhten Hilfebedarf.
- Kommunikationsbarrieren.
- mangelnde Differenzierungsfähigkeit.
- mangelnde Unterscheidungsfähigkeit zwischen Recht und Unrecht.
- den Wunsch nach Anerkennung, Liebe und Partnerschaft.

(vgl. ebd. 2004, 99)

Aufgrund ihrer geistigen Beeinträchtigungen haben Menschen mit Behinderung häufig eine erhöhte soziale Abhängigkeit und einen erhöhten Hilfebedarf. Diese soziale Abhängigkeit führt dazu, dass ihnen eine individuelle intime Lebensführung nicht möglich ist. (vgl. ebd. 2004, 98) Ist es für Menschen ohne Behinderung selbstverständlich über den eigenen Körper

zu bestimmen, so sind Menschen mit einer geistigen Behinderung oft Fremdbestimmung ausgesetzt. Darum ist es für sie schwierig ein positives Körpergefühl zu entwickeln.

Durch die Situation fremdbestimmter Abhängigkeit im Alltag vieler Menschen mit geistiger Behinderung sind sie ständig Situationen ausgesetzt, in denen andere Menschen über ihren Alltag, ihre Freizeitaktivitäten und ihren sozialen Umgang bestimmen. In Pflegesituationen sind sie zudem auf fremde Hilfe angewiesen und den Eltern bzw. den Betreuerinnen ausgeliefert. Während Menschen ohne Behinderung ab einem gewissen Alter selbst für ihre Hygiene und Pflege sorgen, ein Schamgefühl entwickeln und somit eine Intimsphäre für sich schaffen, ist dies Menschen mit geistiger Behinderung nur bedingt möglich, da sie oft ihr Leben lang auf die Hilfe anderer angewiesen sind. So bekommt Körperkontakt und Berührung durch andere Menschen besonders im Intimbereich für Menschen mit Behinderung eine andere Bedeutung.

Diese Abhängigkeit erschwert die Differenzierungs- und Unterscheidungsfähigkeit zwischen einvernehmlicher Handlung, bei der für die Pflege wichtige Handgriffe getan werden und der Betreute sich wohlfühlen darf, und andererseits einem Fremdwillen, bei dem sich der zu Betreuende nicht wohlfühlt. (vgl. Walter 2002, 415)

Hinzu kommt, dass Berührungen zum Teil nur in Pflege- und Hilfssituationen stattfinden, sodass Körperkontakt und Berührungen, die Zärtlichkeit und Zuneigung ausdrücken ausbleiben. Wie jeder Mensch sehnen sich allerdings auch Menschen mit geistiger Behinderung nach solchen Berührungen. Als Frau oder Mann anerkannt zu werden und von anderen begehrt zu werden, dieses Gefühl kennen Menschen mit geistiger Behinderung oft nicht. Das negative Körpergefühl, das zum Beispiel durch zahlreiche Operationen, Pflegesituationen und die Andersartigkeit des Körpers ausgelöst wird, verhindert die eigene Wertschätzung. Der Wunsch nach Liebe, Anerkennung und Partnerschaft kann somit dazu führen, dass Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung nicht als solche erkannt, sondern als Ausdruck von Zuneigung fehlinterpretiert werden.

„Oder es wird unterstellt, sie würden ihrerseits die sexuellen Handlungen genießen, da sie aufgrund der Behinderung eben nur triebhaft-körperlich empfinden und unfähig seien zu einer tieferen Sozialbeziehung.“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 2005, 122)

Die Fähigkeit und besonders der Wunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung nach einer tieferen Sozialbeziehung, werden im folgenden Kapitel näher beleuchtet.

Kommt es zu Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung, so ist es für die Betroffenen weitaus schwerer diese als solche zu erkennen und mitzuteilen. Durch Kommunikationsbarrieren fällt es den Betroffenen schwer, das Erlebte mitzuteilen. Den Ansprechpersonen fällt es hingegen schwer das Gehörte zu begreifen. Erschreckenderweise findet bei der Begutachtung der Glaubwürdigkeit die körperliche Reife, die sexuelle Entwicklung und soziosexuelle Erfahrung der Jugendlichen und erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung durchaus Berücksichtigung, während ihnen aufgrund der Intelligenzminderung der Geisteszustand eines kleinen Kindes unterstellt wird. (vgl. Walter 2002, 415) Das bedeutet, dass Menschen mit geistiger Behinderung bei einer Begutachtung der Glaubwürdigkeit zweifach benachteiligt werden.

### **3. Sexualität und geistige Behinderung unter besonderer Berücksichtigung der familiären Erziehung**

---

Die gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozesse bei Menschen mit geistiger Behinderung sowie Menschen mit schwerster Behinderung steigen an. Ihnen wird, wie bereits erwähnt, mit schwerwiegenden Vorurteilen begegnet, wenn es um ihre Sexualität geht. Widersprüchlich werden sie als besonders triebbetont oder asexuell, also nicht an Sexualität interessiert, bezeichnet.

„Ihre Sexualität wird als eine entweder nicht vorhandene oder triebhafte stigmatisiert, obwohl sie sich grundsätzlich nicht von der anderer Menschen unterscheidet.“ (Krenner 2003, 61)

Viele Menschen ohne Behinderung können sich eine Sexualität von Menschen mit Behinderung nicht vorstellen. Diese Unzulänglichkeit führt dazu, dass Menschen mit Behinderung als asexuell deklariert werden. (vgl. Orland 2008, 83)

Die dazu im Gegensatz stehenden Vorurteile einer distanzlosen und triebhaften Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung haben ihre Ursache oft in einer Fehlinterpretation bestimmter Verhaltensweisen. Die Verwendung von körpernahen Kommunikationswegen, wird oft als sexuelle Annäherung missdeutet. (vgl. ebd. 2008, 83) Aufgrund von fehlenden Mitteln Gefühle wie Zuneigung oder Vertrauen auszudrücken, benutzen Menschen mit geistiger Behinderung häufig Berührungen und körperliche Gesten anstelle von Sprache. Ein Verhalten, das eigentlich nicht sexuell gemeint ist, wird somit als (sexuell) triebhaft, abstoßend und vielleicht sogar pervers interpretiert. (vgl. Krenner 2003, 21) Von einem sexuell triebhaften Ver-

halten kann jedoch nicht die Rede sein. Vielmehr haben Menschen mit geistiger Behinderung das gleiche Bedürfnis nach Liebe, Geborgenheit und Partnerschaft und verspüren genauso Lust und wollen ihre Genitalsexualität ausleben, wie Menschen ohne Behinderung. (vgl. ebd. 2003, 25)

Ein weiteres Vorurteil, mit dem Menschen mit geistiger Behinderung begegnet wird, ist, dass sie intellektuell und moralisch nicht dazu in der Lage seien mit ihrer Sexualität so umzugehen und sie so auszuleben, wie es gesellschaftlich akzeptiert ist. Partnerschaftliche Beziehungen sind in unserer Gesellschaft die meist akzeptierte Form Sexualität zu leben. (vgl. ebd. 2003, 20) Die Fähigkeit Partnerschaften einzugehen wird Menschen mit geistiger Behinderung mit diesem Vorurteil abgesprochen. Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil der individuellen Entwicklung und ein glückliches Sexualleben sorgt für Zufriedenheit und Ausgeglichenheit. Menschen mit geistiger Behinderung wird dieser, für Menschen ohne Behinderung selbstverständliche, Teil des Lebens nicht zugestanden. Die Vorurteile über die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung behindern sie in der Entfaltung ihrer Persönlichkeit.

Dabei verläuft die sexuelle Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung

„[...]nicht anders als bei Nichtbehinderten und weist nicht mehr oder andere Komplikationen auf, d.h. sie ist in der Regel altersgemäß und nicht generell frühreif, verzögert oder unvollendet.“ (vgl. Walter 1980, 241; zit. n. Krenner 2003, 16)

Vielmehr sind es die Lebensumstände von Menschen mit geistiger Behinderung, die Einfluss auf die Entwicklung und das Ausleben ihrer Sexualität haben. Ihre Lebenswirklichkeit, die bedingt ist durch gesellschaftliche Umstände und Zuschreibungen, lässt eine unbehinderte Entfaltung ihrer Sexualität nicht zu. Die Gesellschaft interpretiert die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung allerdings aufgrund ihrer Schädigung als anders und unterentwickelt. (vgl. Krenner 2003, 19.)

Probleme in der psychosexuellen Entwicklung entstehen deshalb, weil die körperliche Entwicklung nicht mit der psychischen Entwicklung übereinstimmt. Dieses Problem tritt auch bei Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung immer häufiger auf. (vgl. ebd. 2003, 16)

Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung entwickeln sich körperlich altersgemäß und sind somit ab einem gewissen Alter geschlechtsreif, jedoch verläuft die kognitive und intellektuelle Entwicklung nicht altersgemäß. Diese Diskrepanz zwischen körperlicher Reife und intellektueller Beeinträchtigung sorgt für Probleme in der psychosexuellen Entwicklung.

Die oben bereits erwähnte Infantilisierung von Menschen mit geistiger Behinderung spielt auch hier wieder eine Rolle. Die Annahme einer Diskrepanz zwischen Lebensalter und Intelligenzalter führt dazu, dass Bezugspersonen den Jugendlichen oder Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung wie ein Kind behandeln und so eine „normale“ sexuelle Entwicklung verhindern. (vgl. Leue-Käding 2004, 92)

Erziehungsunsicherheit und ein überbehütendes Verhalten der Eltern verstärken diesen Prozess zusätzlich. (vgl. Ortlund 2008, 83) Der behinderungsspezifische Umgang mit dieser Diskrepanz und die Anerkennung des Jugendlichen als solchen durch das soziale Umfeld können also im Umkehrschluss zu einer normalen Entwicklung beitragen.

### **3.1 Grundrecht auf Sexualität?**

Der Artikel I der UNO- Deklaration lautet:

„Der geistig behinderte hat die gleichen Grundrechte wie jeder andere Bürger seines Alters und seines Landes.“

Und in Artikel 3 des vorbehaltlosen Grundgesetzes steht:

„Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.“ (Art. 3, Abs. 3, 2 GG)

In Deutschland hat jeder Mensch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Dies schließt sowohl die sexuelle Orientierung, wie Heterosexualität, Homosexualität, Bisexualität und Asexualität, als auch die freie Wahl der Sexualpartner, der sexuellen Praktiken, des Ausdrucks der Geschlechtsidentität und der Form der sexuellen Beziehungen ein. Hierbei muss allerdings Artikel 2 aus dem Grundgesetz berücksichtigt werden, der da lautet:

„Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ (Art. 2, Abs. 1, GG)

Diese Bestimmungen gelten für Menschen ohne Behinderung und Menschen mit Behinderung gleichermaßen. Somit haben Menschen mit geistiger Behinderung ein Recht auf die Entfaltung ihrer Sexualität, sofern sie dabei nicht die Rechte ihrer Mitmenschen beschneiden. Auch im Diskurs über die Normalisierung der Lebensführung von Menschen mit geistiger Behinderung findet das Thema Sexualität Beachtung. Neben verschiedenen anderen Bereichen einer anzustrebenden Normalisierung der Lebensführung von Menschen mit geistiger Behinderung,

wird im Normalisierungsprinzip auch der Bereich der Sexualität genannt. Unter dem Punkt „Angemessene Kontakte zwischen den Geschlechtern“ steht:

„Geistig behinderte sind Jungen und Mädchen, Männer und Frauen mit Bedürfnissen nach (anders) geschlechtlichen Kontakten. Diese sind Ihnen zu ermöglichen.“ (Thimm 1995, 20; zit. n. Mattke 2004, 46)

Auch das Bürgerliche Gesetzbuch kann in diesem Kontext hinzugezogen werden. In § 1901 heißt es:

„Der Betreuer hat die Angelegenheiten des Betreuten so zu besorgen, wie es dessen Wohl entspricht. Zum Wohl des Betreuten gehört auch die Möglichkeit, im Rahmen seiner Fähigkeiten sein Leben nach seinen eigenen Wünschen und Vorstellungen zu gestalten.“ (§1901, Abs. 2, BGB)

Das bedeutet für Eltern und Betreuende, dass Menschen mit Behinderung ihre Persönlichkeit entfalten, Beziehungen eingehen, Sexualität leben, Kinder bekommen und bei entsprechender Geschäftsfähigkeit heiraten dürfen. Dies gilt auch, wenn Eltern oder Betreuende dagegen sind. Auch das Lebenspartnergesetz, das 2005 in Kraft getreten ist und 2013 dahingehend geändert wurde, dass eine eingetragene Lebenspartnerschaft nun mit den steuerrechtlichen Bestimmungen der Ehe gleichgesetzt wurde, gilt für Menschen mit Behinderung. Somit sollen sie nicht daran gehindert werden, gleichgeschlechtlich zu lieben und eine gleichgeschlechtliche eingetragene Lebenspartnerschaft einzugehen.

Es ist also rechtlich gesehen die Pflicht von Eltern und Betreuern dem Menschen mit Behinderung Hilfe zu gewährleisten sofern er/sie diese benötigt. Walter geht dabei noch einen Schritt weiter und stellt eigene Rechte vor. Als Standard für die Arbeit im Bereich der Sexualität plädiert er für die Anerkennung des Rechts auf:

- individuelles Sexualleben und eigene sexuelle Identität
- körperliche Unversehrtheit und Schutz vor Übergriffen
- Sexualpädagogik und Sexualberatung
- Sexualassistenz
- eigene Kinder
- Eigensinn (vgl. Walter zit. n. Krenner 2003, 59)

Die rechtlichen Voraussetzungen für Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung sind also gegeben. Dennoch sind flächendeckend soziale und strukturelle Behinderungen der Se-

xualität von Menschen mit geistiger Behinderung festzustellen, die im Weiteren beleuchtet werden.

