

**BACHELORARBEIT**

**Pflegerische Unterstützung bei der sexuellen  
Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen  
Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung in  
betreuten Einrichtungen**

---

Vorgelegt am 3. Juni 2019  
von **Julia Meyer**

---

1. Prüferin: Frau Prof. Dr. Miriam Tariba Richter
  2. Prüferin: Frau Natascha Hochheim
- 

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE  
WISSENSCHAFTEN HAMBURG**  
Department Pflege und Management  
Alexanderstrasse 1  
20099 Hamburg

### ***Danksagung***

*Hiermit möchte ich mich bei der Wohneinrichtung und der Mitarbeiterin bedanken, die sich bereit erklärt haben mich im Rahmen meiner Bachelorarbeit zu unterstützen.*

## **Abstract**

**Hintergrund:** Die Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung, sowie die damit einhergehende sexuelle Selbstbestimmung, wird in unserer heutigen Gesellschaft oft unzureichend verstanden und ist mit Vorurteilen behaftet. Obwohl im Grundrecht und der UN-Behindertenrechtskonvention entsprechende Rechte verankert sind, fällt es Bezugspersonen schwer, diese vollständig umzusetzen. Besonders Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung sind in der Pubertät mit ihrer sexuellen Entwicklung überfordert, weil die Diskrepanz zwischen Körper- und Intelligenzalter zu hoch ist und sie dadurch die körperlichen Veränderungen emotional nicht erfassen können.

**Zielsetzung:** Diese Arbeit soll nicht nur handlungsleitende Empfehlungen für die pflegerische Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung geben, sondern auch einen Beitrag zur Auflösung der (gesellschaftlichen) Stigmata leisten. Es soll Pflegenden, die in der vorhandenen Problematik involviert sind, die Unsicherheit im Umgang mit der Sexualität genommen werden, um der genannten Personengruppe durch Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnissen, eine aktive Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften, sondern auch um die Förderung der autonomen Lebensführung, sowie die gesellschaftliche und rechtliche Emanzipation. Dies beinhaltet die sexuelle Entfaltung persönlicher Bedürfnisse und Vorstellungen, den Schutz vor sexuellen Übergriffen und die sexuelle Gesundheit.

**Methodisches Vorgehen:** Um die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, PubMed und ERIC durchgeführt. Des Weiteren wurde ein exploratives Experteninterview geführt.

**Ergebnisse:** Die Pflege steht teilweise in einem Spannungsverhältnis mit der Sexualität. Bei der pflegerischen Unterstützung, in Bezug auf die sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in betreuten Wohneinrichtungen, gilt es vor allem einen offenen Umgang mit der Problematik herzustellen und durch eine personenzentrierte Haltung die Privatsphäre zu wahren, Bedürfnisse zu erkennen und Möglichkeiten für sexuelle Erlebnisse zu schaffen. Hierbei können externe Berater\*innen und Leitlinien unterstützend wirken.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>IV</b>
<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>V</b>
<b>1. Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2. Methodisches Vorgehen .....</b>	<b>4</b>
<b>3. Begriffsbestimmung .....</b>	<b>7</b>
3.1 Geistige Behinderung .....	7
3.2 Sexualität .....	9
3.3 Sexuelle Selbstbestimmung .....	10
3.4 Sexualität im Pflegealltag .....	11
<b>4. Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung bei geistiger Behinderung .....</b>	<b>13</b>
4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen sexueller Selbstbestimmung .....	13
4.2 Die sexuelle Entwicklung und die Auswirkungen .....	14
4.3 Sexuelle Bedürfnisse und Bedarfe .....	18
4.4 Sexueller Missbrauch und sexualisierte Gewalt .....	21
4.5 Einschränkungen der sexuellen Selbstbestimmung .....	22
<b>5. Diskussion und Ausblick der bisherigen Ergebnisse .....</b>	<b>25</b>
<b>6. Pflegerische Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung in betreuten Einrichtungen .....</b>	<b>29</b>
<b>7. Fazit .....</b>	<b>37</b>
<b>Quellenverzeichnis .....</b>	<b>VI</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>X</b>

## Abkürzungsverzeichnis

---

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
<b>BMFSFJ</b>	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
<b>BRK</b>	Behindertenrechtskonvention
<b>BzgA</b>	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
<b>GG</b>	Grundgesetz
<b>ICD</b>	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
<b>ICF</b>	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit
<b>KrPflAPrV</b>	Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe der Krankenpflege
<b>SGB IX</b>	9. Sozialgesetzbuch
<b>SGB XI</b>	11. Sozialgesetzbuch
<b>StGB</b>	Strafgesetzbuch
<b>WHO</b>	World Health Organization