### **3.2 Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung**

Für ein besseres Verständnis dieses Kapitels sollen die Begriffe Fremdbestimmung und Selbstbestimmung zunächst definiert werden. Mit dem Normalisierungsprinzip trat eine pädagogische und soziale Wende für Menschen mit Beeinträchtigungen ein. Mit der Forderung ein so normal wie mögliches Leben führen zu können, plädierten die Verantwortlichen für die Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. Seitdem nimmt Selbstbestimmung einen hohen Stellenwert in der pädagogischen Arbeit mit Menschen mit Behinderung ein. (vgl. Speck 2007, 301) Im Handlexikon „Geistige Behinderung“ (2007) ist der Begriff Selbstbestimmung wie folgt definiert:

„Selbstbestimmung ist anthropologisch und ethisch gesehen Ausdruck von Freiheit. Sie bedeutet Unabhängigkeit von Fremdbestimmung in psycho-physischer, biologischer, sozialer, wirtschaftlicher und politischer Hinsicht.“ (ebd. 2007, 301)

Stehen dem Menschen mit geistiger Behinderung ausreichende Mittel zur Verfügung, um seinen Hilfebedarf abzudecken, so ist er durchaus in der Lage ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Eltern und PädagogInnen haben hier die Aufgabe, als verlängerter Arm die Wünsche des Menschen mit Behinderung zu erfüllen. (vgl. Weingärtner 2013, 33) Die Anerkennung der Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung heißt, die eigenen Ideen der häufig „besser wissenden“ Eltern oder PädagogInnen zurückzunehmen. (vgl. ebd. 2013, 64) Ein hohes Einfühlungsvermögen auf Seiten der Eltern oder der PädagogInnen in Hinblick auf die Wünsche des Menschen mit geistiger Behinderung ist hierbei von Nöten. (vgl. ebd. 2013, 63) Dabei geht es jedoch nicht darum, alles zu machen, was die zu betreuende Person fordert oder mit anzusehen, wenn sich die Person selbst schadet. Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung bedeutet für den, der sie einfordert auch, die Verantwortung für das eigene Handeln sich selbst und anderen gegenüber zu tragen.

Aufgrund des hohen Hilfebedarfs den Menschen mit einer geistigen Behinderung häufig haben, spielt Fremdbestimmung in ihrem Leben eine immer wieder kehrende Rolle. Das Handlexikon „Geistige Behinderung“ (2007) definiert Fremdbestimmung wie folgt:

„Fremdbestimmung bezeichnet ein nicht egalitäres Verhältnis von Menschen untereinander, bei dem ein Machtgefälle bzw. Machtausübung und einseitige Abhängigkeit besteht. In Situationen der Fremdbestimmung sind individuelle Gestaltungsmöglichkeiten im Lebensalltag eingeschränkt.“ (Niehoff 2007, 125)

Für den Menschen mit geistiger Behinderung bedeutet Fremdbestimmung, dass seine individuellen Bedürfnisse in Abhängigkeit von anderen Menschen erfüllt bzw. nicht erfüllt werden. Diese Abhängigkeit bezieht sich inhaltlich auf Bereiche, in denen Gleichaltrige ohne Behinderung unabhängig sind. Nicht von der Hand zu weisen ist, dass eine behinderungsbedingte Abhängigkeit, anders als z.B. bei Krankheitsfällen, andauert und Langzeitwirkungen hat. Diese Abhängigkeit kann drei Verursacher haben, die meistens in Wechselwirkung zueinander stehen. Sie ist bedingt durch die Schädigung an sich, die soziale Umwelt und die Einstellung des Menschen mit Behinderung selbst. Ein Verlust an individueller Freiheit und ein Verlust an Integration in menschliche Gemeinschaft und Gesellschaft ist Konsequenz von behinderungsbedingter sozialer Abhängigkeit und Fremdbestimmung. (vgl. Hahn 2002, 117-118)

Selbstbestimmung wird Menschen mit geistiger Behinderung oft abgesprochen, weil der Begriff mit Selbstständigkeit gleichgesetzt wird. Die Unselbstständigkeit des Menschen mit geistiger Behinderung wird somit mit der Unfähigkeit ein selbstbestimmtes Leben zu führen verglichen. Doch:

„Wagner [1999] macht zu Recht darauf aufmerksam, dass ein hohes Maß an Abhängigkeit und Hilfsbedürftigkeit im Sinne von wenig Selbstständigkeit keinesfalls zwangsläufig ein geringes Maß an Selbstbestimmung nach sich ziehen muss.“ (ebd. zit. n. Weingärtner 2013, 33)

Durch mehr Möglichkeiten für Menschen mit geistiger Behinderung im Dienstleistungsbereich kann Fremdbestimmung minimiert werden (vgl. Niehoff 2007, 125) und den Betroffenen somit ein selbstbestimmtes Leben zugesichert werden. Eltern und PädagogInnen haben hier die Aufgabe sich auf die Ebene des Menschen mit geistiger Behinderung einzulassen, dessen Selbstbestimmung anzuerkennen und ihm die Nötige Hilfe zu gewährleisten, um trotz ihrer Abhängigkeit selbstbestimmt zu leben. Wenn es um Selbst- und Fremdbestimmung geht, sollte man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass diese Begriffe nicht vollständig voneinander getrennt werden können. (vgl. Weingärtner 2013, 66) Besonders bei Menschen mit einem sehr hohen Hilfebedarf, bedarf es einem gewissen Maß an Fremdbestimmung, denn:

„Innerhalb der Idee der Selbstbestimmung ist Fremdbestimmung möglich und zuweilen notwendig.“ (ebd. 2013, 66)

Wichtig ist dabei, den Menschen mit Behinderung im Fokus zu sehen. Seine Wünsche und Vorstellungen zu achten und umzusetzen.

„Je besser die Erziehung zur Autonomie oder Selbstbestimmung zusammen mit der Eingliederung in eine tragfähige Gemeinschaft gelingt, desto selbstständiger kann der Erwachsene mit einer geistigen Behinderung werden.“ (Speck 2007, 301-302)

Auch auf dem Gebiet der Sexualität benötigen Menschen mit geistiger Behinderung häufiger die Unterstützung anderer Personen. Eltern und PädagogInnen sollten sich darüber bewusst sein, dass eine erhöhte Abhängigkeit, Probleme im Gestalten der individuellen Sexualität mit sich bringt.

Es gilt, je größer die Abhängigkeit des Menschen mit geistiger Behinderung von anderen Personen ist,

- desto schwieriger ist es für ihn sich mit der eigenen Sexualität auseinanderzusetzen,
- desto weniger Verständnis bringt die Umwelt für seine Sexualität auf,
- desto schwieriger gestalten sich Begegnungsmöglichkeiten mit dem anderen Geschlecht,
- desto seltener kommt es zu Ehe, Familiengründung und eigenen Kindern. (vgl. Hahn, 1981, 101; zit.. n. Hahn, 2002, 118)

Auch durch die Negierung der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung von Eltern und PädagogInnen, werden sie fremdbestimmt. Diese Negierung liegt in ihrer Angst vor den Folgen ausgelebter Sexualität. Wie bereits erwähnt, ist besonders bei Frauen mit geistiger Behinderung die Angst vor einer Schwangerschaft und der damit zusammenhängenden Hilflosigkeit der Eltern sehr groß. Eltern und PädagogInnen werden in der Arbeit und Auseinandersetzung mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung weitaus mehr mit deren Sexualität konfrontiert, als es bei nichtbehinderten Jugendlichen der Fall ist. Diese haben die Möglichkeit sich mit Freunden oder über informelle Medien über Sexualität auszutauschen und so Antworten auf ihre Fragen zu bekommen. Kinder und Jugendliche mit Behinderung haben dagegen oft nicht so ein soziales Netzwerk, wie gleichaltrige ohne Behinderung und haben am meisten Kontakt zu ihren Eltern oder anderen betreuenden Bezugspersonen. Hinzu kommt noch, dass Eltern und Bezugspersonen aufgrund der Körperpflege auch viel mehr im Intimbereich von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung agieren. (vgl. Krenner 2003, 23)

Mit dem Negieren der Sexualität ihrer Kinder oder zu betreuenden Personen, vermeiden Eltern und Betreuer in erster Linie Konflikte. Frei nach dem Motto: „Wenn mein Kind keine sexuellen Gefühle hat, brauche ich mich auch nicht mit einer Sexualerziehung auseinanderzusetzen.“ Oft geht es hierbei auch um die eigene Unbeholfenheit und Scham, wenn es um Sexualität geht. Im Folgenden wird die sexuelle Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung beschrieben, um aufzuzeigen, dass Menschen mit geistiger Behinderung sehr wohl sexuelle Gefühle haben und eine Sexualerziehung unumgänglich ist.

### 3.3 Die sexuelle Entwicklung bei Kindern mit geistiger Behinderung

Im Folgenden wird die sexuelle Entwicklung von der Geburt bis zum siebten Lebensjahr von Kindern mit geistiger Behinderung mit der sexuellen Entwicklung von Kindern ohne Behinderung in Anlehnung an Ortland (2008) verglichen. Hierbei sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich gemacht werden, welche für die familiäre Erziehung relevant sind.

Von der Geburt an und besonders **im ersten Lebensjahr** spielt die Haut als Tast-Fühl-Organ eine große Rolle. In dieser Zeit sind liebevolle Berührungen und Liebkosungen besonders wichtig, um den Körper sinnlich wahrzunehmen und beim Aufbau eines positiven Körperbildes zu unterstützen. Die verlässliche Bindung zu mindestens einer Bezugsperson führt zu einem Gefühl des angenommen und geliebt Werdens. Mit den ersten motorischen Kompetenzen (rollen, krabbeln, laufen) beginnen die Kinder die Wahl ihrer Interaktionspartner aktiv mitzubestimmen.

Der Aufbau eines positiven Körpergefühls wird Kindern mit geistiger Behinderung oft unbewusst durch die Bezugsperson erschwert. Die „doppelte Enttäuschung“ der Eltern nach Cloerkes (2001); die Enttäuschung eigener Zukunftserwartungen zum Einen und die ‚Enttäuschung über die reduzierten Lebensmöglichkeiten des Kindes‘ (vgl. Cloerkes 2001, 237; zit. n. Ortland 2008, 36) zum Anderen, welche die Geburt eines Kindes mit Behinderung mit sich bringt, belastet die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind. Die sexuelle Entwicklung des Kindes mit geistiger Behinderung hängt davon ab, inwieweit es den Bezugspersonen möglich ist, zu ihm eine liebevolle, seinen Körper annehmende Beziehung aufzubauen.

Motorische und kognitive Einschränkungen erschweren dem Kind durch Bewegung die Wahl ihrer Interaktionspartner mitzubestimmen. Hier kommt es auf die Initiative und eine hohe Sensibilität der Interaktionspartner an, damit Bedürfnisse erkannt und befriedigt werden können.

**Im zweiten Lebensjahr** nehmen die eigenen Genitalien an Bedeutung zu. Mithilfe von Berührung, Anfassen und Anschauen können Kinder sich selbst lustvolle Gefühle verschaffen. Auch das Interesse an den Genitalien der Eltern wächst. Langsam lernen die Kinder, dass es zwei Geschlechter gibt, benennen diese und ordnen sich dann selbst einem Geschlecht zu. Hinzu kommt das Interesse am Analbereich und den Ausscheidungen.

Das Entdecken der eigenen Genitalien setzt motorische Fähigkeiten voraus, welche besonders Kinder mit zusätzlicher körperlicher Behinderung zu ihrer geistigen Behinderung einschränkt. Kinder mit motorischen Einschränkungen brauchen mehr Zeit und Ruhe zur Selbstbetrachtung und -erkundung. Hier liegt es in der Hand der Eltern diese Zeit und Ruhe zu gewährleisten.

„Es bietet sich an, die Kinder immer wieder mal mit zur Toilette zu nehmen, da durch die Beobachtung bei den Eltern ebenso der Zusammenhang von Genitalbereich/Analbereich und Ausscheidungen als Grundlage für die Sauberkeitserziehung angebahnt werden kann.“ (Ortland 2008, 39)

Die Sauberkeitserziehung spielt **im dritten Lebensjahr** eine wichtige Rolle bei Kindern ohne Behinderung. Nun sind sie in der Regel in der Lage ihren Schließmuskel aktiv zu regulieren und ihr Bedürfnis, zur Toilette zu gehen, mitzuteilen. Die Selbstständigkeit des Kindes nimmt weiterhin zu. In dieser Zeit lernen die Kinder „nein“ zu sagen und dieses nein muss akzeptiert werden, damit sie sich in ihren Wünschen und Vorstellungen ernst genommen fühlen.

„Im Rahmen der Vorbeugung von sexualisierter Gewalt ist es wichtig, dass körperliche Berührungen nicht gegen den Willen der Kinder geschehen, sondern eine ablehnende Haltung akzeptiert wird.“ (Ortland 2008, 39)

Nun beginnen die Kinder das Verhalten der Erwachsenen nachzuahmen und erlernen so am Vorbild rollenspezifisches Verhalten. Neugierde und Wissensdrang sind sehr hoch und mit der sprachlichen Entwicklung stellen die Kinder nun auch Fragen zu den Bereichen von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt. Geschwisterkinder erleichtern den Eltern das erklären, da die Kinder am Beispiel der schwangeren Mutter und der „plötzlichen“ Anwesenheit eines neuen Familienmitgliedes Schwangerschaft und Geburt erleben.

Die Sauberkeitserziehung gestaltet sich bei Kindern mit Behinderung um einiges schwieriger, besonders, wenn eine schwere Form von Körperbehinderung vorliegt. Diese Kinder können zum Teil niemals ihren Schließmuskel beherrschen, was sie im Erleben des Festhaltens und

Loslassens stark beeinträchtigt. Kommunikationsbarrieren von Kindern mit geistiger Behinderung stellen ein besonderes Problem im Trotzalter dar:

„Selbst bei einer guten Versorgung mit sprachersetzenden oder sprachunterstützenden Hilfsmitteln ist z.B. ein durch ein Symbol gezeigtes ‚Nein‘ nie so kraftvoll oder wütend wie ein geschrienes ‚Nein‘.“ (Ortland 2008, 40)

Eltern und Bezugspersonen benötigen nun viel Einfühlungsvermögen, um den Kindern trotzdem die Möglichkeit zu bieten sich abzugrenzen. Der erhöhte Hilfebedarf, den die meisten Kinder mit geistiger Behinderung haben, erschwert diesen Prozess umso mehr. Sich von einer Person abzugrenzen auf die man ständig angewiesen ist, stellt eine Schwierigkeit für die Kinder dar. Eltern haben nun die komplizierte Aufgabe den Kindern einerseits ein sich abgrenzen zu ermöglichen, andererseits müssen sie erzieherisch angemessen auf das Verhalten der Kinder reagieren.

Die kommunikativen Einschränkungen führen auch dazu, dass neugierige Fragen zum Thema Zeugung und Schwangerschaft nicht gestellt werden können. Geringe körperliche Möglichkeiten und weniger soziale Kontakte, durch nicht erfüllte Voraussetzungen in Mobilität und Kommunikation, erschweren die Nachahmung rollenspezifischen Verhaltens.

**Im vierten Lebensjahr** nehmen die sozialen Kontakte zu anderen Kindern durch die zunehmende Selbstständigkeit zu. Freundschaften werden im gemeinsamen Spiel aufgebaut, soziale Regeln werden somit erlernt. Auch das Interesse an der Körperlichkeit der anderen Kinder nimmt zu. Gleichzeitig entwickeln Kinder nun langsam eine gewisse Form von Körperscham. Heutzutage gibt es im Elementarbereich viele Angebote, die die Inklusion von Kindern mit Behinderung fördern. Somit haben auch Kinder mit einer geistigen Behinderung die Möglichkeit soziale Kontakte und Freundschaften zu knüpfen. Körperliche und kommunikative Einschränkungen machen jedoch die Hilfe von Erwachsenen nötig und erschweren somit das gemeinsame Spiel unter gleichaltrigen. Da Kinder mit geistiger Behinderung auch häufig im urogenitalen Bereich auf permanente Hilfe und Versorgung angewiesen sind, stellt sich die Frage, inwieweit sie unter diesen Bedingungen Körperscham entwickeln können, oder ob es zu anderen Grenzen von Körperscham führt als bei Kindern ohne Behinderung. Die Entwicklung des Schamgefühls kann somit in einem sehr viel späteren Alter auftreten, sodass die Kinder und später Jugendlichen sich wenig bis gar nicht schamhaft verhalten, was zu Irritationen der Umwelt führen kann. (vgl. Ortland, 2008, 76)

Rollenspiele gewinnen **im fünften Lebensjahr** mehr an Bedeutung. Bei sogenannten „Doktorspielen“ werden die Genitalien des eigenen und des anderen Geschlechts „untersucht“. Dies geschieht aus Neugier und zur Lustgewinnung. Freundschaften werden intensiver. Körperliche Einschränkungen und vor Allem Inkontinenz können ausschlaggebend dafür sein, dass Kinder mit Behinderung von den Doktorspielen ausgeschlossen werden. Inklusionsgruppen im Kindergarten können dafür sorgen, dass sich Freundschaften zwischen Kindern mit und ohne Behinderung anbahnen. Davon profitieren beide Seiten; Annäherungs-Vermeidungs-Konflikte im Kontakt zwischen Kindern mit und ohne Behinderung können somit verhindert und Partizipationsmöglichkeiten der Kinder mit Behinderung verdeutlicht werden.

**Im sechsten Lebensjahr** konzentrieren sich die Freundschaften auf das eigene Geschlecht. Das andere Geschlecht wird zunächst abgelehnt, um sich des eigenen Geschlechts zu vergewissern. Für Kinder mit geistiger Behinderung kann diese Ablehnung durch das andere Geschlecht, als Ablehnung der eigenen Person verstanden werden.

„Ebenso ist denkbar, dass Kinder mit Behinderung aufgrund eines kleineren Freundeskreises eine mögliche Ablehnung aufgrund mangelnder Alternativen nicht zeigen oder bei geringen kommunikativen Möglichkeiten ihre Ablehnung nicht eindeutig als eine solche verstanden wird oder als sozial unerwünscht (im Sinne von ‚undankbar‘) konnotiert wird.“ (Ortland 2008, 44)

Aufgabe der Bezugspersonen ist in dieser Phase wiederum eine einfühlsame und sensible Unterstützung und Anbahnung von Kontakten zwischen den Kindern.

**Im siebten Lebensjahr** hat ein Kind ohne Behinderung weitestgehend eine stabile Identität erreicht und wird immer selbstständiger. Erste Erfahrungen mit dem Verliebt-Sein, wirken sich auf ihre späteren Beziehungserfahrungen aus. Selbstbefriedigung, als Art sich schöne Sinneserfahrungen und Körpergefühle zu verschaffen, bereitet den Kindern nach wie vor Freude. Gegen gleich- und gegengeschlechtliche Doktorspiele ist nichts einzuwenden, solange diese im beiderseitigen Einvernehmen der gleichaltrigen Kinder geschehen. Allerdings werden diese nun von den Kindern vor den Erwachsenen geheim gehalten, was auf das zunehmende Schamgefühl zurück zu führen ist. Eine neue Dimension der Sexualerziehung eröffnet sich den Kindern durch veränderte Möglichkeiten des Verstehens und Medienaneignung. Allerdings sollte dieses Halbwissen durch die Sexualerziehung der Eltern und PädagogInnen erweitert und Raum für Fragen geboten werden.

Bei der Selbstständigkeit von Kindern mit geistiger Behinderung verhält es sich weitaus schwieriger. Der erhöhte Hilfebedarf führt zu Fremdbestimmung und Abhängigkeit. Körperliche Beeinträchtigungen können die Selbstbefriedigung und Doktorspiele mit anderen Kindern erschweren. Abgrenzung von und Geheimhaltung vor den Eltern erweist sich als Hürde für Intim- und Privatsphäre. Kognitive Einschränkungen und Einschränkungen in der Mobilität verhindern eine Sexualerziehung, die von Peergroups und Medien ausgeht, deswegen müssen Eltern und Betreuer hier noch mehr leisten, als bei nichtbehinderten Kindern. Wiederrum ist hohe Sensibilität und Einfühlungsvermögen gefragt.

(vgl. Ortland 2008, 36-46)

Beim Vergleich der sexuellen Entwicklung von Kindern ohne und mit Behinderung wird deutlich, dass es bei Kindern mit Behinderung schon in der frühen Kindheit zu Problemen kommt, die eine hohe Sensibilität der betreuenden Personen erfordert. Ihre sexuelle Entwicklung hängt zum Großteil von der Einstellung der Bezugspersonen zu Sexualität ab. Mit zunehmendem Alter und besonders in der Pubertät nehmen das Schamgefühl und das Verlangen nach Privat- und Intimsphäre noch zu. Jugendliche mit geistiger Behinderung haben im kognitiven als auch im Handlungsbereich jedoch weniger Möglichkeiten des Austauschs und der Beschaffung von Informationen. Es ist für sie weitaus schwieriger die Bezugsgruppe zu wechseln, wodurch sie weitaus weniger Möglichkeiten der Reaktion haben, als ihre nichtbehinderten Altersgenossen. (vgl. Krenner 2003, 62) Auch wenn es zu Konflikten kommt und in anderen zwischenmenschlichen Situationen benötigen sie Unterstützung und sind auf die Hilfe anderer angewiesen. Besonders in der Pubertät stellt dieses für Jugendliche mit geistiger Behinderung ein großes Problem dar.

### **3.4 Pubertät bei Mädchen mit geistiger Behinderung**

Die Pubertät ihrer Kinder ist für Eltern oftmals ein schwieriges Thema. In dieser Phase des Erwachsenwerdens wollen Kinder sich Ausprobieren, die eigenen Grenzen und besonders die Grenzen ihrer Eltern austesten. Eigenwilligkeit, Trotz und heftige Auseinandersetzungen mit Mutter und Vater sind typische Merkmale für alle Pubertierenden. Dies gilt auch für Jugendliche mit geistiger Behinderung. Die Jugendlichen orientieren sich nun mehr an ihrer Peergroup denn an den Eltern. Aussehen, Kleidung, Statussymbole gewinnen an besonderer Bedeutung. In der Pubertät von Menschen mit geistiger Behinderung kommt es allerdings zu zusätzlichen Problemen, die für Eltern und Jugendliche eine hohe Belastung darstellen. Für die Jugendli-

chen bedeutet die Veränderung des Körpers oftmals ein erneutes Anderssein und eine neue körperliche Umstellung. Aufgrund ihres erhöhten Hilfebedarfs können sie die Pubertät nicht so durchleben, wie ihre nicht behinderten Altersgenossen. Problematisch ist diese Phase für die Eltern, die ihr behindertes Kind jahrelang gepflegt und ein gutes Verhältnis zu ihm aufgebaut haben, welches sich aufgrund der verstärkt einsetzenden Hormonproduktion wandelt und Konflikte hervorruft.

Durch die Infantilisierung sehen viele Eltern in ihrem behinderten Angehörigen das ewige Kind und können somit nicht mit der sich weiter entwickelnden Sexualität des Kindes umgehen. Eltern und Betreuer müssen sich darüber bewusst werden, dass die körperliche Entwicklung von Jugendlichen mit geistiger Behinderung im Allgemeinen altersentsprechend verläuft. Es gibt nur wenige und selten vorkommende Behinderungsformen, bei denen die genitale Sexualität unterentwickelt bleibt und es zu körperlichen Abweichungen kommt, wie Minderwuchs der Genitalien, fehlende Genitalbehaarung, Ausbleiben der Regelblutung und des Samenergusses. Das bedeutet, dass Jugendliche mit Behinderung in ihrer Pubertät genau die gleichen sexuellen Bedürfnisse haben wie Menschen ohne Behinderung. Selbstbefriedigung ist in der Zeit zum Beispiel ein wichtiges Thema. Die seelisch-geistige Entwicklung ist hingegen meistens verlangsamt und länger andauernd. Die körperliche Reife entspricht meist nicht der affektiven und emotionalen Entwicklung und den Möglichkeiten der intellektuellen Verarbeitung.

„Wir können zunächst einmal davon ausgehen, daß geistig behinderte Kinder und Jugendliche in der Regel denselben schmerzhaften und streßvollen Umstrukturierungsprozeß in Pubertät und Adoleszenz durchleben wie ihre nichtbehinderten Altersgenossen auch, allerdings meist unter anderen Prämissen.“ (Walter 2002, 164)

In ihrer sexuellen Entwicklung sind Kinder mit geistiger Behinderung, wie im vorangegangenen Kapitel bereits beschrieben, im Nachteil. Im Vordergrund steht bei ihnen ihre Behinderung. Zudem sind die Einstellung und das erzieherische Verhalten von Eltern und PädagogInnen von entscheidender Bedeutung. Eltern trauen ihren Kindern mit Behinderung wesentlich weniger zu und erlauben ihnen auch weniger, als es bei gleichaltrigen Kindern ohne Behinderung der Fall ist. Die Pubertät als Phase des Ausprobierens und sich Irrens wird somit deutlich eingeschränkt und die Chancen der Selbstverwirklichung geringer. (ebd. 2002, 164)

Die Pubertät ist der Prozess des Erwachsenwerdens und wird oft in drei Phasen eingeteilt: In das Erlangen der sexuellen, der psychischen und der sozialen Reife.

„Die meisten geistig behinderten Jugendlichen erreichen die sexuelle Reife im gleichen Alter wie nichtbehinderte.“ (Achilles 2010, 40)

In der Phase der *sexuellen Reife* verändert sich der Körper und nimmt bei Mädchen weibliche Formen an. Im Alter zwischen 10-13 Jahren kommt es zu Ausfluss aus der Scheide bis zum Einsetzen der Periode. Mit der sexuellen Reife kommt auch die Fruchtbarkeit. Hygiene wird in dieser Phase noch wichtiger als vorher. Schweißdrüsen entwickeln sich und der Körpergeruch wird stärker. Hygieneartikel wie Deo, Binden, Tampons etc. sollten nun benutzt werden. Die Diskrepanz zwischen Körperentwicklung und Intelligenzalter führt dazu, dass die Selbstbewertung der körperlichen Veränderungen zu großen Irritationen führen. Es ist Mädchen mit Behinderung dadurch erschwert, ihre körperlichen Veränderungen kognitiv zu erfassen und emotional zu verarbeiten. Hinzu kommt, dass sie ihr kindliches Aussehen verlieren, was ihnen viele Kontakte zu Menschen ohne Behinderung noch erleichterte. Diese gehen nun häufig mehr auf Distanz. Durch fehlende Sexualbildung sind Mädchen mit geistiger Behinderung häufig nicht auf die Pubertät und die damit einhergehenden körperlichen Veränderungen vorbereitet, so dass sie von der einsetzenden Menstruation überrascht werden und verunsichert oder gar verängstigt reagieren. (vgl. Ortland 2008, 77) Hier brauchen die Mädchen Unterstützung und Rat von den Eltern. Gespräche zwischen Mutter und Tochter über die Veränderung des Körpers in der Pubertät sind dann besonders wichtig. Auf die erste Regelblutung sollten sie vorbereitet sein und lernen wie der Zyklus funktioniert, damit es eben nicht zu Angst und Panik kommt, wenn die erste Blutung einsetzt. Ein Besuch beim Frauenarzt mit der Mutter kann hier sehr hilfreich sein. Oftmals fällt es der Tochter einfacher sich von einem Frauenarzt untersuchen zu lassen, wenn sie weiß, dass die Mutter die Untersuchungsprozedur auch über sich ergehen lässt. (vgl. Achilles 2010, 41)

Die sexuelle Reife wird von Eltern besonders bei Mädchen mit geistiger Behinderung als sehr problematisch angesehen. Die Angst vor einer möglichen Schwangerschaft und den damit zusammenhängenden Problemen ist wie bereits erwähnt sehr groß. Somit werden Themen, die für die Sexualbildung sehr wichtig wären nicht hinreichend oder gar nicht angesprochen. Dabei besteht für unaufgeklärte Mädchen ein höheres Risiko schwanger zu werden, da die Möglichkeiten zur Verhütung nicht erklärt wurden.