## Tabellenverzeichnis

---

<b>Tabelle 1:</b> PIKE-Schema nach Behrens & Langer 2010, S.125.....	S.5
--	-----

## 1. Einleitung

*„Sexuelle Selbstbestimmung beinhaltet, dass (bewusste oder unbewusste) individuelle Entscheidungen für oder gegen verschiedenste Formen sexuellen Lebens durch das Individuum in der jeweils aktuellen Lebenssituation selbst getroffen werden“ (Ortland 2016, S.14).*

Die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit einer Behinderung ist in der Gesellschaft ein stark diskutiertes Thema, das weitestgehend vermieden und/oder tabuisiert wird (Bannasch 2002, S.63; Pfister et al. 2017, S.42). Über lange Zeit wurde dieser Personengruppe sexuelle Bedürfnisse abgesprochen. Vorurteile über Asexualität oder Falschzuschreibungen von sexuellen Trieben führten dazu, dass die freie Entfaltung ihrer Sexualität kaum realisierbar war. Historisch betrachtet hat die Gesellschaft Sexualität bei Menschen mit Behinderungen ignoriert und/oder abgesprochen. Auch nach der Eugenik-Bewegung des frühen 20. Jahrhundert, in der tausende von Menschen mit Behinderungen gegen ihren Willen sterilisiert wurden, bleiben ähnliche Institutionalisierungspraktiken und Diskriminierung bestehen, wodurch die Möglichkeit der sexuellen Selbstbestimmung und der normalen sexuellen Entwicklung eingeschränkt wird (Bannasch 2002, S.49; Rowe 2007, S.86).

Als unanfechtbar gilt das Grundgesetz, so auch für Menschen mit Behinderung. Aus den ersten beiden Artikeln des Grundgesetzes lässt sich das Recht auf Selbstbestimmung aus der Unantastbarkeit der menschlichen Würde (Art. 1 Abs. 1 GG) und dem Schutz der persönlichen Entwicklung und Freiheit (Art. 2 GG) ableiten. Da die Sexualität des Menschen eine wesentliche Eigenschaft der individuellen Persönlichkeit ausmacht, fällt dieser Aspekt ebenfalls unter den Schutz der persönlichen Freiheitsrechte. Erst durch die UN- Behindertenrechtskonvention (BRK), die 2008 in Kraft getreten ist, wurden *„eine Vielzahl spezieller, auf die Lebenssituation behinderter Menschen abgestimmte Regelungen“* (UN-Behindertenrechtskonvention 2008) getroffen. In den letzten Jahrzehnten hat sich, nicht nur aus der BRK, eine Bewegung entwickelt, die sich für die Rechte von Menschen mit Behinderung einsetzt. Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung wird seither viel diskutiert und soll von (Sozial)pädagog\*innen, Betreuer\*innen, (Heilerziehungs)pfleger\*innen und Eltern in allen Lebenslagen umgesetzt werden.

Menschen mit einer geistigen Behinderung stellen eine besondere Personengruppe dar, die einerseits nicht in der Lage sind ihre sexuelle Entwicklung richtig zu erfassen und andererseits mit vielen Einschränkungen hinsichtlich ihrer sexuellen Selbstbestimmung leben müssen (vgl. Fegert et al. 2006; Ortland 2008; Walter 2002). Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet nicht nur die freie Entscheidung über die Einwilligung bei sexuellen Handlungen, sondern gleichermaßen rechtlicher Schutz vor Übergriffen und/oder Sexualdelikten zu haben. Mehrere Studien zeigen, dass vor allem für Menschen mit geistiger Behinderung, insbesondere Frauen und Mädchen, ein hohes Risiko besteht Opfer sexueller Gewalt zu werden oder nach bereits erlebten Übergriffen erneut Opfer von sexueller Gewalt zu sein. (vgl. Fegert et al. 2006; Wissink et al. 2015; Schröttle & Hornberg 2014). Aufgrund lebenslanger, zum Teil struktureller Abhängigkeit geraten Menschen mit geistiger Behinderung in eine Situation, in denen ihr Recht auf sexuelle Selbstbestimmung nicht berücksichtigt wird (Bannasch 2002, S.64; Fegert et al. 2006, S.23).