Auch das Sammeln von ersten sexuellen Erfahrungen wird für die Jugendlichen mit geistiger Behinderung erschwert, da Eltern und Betreuern sie durch überbehütende und bewahrende Verbote und Einschränkungen häufig daran hindern. (vgl. Ortland 2008, 77) Während Ju-

gendliche ohne Behinderung ihre Grenzen austesten, Verbote missachten und ihre Erfahrungen heimlich im Freundeskreis sammeln, sind Jugendliche mit geistiger Behinderung kognitiv und oft auch körperlich so eingeschränkt, dass sie auf die Hilfe ihrer Eltern oder Betreuer angewiesen sind und somit auch deren Geboten und Verboten ausgesetzt sind.

Unter der *psychischen Reife* versteht man die seelische Selbstständigkeit. Dazu gehört die Ablösung vom Elternhaus, kritisches Denken und verantwortungsbewusstes Handeln. Die meisten Jugendlichen erreichen diese psychische Reife mit 18,19 Jahren. (vgl. Achilles 2010, 42) In dieser Zeit sind Jugendliche oft rebellisch. Wollen sich von ihren Eltern abgrenzen und anders sein als die anderen. Vorbilder wie z.B. Berühmtheiten, andere Jugendliche aus der Peergroup etc. werden in dieser Zeit sehr wichtig. Durch Lockerung der Gefühlsbindung an die Eltern wird die psychische Reife erreicht,

„[...]da die emotionale Unabhängigkeit des Erwachsenen nur durch den Abbau der gefühlsmäßigen Unterordnung entsteht.“ (Walter 2002, 161)

In dieser Phase sollte der Aufbau eines eigenen Wertsystems und ethnischen Bewusstseins erfolgen, welches als Orientierung für das eigene Handeln dient.

In der Ich-Findung fällt auch oft die Frage der Jugendlichen: „Warum bin ich behindert?“ Dies ist sowohl für die Jugendlichen als auch für die Eltern eine schwierige Frage. Die Akzeptanz der eigenen Behinderung ist jedoch eine Voraussetzung für die Integration der Behinderung in die eigene Persönlichkeit. Die Erkenntnis der eigenen Behinderung ist eng verbunden mit der Erfahrung des eigenen (körperlichen) Andersseins. Schon für Jugendliche ohne Behinderung ist die Akzeptanz der körperlichen Veränderungen in der Pubertät sehr schwierig. Für Jugendliche mit geistiger und vor allem körperlicher Behinderung wird dieser Prozess noch erschwert, da die körperliche Attraktivität eine hohe Bedeutung hat und sie den gesellschaftlichen Vorstellungen von Attraktivität und Schönheit nicht entsprechen können.

Die *soziale Reife* wird auch Mündigkeit genannt. Der Jugendliche muss sich selbstständig und unabhängig von den versorgenden Eltern eine eigene Existenz aufbauen und erhalten können. Dabei wird die Gründung eines eigenen Familienlebens angestrebt. Die Integration ins Gemeinwesen als „politisch mündiger Bürger“ ist zielführend. (vgl. Walter 2002, 161)

Besonders das Erlangen der sozialen Reife ist für die meisten Menschen mit geistiger Behinderung schwer bis gar nicht zu erreichen. Aufgrund ihrer starken kognitiven Einschränkungen

gen, sind sie ihr Leben lang auf fremde Hilfe angewiesen und können nur bedingt selbstbestimmt leben. Die Ablösung vom Elternhaus wird zwar mittlerweile stark von PädagogInnen angestrebt. Viele Träger der Behindertenhilfe haben dafür Angebote, um Eltern und Jugendliche über bestehende Möglichkeiten zu informieren. Für viele Menschen mit geistiger Behinderung ist es jedoch nicht möglich selbstständig zu wohnen, sodass sie in ambulanten oder stationären Einrichtungen wohnen. Der angestrebte Aufbau einer eigenen Existenz ist also nur bedingt möglich.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die psycho- und sozio-sexuellen Entwicklungsbedingungen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ungünstig sind. Diese können auch negative Auswirkungen auf Beziehungsaufnahme, -gestaltung und Sexualität im Erwachsenenalter haben. In diesem Zusammenhang sind besonders fehlende positive Grunderfahrungen von Liebe und Geborgenheit in der frühen Kindheit, verzögerte und eingeschränkte psychosoziale Entwicklungsprozesse in der Pubertät mit fehlenden Peergroup-Erfahrungen, fehlende oder unzureichende Sexualbildung und außerdem die erschwerte Ablösung vom Elternhaus hervorzuheben. (vgl. Hennies, Mittendorf & Sasse 2001, 258 f; zit. n. Hennies, Sasse 2004, 69)

### **3.5 Liebe und Partnerschaft**

Menschen mit geistiger Behinderung haben genau die gleichen Bedürfnisse nach Liebe, Geborgenheit und Partnerschaft, wie das bei Menschen ohne Behinderung der Fall ist. Aufgrund ihrer Beeinträchtigungen ist es ihnen jedoch häufig nicht möglich selbstständig Beziehungen aufzubauen und zu pflegen. Wenn wir davon ausgehen, dass Menschen mit geistiger Behinderung eine Sexualität haben, die ausgelebt werden möchte, so muss ihnen bei der Umsetzung geholfen werden, sofern sie es nicht selber können. Nach dem Normalisierungsprinzip müssen auch hier die Persönlichkeitsentfaltung und ein mündiges Leben im Vordergrund stehen, um die Verwirklichung dessen anzustreben.

„Spricht man dem Menschen mit geistiger Behinderung seine Sexualität zu, so muss es darum gehen zu überlegen, welche Unterstützung er dabei braucht sie zu verwirklichen.“ (Krenner 2003, 26)

Bei der Unterstützung geht es darum anzuleiten, zu begleiten und zu erklären. Neben den Eltern und anderen Bezugspersonen müssen qualifizierte Personen gefunden werden, die diese Begleitung auch auf Ebenen weiterführen, auf denen Eltern und Betreuer nicht selbstverständ-

lich handeln wollen, können und sollen. (vgl. ebd. 2003, 26) Dies gilt, wenn es um praktische Anleitung im Bereich der Sexualbegleitung geht. Das Thema Sexualbegleitung wird im Kapitel 4.3 näher beleuchtet.

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben keine besondere Sexualität. Die meisten von Ihnen haben die gleichen Wünsche wie gleichaltrige Menschen ohne Behinderung: Flirt, Liebe, Freundschaft, Partnerschaft, Leidenschaft, Geborgenheit und Zärtlichkeit. Diese Wünsche nehmen in ihrem Leben den gleichen Rang ein und haben die gleiche Bedeutung von Glück und Zufriedenheit wie im Leben nichtbehinderter Menschen. Nur ungefähr 10% der erwachsenen mit geistiger Behinderung leben in Deutschland in einer Partnerschaft. Zudem sind partnerschaftliche Beziehungen für sie nicht so selbstverständlich und gesellschaftlich akzeptiert wie es bei Menschen ohne Behinderung der Fall ist. (vgl. Hennies, Sasse 2004, 67)

Der Wunsch von Menschen mit geistiger Behinderung nach Normalität schließt den Wunsch nach Liebe und Partnerschaft mit ein. Eine Partnerschaft wertet den Menschen mit Behinderung auf. Er erfährt sich als attraktiv und begehrenswert und bekommt aus Interesse an seiner Person und nicht aufgrund der ethischen Verpflichtung als Elternteil oder als professioneller Betreuer Anerkennung und Zuwendung. Sexualität gewinnt für Menschen mit Behinderung eine weitere Bedeutung, nämlich die Erfahrung und Bestätigung, von einem anderen Menschen als gleichberechtigter Partner akzeptiert und begehrt zu werden“ (vgl. Walter 1996, 295 zit. n. Hennies, Sasse 2004, 67)

Diese Erkenntnisse finden in Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wie Schulen, Tagesstätten und Wohneinrichtungen immer mehr Anerkennung. Partnerschaftliche und intime Beziehungen sollen nicht behindert werden. So bieten Wohneinrichtungen die Möglichkeit von Paarwohnungen und unterstützen die Klienten dabei Treffen zu arrangieren etc. Auch Eltern sollten Freundschaften und Beziehungen ihrer Kinder fördern und diese bei ihren Unternehmungen unterstützen. Menschen mit geistiger Behinderung sind auf eine partnerschaftsbejahende und unterstützende Haltung ihrer Eltern angewiesen, wenn sie Partnerschaften eingehen wollen. Aus Unsicherheit, Sorge vor einer möglichen Schwangerschaft oder Eifersucht reagieren Eltern häufig einschränkend und verbietend statt ermutigend und unterstützend auf erste sexuelle und/ oder partnerschaftliche Erfahrungen ihrer jugendlichen oder erwachsenen Töchter und Söhne. (vgl. Hennies, Sasse 2004, 69)

Diese Fremdbestimmung erschwert es Menschen mit Behinderung eigenständig soziale Kontakte zu finden und diese Kontakte zu pflegen. Aufgrund der Biografie vieler Menschen mit Behinderung, die häufig lange Krankenhausaufenthalte, regelmäßige Arztbesuche und Pflege

von verschiedenen, häufig wechselnden Personen beinhaltet, sind die Erfahrungen mit dem eigenen Körper negativ besetzt. Der Körper wird in erster Linie in Pflegesituationen erfahren, die keinen Raum für Intimitäten und das lustvolle Kennenlernen des eigenen Körpers zulassen. (vgl. Krenner 2003, 22)

Menschen mit Behinderung wird ein Mann- oder Frausein in vielen alltäglichen Situationen abgesprochen. Oft werden sie als geschlechtslose Wesen, irgendwo zwischen den Geschlechtern angesiedelt. (vgl. ebd. 2003, 66) Als Beispiel hierfür braucht man nur öffentliche Toiletten zu nehmen, bei denen das Behinderten WC sowohl von Frauen, als auch von Männern genutzt werden soll. Für Menschen ohne Behinderung sind geschlechtergetrennte öffentliche Toiletten selbstverständlich und aus dem öffentlichen Leben nicht wegzudenken. Menschen mit Behinderung können nicht mit dieser Selbstverständlichkeit rechnen.

Deshalb ist es für Menschen mit Behinderung umso wichtiger Erfahrungen zu machen, in denen es ganz und gar um ihr Frau- oder Mann sein geht und in denen ihr Geschlecht nicht in Frage gestellt wird oder außer Frage steht.

In Partnerschaften erlebt sich der Mensch als Mann oder Frau. Diese Erfahrungen sind für Menschen mit geistiger Behinderung besonders wichtig, da die Qualität dieser Beziehung eine wesentlich andere ist, als die in professionellen Verhältnissen zu PädagogInnen. (vgl. Krenner 2003, 67) Solche Verhältnisse sind mehr oder weniger durch die unterschiedlichen Ausgangsvoraussetzungen geprägt, während Interaktionen untereinander eine stärker authentische Auseinandersetzung unter Gleichen ermöglichen. (vgl. Weingärtner 2013, 68)

Für Frauen mit einer geistigen Behinderung ist es schwer den in unserer Gesellschaft propagierten sozialen Rollenklischees von Schönheit, Attraktivität und Erfolg zu entsprechen. Der übertriebene und krankmachende Körperkult unserer Gesellschaft in Verbindung mit der Vermittlung eines Sexualitäts-Ideals, eines Vor-Bildes gelungener Sexualität, die Betonung der Leistung als vorrangigem Aspekt ausgelebter Sexualität drängt vor allem Menschen mit Behinderung an den Rand. (vgl. Ortland 2008, 23)

Besonders in Bezug auf Sexualität kommt es hier zu extremen Verunsicherungen auf Seiten der behinderten Frauen. Sie können dem Bild der Frau in der Gesellschaft nicht entsprechen. Aufgrund ihres hohen Hilfebedarfs und den Vorurteilen, mit denen ihnen die Gesellschaft begegnet, ist es den wenigsten Frauen mit geistiger Behinderung möglich:

- Selbstständig zu wohnen und den Haushalt zu führen,

- eine Partnerschaft einzugehen und Sexualität zu leben,
- eine Familie zu gründen und
- in der freien Wirtschaft zu arbeiten.

Menschen mit einer geistigen Behinderung können Kinder bekommen und erziehen. Sie sind im Stande eine Familie zu gründen, sofern entsprechende Systeme zur Unterstützung hierfür eine Absicherung leisten und ihnen dabei geholfen wird.

Es muss von dem Gedanken abgerückt werden, dass Menschen mit geistiger Behinderung unfähig seien Familie zu gründen und prinzipiell Beziehungen einzugehen. Stattdessen sollte es darum gehen, dem Mangel an spezifischer Assistenz und Beratung entgegenzuwirken und die, bei Menschen mit Behinderung oftmals ökonomisch prekäre, Lebenssituation zu verändern. (vgl. Jantzen 2002, 376)

#### **4. Sexualerziehung bei Mädchen mit geistiger Behinderung**

---

Für eine behinderungsspezifische sexuelle Entwicklung und den richtigen Umgang mit Sexualität, ist es für Mädchen mit geistiger Behinderung sehr wichtig Sexualerziehung zu bekommen. Mit Sexualerziehung kann nicht früh genug begonnen werden. Schon im Kleinkindalter bieten sich immer wieder Möglichkeiten, um bestimmte Themen zu thematisieren und Kindern und Jugendlichen somit Sexualität näher zu bringen. Zum Beispiel bei der täglichen Pflege kann Sexualerziehung in den Tagesablauf mit einfließen.

Bevor es jedoch darum geht dem Menschen mit Behinderung Sexualität näher zu bringen, sollten sich die Eltern und PädagogInnen zunächst, mit ihrer eigenen moralischen Einstellung gegenüber Sexualität beschäftigen. Denn nur wer seine eigene Sexualität reflektiert hat und sich seiner eigenen Grenzen bewusst ist, kann die nötige Distanz wahren, die besonders bei einem so sensiblen Thema wie Sexualität von Nöten ist. Zudem gibt es viele Fragen, die im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen gestellt werden müssen. Viele Einrichtungen und Träger in der Arbeit mit Menschen mit Behinderung bieten mittlerweile Kurse und Workshops für MitarbeiterInnen in Behinderteneinrichtungen und Eltern an.

Diese vier Themen einer intentionalen Sexualerziehung sind nach Ortland (2008) unter anderen die wichtigsten:

- Erkennen von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung in Pflegesituationen,
  - Vermittlung eines positiven Körpergefühls und Selbstwertgefühls,
  - Aufzeigen, dass Sexualität das Recht eines jeden Menschen ist/ Ermutigung, zu eigener Sexualität zu finden,
  - sexuelle Verhaltensregeln zu vermitteln (Nähe und Distanz).
- (vgl. Ortland 2008, 107)

Wenn Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung als solche erkannt werden, können frühzeitig Grenzen gesetzt und im besten Fall Übergriffe verhindert werden. Ein positives Körper- und Selbstwertgefühl kann den Mädchen dabei helfen, sich selbst zu behaupten, Stärke zu zeigen und somit nicht leicht zum Opfer zu werden. Sexualität als Recht eines jeden Menschen anzuerkennen, ermutigt auch Menschen mit geistiger Behinderung zur eigenen Sexualität zu finden. Für einen angemessenen Umgang mit Sexualität müssen allerdings Verhaltensregeln und der Umgang mit Nähe und Distanz gelehrt werden.

Bei Eltern kommt es immer wieder zu Negierung der Notwendigkeit der Sexualerziehung von Mädchen mit geistiger Behinderung. Dies geschieht nach Ortland (2008) aus folgenden Gründen:

- Für Sexualerziehung bleibt keine Zeit, da Operationen oder Therapien im Mittelpunkt stehen,
  - die Angst vor Fehlern und Unsicherheit im Umgang mit der Sexualität ihrer Kinder führen zur Vermeidungshaltung,
  - das Interesse der Jugendlichen an Sexualität wird von den Eltern in Frage gestellt,
  - um Enttäuschungen des Jugendlichen zu vermeiden, da Sexualerziehung auch dessen Einschränkungen verdeutlichen würde, sparen Eltern das Thema aus,
  - die Sexualität von Jugendlichen mit Körperbehinderung wird als eingeschränkt und nicht vollwertig angesehen.
- (vgl. Ortland, 2008, 91)

Mit dem Negieren der Sexualität ihrer Kinder oder zu betreuenden Personen, vermeiden Eltern und Betreuer in erster Linie Konflikte. Frei nach dem Motto: „Wenn mein Kind keine sexuellen Gefühle hat, brauche ich mich auch nicht mit einer Sexualerziehung auseinanderzusetzen.“ Oft geht es hierbei auch um die eigene Unbeholfenheit und Scham, wenn es um Se-

xualität geht. Für die Entwicklung des sexuellen Verhaltens sollten Jugendliche mit geistiger Behinderung einen verantwortungsvollen Umgang mit Sexualität lernen. Zudem sollten sie Sexualität in die sozialen Beziehungen einbinden und im Selbstverständnis verankern. (vgl. Fend, 2003; zit. n. Ortland 2008, 51)

#### **4.1 Sexualerziehung als Prävention**

Bevor mit der präventiven oder intervenierenden Sexualerziehung begonnen wird, muss ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass sowohl sexuelle Übergriffe zwischen Kindern als auch sexuelle Gewalt durch Erwachsene in Institutionen oder im eigenen Familien- und Bekanntenkreis möglich sind. Die Erkenntnis dessen, verhilft zu einer entsprechenden Sensibilität, um selber sexuelle Übergriffe zu erkennen bzw. den kindlichen oder jugendlichen Opfern zu glauben und helfend einzugreifen. (vgl. Ortland, 2008, 119)

Ziel von sexualpädagogischer Arbeit ist es, durch Information, Aufklärung und Beratung verantwortliches Handeln gegenüber sich selbst und anderen zu fördern. Die Entwicklung einer sexuellen Identität und eines gesunden Selbstbewusstseins zu fördern, ist ein wichtiger Aspekt der Prävention. Sexualerziehung schafft ebenso einen Raum zur Auseinandersetzung mit Grenzüberschreitungen, um für negative Auswirkungen von Ausgrenzungen und Entwertungen zu sensibilisieren.

Hierbei sollen fachkundig Fakten vermittelt werden, die über rein biologisches Wissen hinaus gehen. Möglichkeiten zur Selbsterfahrung und Selbstreflektion sollen geboten werden. Zudem geht es darum die Körperwahrnehmung zu stärken und eine angemessene Sprache für Sexualität zu entwickeln.

Fehlende Kenntnisse, sprachliche Barrieren und ein begrenzter Freundeskreis in dem Kinder und Jugendliche mit kognitiven Einschränkungen ihre Fragen besprechen könnten, verunmöglichen ihnen ihre Verunsicherung oder Neugier von sich aus anzusprechen. Daher ist es von hoher Bedeutung, dass Eltern und PädagogInnen Inhalte der Sexualbildung von sich aus thematisieren. (vgl. Ortland 2008, 95)

Folgende Themen sollten im Laufe der Zeit in Anlehnung an ebd. (2008) in der Sexualerziehung vorkommen:

##### Körper und Sexualität

- Thematisierung des eigenen Aussehens

- Wertschätzung durch mich und andere
- Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen
- Thematisierung der Privat- und Intimsphäre
- Geschlechtsverkehr, Zeugung, Schwangerschaft und Geburt
- Pubertät
- Reflexion gesellschaftlicher Tabuisierungsprozesse in Bezug auf die Sexualität von Menschen mit Behinderung
- Selbstbefriedigung
- Körperpflege und Hygiene
- Selbstbestimmung in Pflegesituationen

### Beziehung und Sexualität

- Wahrnehmen, Erkennen und Differenzieren von Gefühlen
- Freundschaft
- Partnerschaft
- Nähe und Distanz
- Liebe und verliebt sein
- Kontakt- und Beziehungsaufnahme zu andern Jugendlichen
- flirten, erste sexuelle Erfahrungen, Umgang mit Eifersucht und Trennung
- Ablösung von den Eltern

### Geschlechterrollen

- Rollenbilder
- Klischees
- Idole, Vorbilder

### Familie und andere Formen des Zusammenlebens

- Die eigene Familie
- Leben in einer Ehe/Familie
- Trennung, Scheidung
- Berücksichtigung von anderen Lebensformen

### Sexuelle Orientierung und Identität

- Formen von Sexualität

- Doppelte Diskriminierung

### Empfängnisverhütung

- Verhütungsmethoden
- Geschlechtskrankheiten
- Schwangerschaftskonflikte
- Kinderlosigkeit

### Sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch

- Mein Körper gehört mir
- Abwehr von Missbrauch
- Abgrenzung von Pflegehandlungen zu Missbrauch
- Nähe und Distanz
- Beratungsstellen, Hilfsangebote
- Selbstbestimmt leben
- Informationen über Prostitution, Pornographie und Pädophilie

(vgl. Ortland 2008, 97 ff.)

Neben den oben genannten Themen sollte die Schulung der Körperwahrnehmung einen hohen Stellenwert in der Sexualbildung einnehmen. Um sexueller Gewalt vorzubeugen, ist es wichtig sich selbst und seinen Körper zu kennen. Ein positives Körpergefühl und eine positive Beziehung zum eigenen Körper sind dafür von Vorteil.

Für viele Mädchen mit geistiger Behinderung ist Hygiene eine Last und mit der ständigen Führung und Anleitung der Eltern oder BetreuerInnen verknüpft. Die tägliche Körperpflege macht ihnen immer wieder deutlich, dass sie auf fremde Hilfe angewiesen sind und bestimmte Dinge nicht selbstständig erledigen können. Dabei ist Hygiene, und die damit zusammenhängende Körperpflege, ein wichtiger Bestandteil um seinen Körper kennen zu lernen und wertzuschätzen. Ein gutes Verhältnis zum eigenen Körper stärkt das Selbstbewusstsein und das Selbstwertgefühl. Für die Hilfe bei der Körperpflege sollte darum viel Zeit eingeplant werden, um den Mädchen den nötigen Raum zu lassen, den Körper zu entdecken und wert zu schätzen. Die genussvolle Beschäftigung mit dem eigenen Körper und die Fokussierung auf sich selbst, bilden die Basis und das Fundament für Erfahrungen mit der eigenen Körperlichkeit. (vgl. Reuther-Dommer, Dommer 2004, 83) Besonders in Einrichtungen der Behindertenhilfe

ist die Zeit beim pflegen genau abgemessen und meist sehr gering. Umso wichtiger ist es, der Klientin am Ende der notwendigen Körperpflege Zeit zu lassen, den eigenen Körper zu erkunden und sich damit auseinanderzusetzen. Intimsphäre ist hier ein sehr wichtiges Stichwort. Der Tochter oder der Klientin muss Raum gegeben werden, in dem sie allein ist und sich ohne ständige Beaufsichtigung mit dem eigenen Körper beschäftigen kann. Wer sich und seinen Körper kennt und weiß welche Berührungen sich gut anfühlen und was unangenehm ist, kann in bestimmten Situationen besser einschätzen, ob es sich um einen Übergriff auf die sexuelle Selbstbestimmung handelt oder nicht.

Die Sexualbildung von Mädchen mit geistiger Behinderung bietet einen umfassenden Schutz vor Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung. Aufklärung und Beschäftigung mit den oben genannten Themen können für die Mädchen eine hilfreiche Basis sein, wenn es zu übergriffigen Situationen kommt. Es bedarf allerdings einer hohen Sensibilität der Eltern und PädagogInnen, wenn Sexualbildung erfolgt.

Eine gute Vorbereitung ist hierfür unumgänglich.

## **4.2 Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie**

Menschen mit geistiger Behinderung, die auf die Hilfe anderer angewiesen sind, sind abhängig von deren Einstellungen. Im Bezug auf Sexualbildung sind sie zudem abhängig von deren Haltung gegenüber Sexualität im Allgemeinen und Sexualität von Menschen mit Behinderung im Konkreten. Für Eltern und PädagogInnen bedeutet dies eine Herausforderung. Sie müssen zum Einen sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung anerkennen und die Bedürfnisse nicht leugnen, und zum Anderen Unterstützung in der Befriedigung dieser Bedürfnisse leisten. (vgl. Krenner 2003, 121)

Viele Eltern und Bezugspersonen negieren die Sexualität ihrer Kinder oder zu betreuenden Personen und vermeiden somit in erster Linie Konflikte. Denn wenn davon ausgegangen wird, dass das Kind keine sexuellen Gefühle hat, bedarf es auch keiner Sexualbildung und die Eltern und Bezugspersonen müssen sich nicht mit einer Sexualerziehung auseinandersetzen. Oft geht es hierbei auch um die eigene Unbeholfenheit und Scham, wenn es um Sexualität geht.

„Um eine die Sexualität bejahende Erziehung zu gewährleisten, ist es also wichtig, sich zunächst intensiv mit der eigenen Sexualität auseinander zu setzen.“ (vgl. Feuser 1980, Walter 1986, Dank 1993 et. al. zit. n. Krenner 2003, 24)

Auch nach Achilles (2010) kommt es bei der Sexualbildung nicht nur auf sexualspezifisches Wissen, sondern auf die eigene Einstellung an. Diese Einstellung hängt von verschiedenen Faktoren ab, die bei jedem individuell anders sind. Die eigene Erziehung und Erfahrung spielt hierbei eine große Rolle. (vgl. ebd. 2010, 46) Vielen Menschen besonders in älteren Generationen fällt es schwer über Sexualität zu sprechen. Auch wenn Sexualität in der heutigen Gesellschaft scheinbar kein Tabuthema mehr ist und Filme, Werbung, Zeitschriften etc. frei nach dem Motto: „Sex sells!“ Sexualität propagieren, so ist es vielen nach wie vor doch unangenehm über Sexualität zu sprechen und mit ihren Kindern oder zu betreuenden Personen an dem Thema Sexualität zu arbeiten.

Bevor also mit Sexualerziehung begonnen wird, sollten Eltern und PädagogInnen sich selbst zunächst einige kritische Fragen in Anlehnung an Ortland (2008) stellen:

- Welche Ziele sind mir grundsätzlich für die Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung wichtig?
- Wie möchte ich sie auf bestimmte Lebenssituationen und Entscheidungen wie z.B. Partnerschaft und Familie vorbereiten?
- Welche möglichen Besonderheiten der sexuellen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung können für ihre Sexualerziehung auftreten?
- Bin ich bereit, Themen der Sexualerziehung zu thematisieren? Gibt es etwas, das mich davon abhält? Wie gehe ich damit um? Vermeide ich bestimmte Inhalte?
- Wie kann ich Kommunikationsbarrieren verhindern? Welche alternativen Kommunikationsmittel gibt es?
- Wie gehe ich damit um, wenn von den Kindern und Jugendlichen mit Behinderung keine Fragen kommen? Nutze ich dieses Verhalten, um mich aus der Verantwortung zu ziehen oder spreche ich von mir aus bedeutsame Inhalte an?

(vgl. Ortland 2008, 88)

Aus der Reflexion der eigenen Einstellung resultieren dann folgende Fragen:

- Wo liegen meine Grenzen bei sehr körpernahem Verhalten?
- Welche erzieherischen Maßnahmen setze ich bei für mich störendem Verhalten ein?
- Wie verhalte ich mich selbst in körpernahen Unterstützungs- oder Pflegesituationen?

(vgl. Ortland 2008, 89)

Durch die Eltern sollten Bewusstmachung, Versprachlichung und Reflexion von ersten sexuellen Erfahrungen erfolgen. Zudem sollten erste sexuelle Erfahrungen ermöglicht werden.

Eltern und Kinder müssen gegenseitig anerkennen, dass die Wahrnehmung von Wirklichkeit immer subjektiv und individuell sinnvoll ist. Zudem sollten die unterschiedlichen geschlechtsspezifischen Wahrnehmungen akzeptiert werden. Kommunikation spielt hierbei eine große Rolle. Beim Erlernen kommunikativer Kompetenzen, um das eigene Erleben offen mitteilen zu können und somit eine geeignete Grundlage für eine Partnerschaft zu erhalten, müssen die Kinder und Jugendlichen unterstützt werden.

Eltern sollten lernen zu vertrauen und Zutrauen zu haben, dass die Kinder und Jugendlichen eigene Gedanken und Gefühle haben und diese auch mitteilen können. Sie sollten dabei unterstützt werden, sich auch gegen gesellschaftliche Konventionen und Zwänge zu behaupten. (vgl. Ortland 2008, 92)

Bei der Betreuung von Menschen mit geistiger Behinderung und dem Umgang mit ihrer Sexualität muss allen Betreuenden Personen also klar sein, dass eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität unumgänglich ist. Der Dialog mit den Kindern und Jugendlichen sollte gesucht, sowie Unterstützung angeboten werden. Nur so kann Sexualbildung funktionieren.