Der Mangel an öffentlichen Diskussionen und Auseinandersetzungen der genannten Problematik führt dazu, dass Betroffene ihre Sexualität nicht ausleben können. Sexualität bedeutet in diesem Zusammenhang nicht nur der Geschlechtsakt, sondern impliziert die Vielfalt individueller Wünsche, Vorstellungen und Werte, die mit Beziehung, Partnerschaft und/oder Freundschaft in Verbindung gesetzt werden (Ortland 2008, S.16; WHO 2019). Die Unterdrückung sexueller Bedürfnisse kann, aus sexualwissenschaftlicher Sicht, nicht nur zu einer Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, sondern auch die Ursache vieler psychosomatischer Störungen und Erkrankungen sein (Bannasch 2002, S.42). Durch die daraus resultierende Inanspruchnahme medizinischer Leistungen werden *„weitaus größere Kosten verursacht als durch die Auflösung längst überholter Barrieren, die der Sexualität behinderter Menschen [...] im Wege stehen“* (Bannasch 2002, S.49 Auslassung: J.M.). Menschen mit geistiger Behinderung können in diesen Lebensbereichen ein erfülltes Leben führen, wenn sie die notwendige Unterstützung und Förderung bekommen. In einer qualitativen Studie zum Thema *Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung* wird von Betroffenen berichtet, dass Angebote und Unterstützungsleistung ihre sexuellen Bedürfnisse oftmals nicht erfüllen (Pfister et al. 2017, S.40). Aus diesen Gründen scheint es notwendig, dass alle Betroffenen das gleiche Ziel verfolgen und vor allem Vorurteile ablegen, sowie eine Akzeptanz gegenüber der Sexualität von Menschen Behinderungen entwickeln.

Ausgehend von der Konzeption der sexuellen Selbstbestimmung sollte jeder Mensch die Möglichkeit zu gelebter Sexualität haben. Dabei stehen in unterschiedlichen Lebensphasen auch unterschiedliche Bedürfnisse und Ausdrucksweisen im Vordergrund. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene müssen in der Zeit der Adoleszenz nicht nur körperliche Veränderungen bewältigen, sondern auch Entwicklungsaufgaben in unterschiedlichsten Bereichen lösen. Dazu gehören Themen wie die „*Körperlichkeit, Kontakt- und Beziehungsgestaltung, Lusterfahrung und der Umgang mit Fruchtbarkeit*“ (Bannasch 2002, S.103). Diese gilt es zu unterstützen und zu fördern, obgleich ein Mensch eine Behinderung hat oder nicht. Die Umsetzung von Gesetzen und die Unterstützung der sexuellen Entwicklung fällt allen Beteiligten, darunter Menschen mit einer Behinderung, Angehörigen, Betreuer\*innen, Mitarbeiter\*innen in Einrichtungen und dem Gesetzgeber, schwer (profamilia 2018, o.S.).

Jugendliche und junge Erwachsene mit einer geistigen Behinderung erfahren aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen Hindernisse und werden in der Entfaltung ihrer Sexualität in betreuten Einrichtungen eingeschränkt (Fegert et al. 2006, S.97) Aus diesem Grund spielt die Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen in betreuten Einrichtungen eine ausschlaggebende Rolle, wenn es um die Realisierung der sexuellen Selbstbestimmung geht. Im pflegerischen Alltag kommen Pflegekräfte in vielen Situationen mit dem Thema Sexualität in den Kontakt (Kleinevers 2004, S.49). In Anlehnung an das Aufgabenspektrum, welches sich aus dem Pflegebedürftigkeitsbegriff nach § 14 SGB XI ergibt, können Pflegenden als Mitarbeiter\*innen in Wohneinrichtungen/Pflegeheimen einen besonderen Beitrag leisten, indem sie die individuellen Bedürfnisse erkennen und Maßnahmen einleiten, Angebote anbieten und Freiräume schaffen, um sexuelle Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu erhalten, zu fördern und wiederherzustellen.

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Auflösung der vorhandenen Stigmata leisten und entwickelt handlungsleitende pflegerische Empfehlungen und Unterstützungsmaßnahmen zur Realisierung der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung. Es soll Pflegenden, die in der vorhandenen Problematik involviert sind, die Unsicherheit im Umgang mit der Sexualität genommen werden, um der genannten Personengruppe durch Berücksichtigung ihrer individuellen Bedürfnissen, eine aktive Teilhabe an der Gesellschaft zu ermöglichen. Dabei geht es nicht nur um die Erfüllung gesetzlicher Vorschriften, sondern auch um die Förderung der

autonomen Lebensführung, sowie die gesellschaftliche und rechtliche Emanzipation. Dies beinhaltet die sexuelle Entfaltung persönlicher Bedürfnisse und Vorstellungen, den Schutz vor sexuellen Übergriffen und die sexuelle Gesundheit.