### **4.3 Handlungsprinzipien**

Im vorangegangenen Kapitel wurde die Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biographie für Eltern und Betreuer beschrieben. Diese Auseinandersetzung ist wichtiger Bestandteil, um Mädchen mit geistiger Behinderung eine behinderungsspezifische und umfassende Sexualbildung zu gewährleisten.

Allgemein lässt sich sagen, dass Eltern in dreifacher Hinsicht Kompetenzen entwickeln müssen, um ihren Kindern helfend zur Seite zu stehen: als emotionale Kompetenz, durch reflexive Bewältigung der eigenen emotionalen Situation, als kognitive Kompetenz, durch Erarbeitung von pädagogischem und diagnostischen Handlungswissen und Fachwissen, sowie als soziale Kompetenz, die sich sowohl auf den Umgang mit sozialen Netzwerken, wie beispielsweise Einrichtungen der Behindertenhilfe, als auch auf die Beziehungsgestaltung in der Familie richtet. (vgl. Ziemen 2001 zit. n. Jantzen 2002, 354)

Der Erfolg sexualpädagogischer Initiativen hängt bei Menschen mit Behinderung sehr stark von der Art der Vermittlung ab. So z.B. bei der Auswahl geeigneter Methoden für ein sexual-

pädagogisches Projekt oder beim Sprechen über Sexuelles in einem Beratungs- oder Aufklärungsgespräch. Hierbei hat sich die Beachtung folgender Prinzipien nach Specht und Walter (2007) bewährt:

- durch die Verwendung leichter Sprache können Gespräche vereinfacht werden,
- durch die Bevorzugung spielerischer Methoden kann Sexualbildung lebendig gestaltet werden,
- durch den Einbau kreativer Elemente können alle Sinne mit einbezogen werden,
- durch den Einsatz von Bildern und Zeichen kann Sexualbildung veranschaulicht werden,
- die Verwendung von Gegenständen zum haptischen Erleben macht Sexualbildung be“greif“bar
- durch Wiederholungen wird das Erlernte behalten.

(vgl. Specht, Walter 2007, 309-310)

Sexualpädagogik bedarf demnach viel Zeit und Vorbereitung. Verschiedene Kompetenzen sind dafür erforderlich: Fachkompetenz, Methodenkompetenz und Selbstkompetenz.

Die Fachkompetenz sollte fundiertes Wissen beinhalten. Die Methodenkompetenz hingegen behinderungsspezifische und methodisch-didaktischen Fähigkeiten umfassen. Auch die Selbstkompetenz, welche die Überprüfung der eigenen Wertvorstellungen und Standpunkte umschreibt, sind wichtig um Selbstbestimmungsprozesse angemessen und kompetent begleiten zu können und reflektiert zu handeln. Zum Erwerben der beschriebenen Kompetenzen können sexualpädagogische Qualifizierungen einen entscheidenden Beitrag leisten. Inzwischen werden praxisorientierte Weiter- und Fortbildungen für SozialpädagogInnen vom Institut für Sexualpädagogik, von Pro Familia und von einigen Einrichtungen der Behindertenhilfe angeboten. (vgl. Specht, Walter 2007, 310)

Ein weiteres wichtiges Thema, wenn es um die Auseinandersetzung und Normalisierung der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung geht, ist die Sexualbegleitung.

In der Sexualbegleitung wird zwischen passiver und aktiver Sexualbegleitung unterschieden. Passive Sexualbegleitung beinhaltet neben alltäglichen Dingen wie der Hilfe beim auftragen von Make up oder dem Aussuchen von Klamotten, auch die sexuelle Aufklärung und Ermöglichung von Begegnungen mit Freunden oder Partnern. Die aktive Sexualbegleitung, auch

Sexualassistenz genannt, beinhaltet sexuelle Massage, Handbefriedigung und Geschlechtsverkehr. Es handelt sich bei den SexualbegleiterInnen allerdings um ausgebildete TherapeutInnen, die speziell auf die Bedürfnisse von Menschen mit körperlicher und geistiger Behinderung geschult sind. Bei der aktiven Sexualbegleitung soll es insbesondere um Hilfe zur Selbsthilfe gehen. Wege zur Selbstbefriedigung werden aufgezeigt und Sexual- und Kontaktberatung erfolgen.

Eltern und/oder PädagogInnen bringen Menschen mit geistiger Behinderung alltägliche Handlungsabläufe bei und wissen dabei um die besonderen Bedürfnisse und Ansprüche, die die geistige Behinderung mit sich bringt. Geht es allerdings um Körperpflege und Handlungen im sexuellen Bereich, fällt es aufgrund von Schamgefühlen schwer, dem geistig behinderten Menschen diese beizubringen und zu erklären. (vgl. Krenner 2003, S. 35) Dabei ist die Hilfe in diesem Bereich genauso wichtig, wie Hilfe bei alltäglichen Handlungen. Unterstützte Kommunikation mit Gebärden oder Bildkärtchen zeigen beispielsweise wie mit einem Buntstift gemalt wird, keine dieser Hilfsmittel zeigt jedoch, wie ein Mädchen onanieren kann oder ein Junge seine Genitalien richtig wäscht.

Bei aktiver und passiver Sexualbegleitung sollte deswegen nicht eine therapeutische Intervention oder ein pädagogischer Auftrag im Vordergrund stehen, sondern die Tatsache, dass es darum geht, die Befriedigung eines Grundbedürfnisses zu ermöglichen. Nämlich ausgelebte Sexualität. (vgl. Krenner 2003, 121) Zum Einen muss es dafür darum gehen, Eltern und PädagogInnen in Bereichen der Sexualbildung aus- und weiter zu bilden. Zum Anderen sollten Einrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung sowohl konzeptionell als auch baulich so umgestaltet werden, dass das Entstehen von Partnerschaften möglich wird. Hierfür ist die Zusammenarbeit von Trägern und Einrichtungen, PädagogInnen und Eltern erforderlich. (vgl. Krenner 2003, 34)

Um dem Normalisierungsprinzip gerecht zu werden, muss es Menschen mit Behinderung möglich sein auch Sexualität möglichst „normal“ zu leben. Sexualbegleitung wird dann nötig, wenn es einem Menschen nicht möglich ist, seine Sexualität auszuleben oder zu erfahren. (vgl. Krenner 2003, 46)

## **5. Kurzer Ausblick**

---

Die Universität Rostock führt zurzeit gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Studie zu dem Thema „Entwicklung, Evaluation und Veröffentlichung eines Prä-

ventionsprogramms gegen sexualisierte Gewalt bei Mädchen mit geistiger Behinderung“ durch. Der Titel der Studie lautet: „Emma unantastbar“. Im Anhang ist die dazugehörige Kurzinformation beigelegt.

Ziel der Studie ist es, ein Präventionsprogramm zu entwickeln, dieses zu evaluieren und dann im deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen. Der Abschluss des gesamten Projekts ist für August 2015 geplant. Geleitet wird die Studie von Wencke Chodan, Olaf Reis und Frank Häßler.

Hintergrund der Studie ist die hohe Prävalenz an Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung von Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung.

Die Entwicklung des Programms erfolgt mithilfe von (inter-)nationaler Literatur und Materialien und unter Mithilfe von ExpertInnen. Zur Überprüfung der Durchführbarkeit des Programms wird zunächst eine Pilotstudie durchgeführt.

Das Präventionsprogramm zielt auf die Erkennung von potentiell gefährlichen Situationen und auf die Reaktion mit bestimmten Verhaltensweisen ab. Hierbei sollen die Mädchen lernen ihre Grenzen zu kennen und zu wahren, und dadurch ihr Selbstbewusstsein zu stärken. Das Programm besteht aus mehreren Modulen. Einige Module zielen auf das Erlernen von Sexual-, Missbrauchs- und Präventionswissen ab. Die meisten Module zielen auf die Ausübung der Konzepte in Rollenspielen, unter Anwendung von Elementen der Verhaltenstherapie, ab.

Sollte das Programm sich als wirksam erweisen, wird es in manualisierter Form einer breiteren Öffentlichkeit über einen halb-offenen Online-Zugang verfügbar gemacht.

(vgl. Kurzinformation: „Emma unantastbar“ 2013)

Diese Studie wird hoffentlich ein großer Fortschritt für die Arbeit mit der Sexualität von Menschen mit Behinderung und der Prävention von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung.

Einen weiteren Ausblick bieten Specht und Walter (2007): Die Anerkennung der Sexualität von Menschen mit Behinderung stehe heute nicht mehr im Fokus sexualpädagogischer Überlegungen. Vielmehr ginge es um Fragestellungen zur Umsetzung des ethnischen Rechtes auf Sexualität wie etwa Sexualbegleitung, Sexualassistenz oder Aspekte der Elternschaft von Menschen mit Behinderung. (vgl. Specht, Walter 2007, 309)

In den letzten Jahren haben sich im mittel- und norddeutschen Raum vorrangig Organisationen und Initiativen entwickelt, welche sich mit diesem Thema beschäftigen und zunehmend auch für Menschen mit geistiger Behinderung Sexualbegleitung als Dienstleistung bzw. Service anbieten. (vgl. Krenner 2003, 7) Im internationalen Vergleich liegt Deutschland da je-

doch eher hinten. Schaut man in die Skandinavischen Länder oder in die Niederlande und Belgien wird deutlich, dass die Sexualität von geistig behinderten Menschen dort kein Tabuthema und Sexualbegleitung Alltag ist. In unserer Gesellschaft ist Sexualbegleitung jedoch dreifach tabuisiert, denn sie vereint drei Themen, über die öffentlich nicht gerne diskutiert wird: Behinderung, Sexualität und Prostitution. (vgl. Krenner 2003, 31)

Die Tabuisierung von Sexualität und Behinderung durch die Gesellschaft intensiviert die Problematik für Eltern und PädagogInnen. Denn für sie wird es schwierig, sich Hilfe zu holen, wenn sexuelle Bedürfnisse der Menschen mit Behinderung nicht anerkannt werden. (vgl. Krenner 2003, 24)

Neben der grundsätzlichen Akzeptanz der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung müssen viele weitere Fragen geklärt werden. Die Ermöglichung sexueller Begegnung sowie deren Vertretung gegenüber Eltern oder gesetzlichen Betreuern ist Teil der Aufgabe, die PädagogInnen mit passiver Sexualbegleitung übernehmen müssen. (vgl. Krenner 2003, 44)

## 6. Fazit.

---

Mädchen mit geistiger Behinderung sind öfter von sexueller Gewalt betroffen, als Mädchen ohne Behinderung. Verschiedene Faktoren begünstigen sexuelle Gewalt an Menschen mit Behinderung und machen es den Tätern so leichter. Zum einen sind Menschen mit Behinderung durch ihre Intellektuellen und teilweise körperlichen Beeinträchtigungen oftmals nicht in der Lage sexuelle Übergriffe auf ihre Selbstbestimmung mitzuteilen, so werden viele Straftaten erst gar nicht erfasst, geschweige denn rechtlich geahndet. Hinzu kommt die erhöhte Abhängigkeit und Fremdbestimmung von Menschen mit Behinderung, die erhöhten Pflegebedarf und somit erhöhte Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre bedeuten. Zum anderen wollen Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung Liebe und Partnerschaft genau so erfahren, wie Menschen ohne Behinderung und werden durch ihre Liebesbedürftigkeit leichter zu Opfern.

Für die Arbeit mit Mädchen mit geistiger Behinderung ist es wichtig deren Sexualität als Grundbedürfnis wie das eines jeden anderen Menschen anzuerkennen. Aus der Anerkennung der Sexualität sollte auch die nötige Unterstützung folgen, die Menschen mit geistiger Behinderung auch im Bereich der Sexualität mehr oder weniger intensiv brauchen. (vgl. Krenner 2003, 121) Es ist also rechtlich gesehen die Pflicht von Eltern und Betreuern dem Menschen mit Behinderung Hilfe zu gewährleisten sofern er/sie diese benötigt.

Menschen mit geistiger Behinderung werden in unserer Gesellschaft vielfach stigmatisiert. Im Bereich ihrer Sexualität werden sie als triebbetont oder asexuell deklariert. Die Annahme einer Diskrepanz zwischen Lebensalter und Intelligenzalter führt dazu, dass Bezugspersonen den Jugendlichen oder Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung wie ein Kind behandeln und so eine „normale“ sexuelle Entwicklung verhindern.

Beim Vergleich der sexuellen Entwicklung von Kindern ohne und mit Behinderung wird deutlich, dass es bei Kindern mit Behinderung schon in der frühen Kindheit zu Problemen kommt, die eine hohe Sensibilität der betreuenden Personen erfordert. Die Diskrepanz zwischen körperlicher Reife und intellektueller Beeinträchtigung sorgt für Probleme in der psychosexuellen Entwicklung.

Die drei Phasen der Pubertät durchlaufen Jugendliche mit geistiger Behinderung ebenso wie Jugendliche ohne Behinderung. Die körperliche Reife eines Jugendlichen mit geistiger Behinderung entspricht meist der eines Jugendlichen ohne Behinderung gleichen Alters. Bei der psychischen und besonders bei der sozialen Reife kommt es allerdings zu Verzögerungen

aufgrund von kognitiven Einschränkungen. Die soziale Reife wird in einigen Fällen nie erreicht.

Menschen mit geistiger Behinderung haben das gleiche Bedürfnis nach Nähe und Partnerschaft wie Menschen ohne Behinderung. Außerdem sind sie, entgegen vieler Vorurteile, fähig Beziehungen einzugehen und zu führen. Sie brauchen dafür allerdings Unterstützung von Eltern und PädagogInnen, um diese Kontakte anzubahnen und zu pflegen. Das Ausleben der eigenen Sexualität in Beziehungen trägt zum Wohlbefinden bei und leistet einen großen Beitrag zur Normalisierung des Lebens von Menschen mit geistiger Behinderung.

Es muss von dem Gedanken abgerückt werden, Menschen mit geistiger Behinderung seien unfähig Familie zu Gründen und prinzipiell Beziehungen einzugehen. Stattdessen sollte es darum gehen, dem Mangel an spezifischer Assistenz und Beratung entgegenzuwirken und die, bei Menschen mit Behinderung oftmals ökonomisch prekäre, Lebenssituation zu verändern. (vgl. Jantzen 2002, 376)

Sexualerziehung ist sehr wichtig, wenn es um die Prävention von Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung geht. Aufgeklärte Kinder und Jugendliche werden seltener Opfer von sexuellen Übergriffen. Für die Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung braucht es behinderungsspezifische Konzepte, die auf die individuellen Bedürfnisse und Einschränkungen von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung eingehen.

Ziel und Möglichkeit der sexualpädagogischen Arbeit ist es, durch Information, Aufklärung und Beratung verantwortliches Handeln gegenüber sich selbst und anderen zu fördern. Sexualerziehung schafft ebenso Möglichkeiten zur Auseinandersetzung mit Grenzüberschreitungen, um für negative Auswirkungen von Ausgrenzungen und Entwertungen zu sensibilisieren. Für eine funktionierende Sexualerziehung müssen Eltern und PädagogInnen sich gut vorbereiten. Dafür ist, neben der Fach- und der Methodenkompetenz, die Selbstkompetenz nötig. Eine Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biographie ist für Eltern und PädagogInnen unumgänglich, um Kindern und Jugendlichen mit Behinderung die Sexualerziehung bieten zu können, die ihnen zusteht.

Die Sexualbildung von Mädchen mit geistiger Behinderung bietet einen umfassenden Schutz vor Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung. Aufklärung und Beschäftigung mit den oben genannten Themen können für die Mädchen eine hilfreiche Basis sein, wenn es zu übergriffigen Situationen kommt. Es bedarf allerdings einer hohen Sensibilität der Eltern und PädagogInnen, wenn Sexualbildung erfolgt.

Die Studie der Universität Rostock, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung, leistet große Arbeit im Fortschritt der Arbeit mit Mädchen mit Behinderung und ihrer sexuellen Selbstbestimmung. Es ist jedoch wichtig, dass ein Bewusstsein für dieses wichtige Thema in der Gesellschaft entsteht. Menschen mit geistiger Behinderung brauchen eine größere Lobby, wenn es um ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung geht.

Projekte für Sexualbegleitung und Sexualassistenz leisten in diesem Bereich wichtige Arbeit. Diese Form der Sexualbildung muss in Deutschland ausgebaut werden. Zudem muss das Thema Sexualbegleitung enttabuisiert werden, um Menschen mit geistiger Behinderung am gesellschaftlichen Leben, zu dem Sexualität, Liebe und Partnerschaft gehört, teilhaben zu lassen.

Die stärkste Grenze der Sexualbildung bei Mädchen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung familiärer Erziehung ist die immer noch stark vorhandene gesellschaftliche Tabuisierung des Themas Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung. Hinzu kommt die Unwissenheit der Gesellschaft, wenn es um die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung geht.

Menschen mit Behinderung haben ihre eigene individuelle Persönlichkeit und dazu gehört auch Sexualität. Es ist daher wichtig für Angehörige, Ärzte und PädagogInnen ein unbefangenes Verhältnis zur Sexualität geistig behinderter Menschen zu entwickeln und ihnen nach Möglichkeit ein selbstbestimmtes und erfülltes Sexualeben zuzugestehen. Die Unterstützung sollte sich immer an den Bedürfnissen, Möglichkeiten und unterschiedlichen Entwicklungsstufen jedes einzelnen Menschen orientieren.

Um die Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung am Leben in der Gesellschaft gewährleisten zu können, muss ihnen das Recht auf freie Entfaltung sexueller Beziehungen und vor allem das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung zugestanden werden. Dafür müssen Konzepte geschaffen werden, die es Menschen mit geistiger Behinderung ermöglichen ihre Sexualität zu leben. Wo sie an ihre körperlichen oder geistigen Grenzen stoßen, braucht es Hilfesysteme, die unterstützend eingreifen.

Besonders für Eltern von Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung ist es wichtig, dass sie an dem Punkt Hilfe bekommen, wo sie an ihre eigenen Grenzen stoßen.

Wenn es um die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung geht, muss der Gesellschaft klar sein, dass diese, so wie jeder Mensch, ein Recht auf Sexualität haben. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Teilhabe am Leben, im Sinne des Normalisierungsprinzips, gewährleistet wird.

Sexualbildung als Präventivmaßnahme für Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung, ist auch im Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit geistiger Behinderung unumgänglich. Stehen dem Menschen mit geistiger Behinderung ausreichende Mittel zur Verfügung, um seinen Hilfebedarf abzudecken, so ist er durchaus in der Lage ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Eltern und PädagogInnen haben hier die Aufgabe, als verlängerter Arm die Wünsche des Menschen mit Behinderung zu erfüllen. (vgl. Weingärtner 2013, 33)

## Literaturverzeichnis

---

### Printquellen:

ACHILLES, ILSE (2010): „Was macht ihr Sohn denn da?“ – Geistige Behinderung und Sexualität – 5. Auflage. – Ernst Reinhardt Verlag – München Basel.

BUNDESVEREINIGUNG LEBENSHILFE (HRSG.) (2005): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen – 4. Auflage – Juventa Verlag – Weinheim und München.

HAHN, MARTIN: Pädagogische Ansätze – Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.) (2002): Sexualität und geistige Behinderung – Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. – 5. Auflage. – Universitätsverlag C. Winter – Heidelberg, S. 110-127.

HENNIES, IRINA; SASSE, MATINA: Liebe, Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung – Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 65-77.

JANTZEN, WOLFGANG: Identitätsentwicklung und pädagogische Situation behinderter Kinder und Jugendlicher. In: Sachverständigenkommission 11. Kinder- und Jugendbericht (Hrsg.) (2002): Band 4 – Gesundheit und Behinderung im Leben von Kindern und Jugendlichen – Verlag Deutsches Jugendinstitut – München, S. 317-394.

KRENNER, MONIKA (2003): Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung – Tectum Verlag – Marburg.

MATTKE, ULRIKE: Das Selbstverständliche ist nicht selbstverständlich. Frage- und Problemstellungen zur Sexualität geistig behinderter Menschen. In: Wüllenweber, Ernst (Hrsg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung – Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 46-64.

NIEHOFF, ULRICH: Fremdbestimmung. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung – Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 125.

ORTLAND, BARBARA (2008): Behinderung und Sexualität – Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik – Verlag W. Kohlhammer – Stuttgart.

REUTHER-DOMMER, WALTA; DOMMER, ECKHARD (2004): „Ich will Dir erzählen...“ – Geistig behinderte Menschen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung – Neuauflage der Ausgabe von 1997. – Psychosozial- Verlag – Gießen.

SIELERT, UWE: Sexualpädagogik und Sexualerziehung in Theorie und Praxis. In: Schmidt, Renate-Berenike; Sielert, Uwe (Hrsg.) (2013): Handbuch – Sexualpädagogik und sexuelle Bildung – 2. Auflage. – Beltz Juventa – Weinheim und Basel, S. 41-54.

SPECHT, RALF; WALTER, JOACHIM: Sexualpädagogik. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung – Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 309-310.

SPECK, OTTO: Geistige Behinderung. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung – Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 136-137.

SPECK, OTTO: Selbstbestimmung. In: Theunissen, Georg; Kulig, Wolfram; Schirbort, Kerstin (Hrsg.) (2007): Handlexikon Geistige Behinderung – Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik – W. Kohlhammer GmbH – Stuttgart, S. 300-302.

STEENGRATE, KATRIN (1995): Wir träumen nicht anders – Lebenswelten und Identitätsstrukturen junger behinderter Frauen – Wissenschaftliche Reihe; Band 66 – Kleine Verlag – Bielefeld.

WALTER, JOACHIM: Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.) (2002): Sexualität und geistige Behinderung – Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. – 5. Auflage. – Universitätsverlag C. Winter – Heidelberg, S. 160-173.

WALTER, JOACHIM: Übergriffe auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.) (2002): Sexualität und geistige Behinderung – Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. – 5. Auflage. – Universitätsverlag C. Winter – Heidelberg, S. 414-420.

WEINGÄRTNER, CHRISTIAN (2013): Schwer geistig behindert und selbstbestimmt – Eine Orientierung für die Praxis – 3. Auflage. – Lambertus-Verlag – Freiburg im Breisgau.

### Internetquellen

BMFSFJ - BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND (2008): Abschlussbericht – Projekt: Selbst – Stärkung des Selbstbewusstseins für behinderte Mädchen & Frauen (§ 44 SGB IX) – BMFSFJ - Berlin  
< <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationen,did=121214.html> >  
(Stand: 23.03.09) (Letzter Zugriff: 03.07.13).

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung

Studienleitung	Studienzentrum München	Studienzentrum München
Prof. Dr. med. habil. F. Häßler	Frau I. Deschler	Dr. med. M. Sobanski
Klinikdirektor	Geschäftsleitung	Oberarzt
ZN KJPP	Wildwasser München e.V.	Heckscher-Klinikum gGmbH
Gehlsheimer Straße 20	Nymphenburgerstr. 147	Deisenhofener Straße 28
18147 Rostock	80634 München	81539 München
Tel.: 0381-494-4611	Tel.: 089-30647918	Tel.: 089-9999-0
Fax: 0381-494-4612	Fax.: 089-523145 57	Fax.: 089-9999-1111
E-Mail: frank.haessler@med.uni- rostock.de	Email:  deschler.wildwasser@t- online.de	Email: <a href="mailto:mar-tin.sobanski@heckscher-klinik.de">mar- tin.sobanski@heckscher- klinik.de</a>

### **Emma unantastbar! – eine Kurzinformation**

Entwicklung, Evaluation und Veröffentlichung eines Präventionsprogramms

gegen sexualisierte Gewalt bei Mädchen mit geistiger Behinderung

Wir beabsichtigen mit diesem Vorhaben ein vom BMBF gefördertes Projekt umzusetzen, in dem ein Trainingsprogramm entwickelt und evaluiert werden soll, das das Risiko für Mädchen mit geistiger Behinderung (GB) senkt, Opfer von sexuellem Missbrauch zu werden.

Unser Ziel ist es also, ein Präventionsprogramm (1) nach dem neuesten Stand der Forschung und Praxis zu entwickeln, (2) es zu evaluieren und (3) im deutschsprachigen Raum zugänglich zu machen. Der Abschluss des gesamten Projekts ist für August 2015 geplant.

Ad 1) Das Programm soll mithilfe der Hinweise internationaler Literatur (es existieren 12 englischsprachige Studien zur Prävention von sexuellem Missbrauch an Menschen mit GB, davon 4 zu Kindern; es existieren keine in Fachzeitschriften publizierten Studien aus Deutschland) und mithilfe nationaler Materialien und ExpertInnen entwickelt werden. Um bei der Entwicklung bisherige Erfahrungen von ExpertInnen auf diesem Gebiet einfließen zu lassen und um „das Rad nicht neu zu erfinden“, werden zu Beginn des Projekts Fokusgruppen durchgeführt, zu denen z.B. ExpertInnen zu den rechtlichen Grundlagen, VerfasserInnen von Büchern und Ratgebern zu dem Thema, ExpertInnen aus der Wissenschaft zu Fragen der Versuchsplanung und Randomisierung und VertreterInnen der Praxis, z.B. Selbstbehauptungstrainerinnen, eingeladen werden. Während und nach dem Zeitraum, in dem die Fokusgruppen zusammenkommen, wird das Material erstellt. Durch diese beständige interne und externe Prüfung während der Erstellung durch ProjektmitarbeiterInnen werden Fehler beseitigt und die Machbarkeit gesichert. So wird ein Programm entwickelt, das auf die spezifischen Besonderheiten der Zielgruppe eingeht und als Goldstandard im Feld gelten kann.

Zur Überprüfung der Anwendbarkeit und Verständlichkeit der Materialien und der Durchführbarkeit des Programms wird eine Pilotstudie durchgeführt. An dieser werden 15 Probandinnen teilnehmen, davon fünf an jedem Projektzentrum (Universitätsmedizin Rostock, Heckscher Klinikum München, Wildwasser München e.V.), um sicherzustellen, dass die Materialien und Methoden unabhängig von regionalen Besonderheiten und personellen Unterschieden durchführbar sind. Es wird dabei nicht das gesamte Programm durchlaufen; stattdessen werden die Probandinnen mit den Methoden und Materialien konfrontiert (Rollenspiele, Arbeitsblätter, Videoclips, Brettspiel, in situ Tests, etc.). Anschließend wird das Programm ggf. abgeändert.

Das Programm soll letztlich aus mehreren Modulen bestehen, die als ein Ziel die Verhaltenskette „Klassifizieren der Situation als potentiell gefährlich oder ungefährlich – Nein sagen – weggehen – berichten“ behandeln. Einige Module sind vorwiegend kognitiv und zielen auf das Erlernen von Sexual-, Missbrauchs- und Präventionswissen ab (z.B. Erlernen der korrekten Bezeichnung der Genitalien). Die Module, die den Hauptteil der Sitzungen ausmachen, sind jedoch vorwiegend behavioral und zielen auf die Ausübung der Konzepte in Rollenspielen ab. Hierbei finden Elemente der Verhaltenstherapie Anwendung.

Ad 2) Für die Evaluation werden 146 Mädchen mit leichter bis mittelgradiger Intelligenzminderung im Alter von 8-12 Jahren an Förderzentren und speziellen Schulen rekrutiert. Die Mädchen absolvieren das Präventionsprogramm bzw. ein Kontrollprogramm unter vergleichbaren Rahmenbedingungen. Das Präventionsprogramm zielt ab auf die Erkennung von potentiell gefährlichen Situationen und auf die Reaktion mit bestimmten Verhaltensweisen („prevention skills“). Insgesamt soll dabei das Selbstbewusstsein der Mädchen, ihre Grenzen zu wahren, gestärkt werden.

Die Medikation der Mädchen bleibt dabei unverändert.