Daraus ergibt sich die Fragestellung dieser Bachelorarbeit: *„Welche Unterstützung können Pflegende geben, um Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung sexuelle Selbstbestimmung in betreuten Wohneinrichtungen zu ermöglichen?“*

Um eine umfassende Skizzierung der Thematik zu ermöglichen, ist die Arbeit wie folgt aufgebaut: Das dritte Kapitel dient der Definition einiger für die Arbeit relevanter Begriffe. Die Begriffe geistige Behinderung, Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung stellen die Grundlagen der Arbeit dar. In diesem Zusammenhang wird das Spannungsverhältnis zwischen Sexualität und Pflege thematisiert. Das vierte Kapitel widmet sich der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung. Dabei soll vor allem auf Jugendliche und junge Erwachsene und wichtige Aspekte ihrer sexuellen Entwicklung und Bedürfnisse eingegangen werden. Außerdem sollen Fragen über Autonomie und Selbstbestimmung beantwortet werden. In diesem Kontext wird über sexuellen Missbrauch und sexuelle Gewalterfahrungen gesprochen. Die aus der Diskussion gewonnenen Erkenntnisse, werden im abschließenden Kapitel verwendet, um in eigener Transferleistung die pflegerischen Unterstützungsmöglichkeiten bei der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in betreuten Wohneinrichtungen zu identifizieren. In einige Kapitel werden Ergebnisse aus dem explorativen Expertinneninterview einfließen.

## **2. Methodisches Vorgehen**

Um die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit zu beantworten, wurde eine systematische Literaturrecherche in den Datenbanken CINAHL, PubMed und ERIC durchgeführt. Die Auswahl der Datenbanken kann dadurch begründet werden, als dass diese relevante pflegerische, medizinische, sowie (heil)pädagogische Literatur zum behandelten Thema enthalten. Um systematisch vorgehen zu können, wurde die Fragestellung mit Hilfe des PIKE-Schemas operationalisiert (Behrens & Langer 2010, S.125). *Tabelle 1* zeigt die einzelnen Bestandteile der handlungsleitenden Fragestellung, die als Grundlage für die Bildung der Suchstrategie fungierten.

*Tabelle 1: PIKE-Schema nach Behrens & Langer 2010, S.125*

<b>Pflegebedürftige</b>	Jugendliche und junge Erwachsene mit einer geistigen Behinderung
<b>Intervention</b>	Pflegerische Unterstützung
<b>Kontrollintervention</b>	Keine Maßnahme
<b>Ergebnismaß</b>	Sexuelle Selbstbestimmung in betreuten (Wohn)Einrichtungen

Zunächst wurde die „Quick and Dirty“ Recherche mit den Suchbegriffen „Intellectual disability“ AND „sexuality“ AND „autonomy“ angewandt, um einen Überblick über die Thematik zu bekommen. Im weiteren Verlauf wurden die Suchbegriffe durch ein Entwicklungs- und Testset, sowie Begriffe aus anderer Literatur überarbeitet. Die dadurch priorisierten und angepassten Suchbegriffe wurden mit den Bool'schen Operatoren „AND“ und „OR“ verknüpft. Im Anhang 1, 2 und 3 werden die unterschiedlichen Suchstrategien in den Datenbanken dargestellt.

Für die Literaturlbasis dieser Theoriearbeit dienten Fachbücher, internationale Studien und Leitlinien. Darüber hinaus wurden die online Kataloge, Campus Kataloge, Beluga, sowie der Katalog der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg für eine Handrecherche benutzt. Im Schneeballverfahren konnte weitere Literatur hinzugezogen werden. Aus den Ergebnissen konnte zunächst durch Doppelungen, Sichtung des Titels und der Abstracts nicht relevante Artikel ausgeschlossen werden. Unter begründeter Darstellung wurden weitere nicht relevante Artikel und Studien durch Lesen des Volltextes ausgeschlossen. Anhang 4 stellt die Relevanzprüfung der identifizierten Literatur in Anlehnung an das PRISMA Flow-Chart dar. Eingeschlossene Studien wurden anhand von internationalen Checklisten und den Gütekriterien der qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden bewertet und beurteilt.