Die Effekte des Trainings werden in einem kontrollierten Prä-, Post-, Follow-Up-Design mit Kontrollgruppe erhoben. Die multizentrische Studie wird an drei Institutionen in Deutschland durchgeführt (Universitätsmedizin Rostock, Heckscher Klinikum München, Wildwasser München e.V.). Es handelt es sich um eine experimentelle Studie (Randomized Controlled Trial, RCT) mit hinsichtlich Geschlecht, Alter und IQ angepassten Experimentalgruppen (Zweigruppen-Design: Interventionsgruppe vs. Kontrollgruppe). Weiterhin stellt diese Studie eine Längsschnittuntersuchung mit kontrolliertem Prä-Post-Follow-Up-Design dar. Die Mädchen werden per Zufall auf die Experimental- und Kontrollgruppe aufgeteilt. Die abhängigen Variablen (Präventionswissen, Präventionsverhalten) werden über vier messbare Größen operationalisiert, (a) Abfrage des Wissens über ein Brettspiel, (b) Verbal Report, (c) Rollenspiele und (d) Tests in möglichst realen Situationen (in situ Tests). Alle Messerhebungen werden protokolliert und auf Video aufgezeichnet.

Ad 3) Sollte sich das Programm als wirksam erweisen, wird es in manualisierter Form einer breiteren Öffentlichkeit über einen halb-offenen Online-Zugang verfügbar gemacht. Das Manual wird neben einer Zusammenfassung der internationalen und nationalen Studienlage (theoretischer Hintergrund) eine detaillierte Beschreibung jeder Trainingssitzung (Inhalte, Lehrmethoden) enthalten sowie ausführliche Abschnitte dazu, wie mit der Zielgruppe und besonderen Vorkommnissen/Problemen umzugehen ist. Im Anhang werden alle Arbeitsblätter, alle Skripten der Rollenspiele etc. gelistet.

Die beschriebene Lücke, die bisher zwischen Forschung und Praxis besteht, kann so geschlossen werden, da die wissenschaftlich gewonnenen Erkenntnisse einer breiteren Öffentlichkeit im Feld zugänglich gemacht werden und die EndnutzerInnen direkt angesprochen werden.

## **Datenerhebung**

### ▶ Brettspiel-Messungen

Das Sexual- und Präventionswissen wird über ein Brettspiel erfasst. Dies verfügt über einen höheren Aufforderungscharakter, eine erhöhte Vertrautheit und ein geringeres Abtraktionsniveau als Fragebögen, so wie von der Zielgruppe benötigt (Hoogeveen, Smeets & Lancioni, 1989). Die Probandinnen werden über ein Spielfeld geführt, in dessen Verlauf sie Fragen beantworten müssen (z.B. Benennen der Geschlechtsteile), für die sie jeweils Punkte erhalten.

### ▶ Verbal Report-Messungen

Den Probandinnen werden Vignetten (kurze Videoclips) gezeigt, auf denen der Beginn einer unangemessenen Situation zu sehen ist. Die Probandin wird gefragt, wie sie in einer solchen Situation reagieren würde (also ein "verbaler Report" der antizipierten behavioralen Reaktion). Die Antworten werden über etablierte strukturierte Interviews erhoben (Khemka 2000, 2005: Decision Making Video Scale; Tang und Lee 1999/Wurtele 1990: "What If" Situation Test).

### ▶ Rollenspiel-Messungen

Ähnlich wie im Training werden Rollenspiele durchgeführt. Eine Mitarbeiterin der Studie beginnt eine unangemessene Situation zu spielen, auf die die Probandin reagieren muss.

### ▶ In-Situ-Messungen

Bei in situ Tests wird in naturalistischen Settings, in denen sich die Teilnehmerinnen weder der Künstlichkeit der Situation noch der Evaluation bewusst sind, das reale Verhalten der Teilnehmerinnen auf einen verbal präsentierten Übergriffsversuch oder Trick beobachtet und aufgezeichnet. Die in situ Tests als Messmethode wurden in ihrer aktuellen Form von Miltenberger und Kollegen 1997 eingeführt, greifen aber auf ältere und bewährte Konzepte zurück (z.B. Wurtele, 1990). In situ Tests gelten mittlerweile als State of the Art bei der Erfassung von prevention skills (z.B. Lumley et al., 1998) und stellen den besten Kompromiss zwischen (1) realistischer Erhebung und damit ökologischer/externer Validität und (2) ethischen Erwägungen dar.

(Ad 1) Der Probandin ist nicht bewusst, dass eine Erhebung stattfindet; sie befindet sich in einer alltäglichen Situation, sodass eine Übertragung, z.B. von einem Labor hin zum Alltag, nicht mehr stattfinden muss. Obwohl Rollenspiele sich beim *Einüben* der Fertigkeiten bei Kindern mit GB als vielversprechend erwiesen haben (Tang & Lee, 1999), kann nicht darauf geschlossen werden, dass die Kinder die in den Rollenspielen gezeigten Fertigkeiten auf den Alltag übertragen können, wie die Studien von Lumley et al. (1997) und Miltenberger et al. (1998) im direkten Vergleich zeigten.

(Ad 2) Die Situation wird streng überwacht (Videokamera, zweiter Beobachter/Nähe der Trainerin, Nähe der Eltern) und der Ablauf der Untersuchung ist klar vorgegeben und begrenzt (z.B. ist Körperkontakt jeglicher Art untersagt; die Untersuchungsumgebung muss hell und ruhig genug sein, um auswertbare Videodaten zu erhalten). Der o.g. zweite Beobachter in der Nähe wird im Normalfall die Trainerin sein, sodass im Falle einer Aufwühlung der Probandin sofort im Anschluss eine fachkundige Beratung durch eine der Probandin bekannten Vertrauensperson möglich ist; ebenfalls werden sich die Eltern in der Nähe (aber außer Sichtweite) befinden und der Probandin nach Abschluss der Testung zur Seite stehen können. Sollte *entgegen der bisherigen Studienberichte* eine Probandin Ängste empfinden, befinden sich also sowohl die Eltern als auch professionelle Betreuung direkt vor Ort. Die Mädchen erhalten keine Rückmeldung über ihr Verhalten, erhalten aber die Möglichkeit, das Geschehene einer vertrauten Person zu berichten.

Szenarien für die in situ Tests werden aus einem kleinen Pool von Szenarien gezogen, der in den Fokusgruppen erstellt wird (z.B. „Schau mal, hier ist ein Foto von meinen Kaninchen. Magst du Kaninchen? Ich wohne gleich neben der Klinik, komm doch mit, dann kannst du sie dir anschauen und streicheln.“). Zu keinem Zeitpunkt kommt es zu einem Körperkontakt zwischen dem Mitarbeiter und der Probandin. Falls die Probandin dem geforderten Verhalten zustimmt, wie die Situation unverzüglich durch die Trainerin und /oder die Eltern unterbrochen, oder der Mitarbeiter nutzt eine der (zuvor festgeschriebenen) Entschuldigungen und verlässt den Raum. Falls die Probandin „nein“ sagt oder nonverbal ablehnt oder den Mitarbeiter bittet zu gehen, kommt er der Aufforderung sofort nach. Falls die Probandin weder verbal noch nonverbal reagiert, verlässt der Mitarbeiter nach einer vorgegebenen Zeit den Raum. Watson et al. (1992) empfahl eine Wartezeit von 15 Sekunden.

Im Bereich der Erwachsenen wurden bereits gute Erfahrungen berichtet; insgesamt lassen sich dazu drei Studien von der Arbeitsgruppe um Miltenberger finden (1998, 1999, 2007), die in situ Tests als eine Messmethode bei Probandinnen mit GB verwenden. Auch an Kindern wurde diese Methode bereits erfolgreich durchgeführt im Kontext von Entführungsprävention (z.B. Johnson et al., 2005). Alle Studien berichten über Durchführbarkeit, Validität und – unter günstigen Bedingungen – keine negativen Neben- oder Folgewirkungen. Die günstigen Bedingungen umfassen eine geringe Anzahl an in situ Tests pro Probandin und eine strenge Überwachung der Situation. Beide Bedingungen werden in unserer Studie streng eingehalten.

### **Welche Art ist der zu erwartende Nutzen?**

#### ► Eigennutzen (für die teilnehmenden Personen selbst)

Die Probandinnen sollten gemäß den Hypothesen nach Abschluss des Trainings über ein besseres Sexual- und Präventionswissen verfügen sowie über prevention skills, also Handlungsweisen, die in einer potentiell gefährlichen Situation das Risiko, sexuelle Gewalt zu erleben, senken bzw. im Anschluss an eine solche Situation die Berichterstattung und somit die Aufdeckung des Falls ermöglichen. Durch das im Design vorgesehene Training der Kontrollgruppe nach Abschluss der Evaluationsphase kommt dieser Nutzen allen Teilnehmerinnen zu Gute.

#### ► Gruppennutzen (zukünftig für gleich erkrankte Personen)

Die beantragte Studie soll über die reinen theoretischen Forschungsergebnisse hinaus auch einen konkreten klinischen Beitrag leisten, indem die Studie wichtige Erkenntnisse für eine effektive Missbrauchsprävention liefert und so wesentlich zum Schutz der Zielgruppe beiträgt. Wir gehen in unseren Hypothesen von einer Steigerung des Sexualwissens/der prevention skills durch die Teilnahme am Präventionsprogramm aus. Dennoch sind beide Ausgänge der Studie von essentieller Relevanz. Sofern das Präventionsprogramm in der Evaluation gute Effekte zeigt, ist dies ein erster valider Hinweis darauf, dass damit ein Schutz der Hochrisikogruppe ermöglicht wird. In diesem Fall wird das Manual nach Abschluss der Studie einer breiteren Öffentlichkeit kostenfrei zugänglich gemacht. Somit liefert

die Studie einen zukünftigen Gruppennutzen für andere Individuen mit GB. Sollte das Präventionsprogramm hingegen *keine* ausreichenden Effekte verursachen, weist dies darauf hin, dass ein Selbstschutz dieser Zielgruppe nicht ausreichend möglich ist und dass stattdessen andere Strategien erforderlich sind und dringend eingesetzt und evaluiert werden sollten (z.B. Veränderungen von Strukturen in Institutionen für GB). Dies ist natürlich auch bei einem positiven Ergebnis nötig, da direkte Arbeit mit potentiellen Opfern nur eine von mindestens vier ineinandergreifenden Präventionsansätzen darstellt (vgl. Brown, Hunt und Stein 1994).

► Fremdnutzen (für die Heilkunde bzw. die Wissenschaft)

Die Studie liefert in vielerlei Hinsicht einen wissenschaftlichen Fremdnutzen für das Verständnis von effektiver Prävention und validen Erhebungsinstrumenten. Die viel versprechenden in situ Tests werden erstmals in einer Stichprobe angewendet, deren Größe statistisch aussagekräftige Analysen erlaubt. Ebenfalls wird erstmalig der zusätzliche Effekt einer Booster-Session (Auffrischungssitzung) untersucht. Durch die Aufzeichnungen der abhängigen Variablen auf Video ist erstmalig die Beurteilung von unabhängigen RaterInnen möglich, die zudem mit den Ratings „abhängiger RaterInnen“ (z.B. TrainerInnen) verglichen werden können. Die Videoaufzeichnung ermöglicht zudem die Prüfung der Adhärenz der Messungen.

## Weiterführende Literatur

---

AMYNA E.V. (HRSG.) (2008): Sexualisierte Gewalt verhindern - Selbstbestimmung ermöglichen. Schutz und Vorbeugung für Mädchen und Jungen mit unterschiedlichen Behinderungen – München.

BECKER, MONIKA (2001): Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe. 2. Auflage. – Heidelberg.

ELMER, CORINA/FRIES, BRIGITTE/LIMITA, FACHSTELLE ZUR PRÄVENTION SEXUELLER AUSBEUTUNG VON MÄDCHEN UND JUNGEN (2008): Alles Liebe? Eine Geschichte über Freundschaft, Achtung und Gewalt – Luzern.

GERDTZ, MAIKE (2003): Auch wir dürfen NEIN sagen. Sexueller Missbrauch von Kindern mit einer geistigen Behinderung - Eine Handreichung zur Prävention – Heidelberg.

MARSCHNER, DANA (2005): Mädchen stark machen. Ideen, Anregungen und Möglichkeiten zur Selbstbehauptung. Übungsreihen für Geistigbehinderte: Lehrgang D, Lebenspraktisches Training – Heft D 2 – Dortmund.

FEGERT, JÖRG M. (HRSG.) (2007): Ich bestimme mein Leben... und Sex gehört dazu. Begleitband für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Wohnungseinrichtungen für geistig behinderte junge Frauen und Männer, deren Eltern sowie deren gesetzliche Betreuerinnen und Betreuer – Ulm.

FISCHER, ANJA/HOFMANN, INGE/ZIPPRICH, ANGIE/ARBEITSGEMEINSCHAFT FREIZEIT FÜR BEHINDERTE UND NICHTBEHINDERTE (HRSG.) (2011): Ich will, ich kann, ich darf! Stärkende Arbeit für Mädchen und Frauen mit "geistiger Behinderung" - Ein Handbuch für MitarbeiterInnen aus der Behindertenhilfe – 2. Auflage. – Neu-Ulm.

WILDWASSER WÜRZBURG E.V. (HRSG.) (2007): Anna ist richtig wichtig - Ein Bilder- und Vorlesebuch für Mädchen über sexuelle Gewalt – Köln.

### Zeitschriftenaufsätze:

BASTIAN, JANA (2007): "Mädchen stark machen!": Bericht über ein Präventionsangebot der Beratungsstelle Allerleirauh für Mädchen mit geistigen Behinderungen. In: Prävention, Themenheft: Menschen mit Behinderungen, Jg. 10, H. 1, S. 17-18.

MIDDENDORF, LENA; ZIESE, KATHRIN (2002): Mädchen mit Behinderungen zwischen Entsexualisierung und sexualisierter Gewalt. In: Prävention & Prophylaxe, Jg. 4, H. 1, S. 8-13.

ROBBERS, BERIT (2007): Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit geistiger Behinderung. Ein Plädoyer zur Enttabuisierung. In: Betrifft Mädchen, H. 4, S. 168-172.

### **Eidesstattliche Erklärung**

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Sarah Mc Donnell

Hamburg, den 22.08.2013