Um einen Zugang zum Thema zu erlangen, entschied sich die Autorin für ein exploratives leitfadengestütztes Expertinneninterview mit einer Mitarbeiterin einer betreuten

Wohneinrichtung. In der Wohneinrichtung leben Menschen ab dem 18. Lebensjahr mit geistigen und/oder körperlichen Behinderungen. Im Interview schildert die Mitarbeiterin, welche Erfahrungen sie mit dem Thema Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung gemacht hat und wie sie diese im Alltag unterstützt. Das halbstrukturierte Interview orientiert sich an der methodischen Vorgehensweise nach Meuser und Nagel (2002). Übertragen auf die Forschungsfrage soll das Ziel des Interviews sein, die sexuelle Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung über die Perspektive der Mitarbeiterin, die im ständigen Handlungszusammenhang mit den Betroffenen steht, besser zu identifizieren und zu verstehen. Mithilfe eines Interviewleitfadens konnte eine Reihe von Themen abgedeckt werden (Meuser & Nagel, 2002). Dafür wurden hauptsächlich offene Fragen verwendet, da die Befragte dadurch reichhaltigere und umfangreichere Informationen abgeben konnte. Außerdem kann davon ausgegangen werden, dass einige potentiell wichtige Themen beziehungsweise Antworten auf die Forschungsfrage nicht übersehen wurden (Bogner et al. 2014, S.27f). Durch das induktive Verfahren ließen sich, mittels der gewonnenen Daten, Rückschlüsse auf die Ergebnisse der Arbeit ziehen. Im Anhang 5 befindet sich das Informationsschreiben und die Einverständniserklärung als Blankovorlage.

Für die Analyse des Expertinneninterviews wurde es vollständig nach den Transkriptionsregeln von Kuckartz (2014) mit allen inhaltlichen und formalen Inhalten in Lautschrift transkribiert (Anhang 6). Die Datenanalyse erfolgte durch die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2015). Es wurde zu folgenden Themenbereichen Aussagen gesammelt: Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung, Barrieren/Hindernisse der sexuellen Selbstbestimmung, Bedürfnisse der Bewohner\*innen und Unterstützungsmaßnahmen. Die Ergebnisse des Interviews wurden in verschiedene Kapitel der Arbeit integriert. Da das Expertinneninterview nicht als empirisches Ergebnis gesehen werden kann, werden die analysierten Aussagen mit Literatur gestützt.

### 3. Begriffsbestimmung

Dieses Kapitel dient der Einführung in die Thematik, um ein für die Arbeit relevantes Vorverständnis von den Begriffen geistige Behinderung, Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung zu bekommen. In diesem Zusammenhang werden unterschiedliche Definitionen und rechtliche Rahmenbedingungen ausgearbeitet.

#### 3.1 Geistige Behinderung

Der Begriff "geistige Behinderung" ist mehrdeutig und kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Schallenkammer (2016) kritisiert, dass der Begriff immer noch stigmatisierend definiert wird und sich größtenteils an der Abweichung von der Norm orientiert (Schallenkammer 2016, S.17). Ein Beispiel ist die Definition nach dem Klassifikationssystem, der *International Classification of Disease and Related Health Problems* (ICD-10), die Behinderung am Grad der Intelligenzleistung anhand standardisierter Testverfahren bestimmt (ICD-10 2019). Da sich diese Arbeit nicht auf das gegenwärtige Funktionsniveau eines Menschen bezieht und Aspekte der intellektuellen Fähigkeiten und der sozialen Anpassung miteinfließen sollen, wird die rechtliche Definition aus dem 9. Sozialgesetzbuch (SGB IX) angewandt. Im § 2 Abs.1 liefert das Gesetzbuch eine Begriffsbestimmung von Menschen mit Behinderungen:

*„Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht“ (§ 2 Abs.1 SGB IX).*

Die *International Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit* (ICF) ist die deutschsprachige Fassung des übergreifenden Konzeptes der funktionalen Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO), welche im Oktober 2005 veröffentlicht wurde. Additional zum Sozialgesetzbuch definiert die ICF Behinderung, in einem dreistufigen Modell ebenfalls über die gesellschaftliche Teilhabe einer Person. Es ist besonders hervorzuheben, dass in der überarbeiteten Auflage von 2001, die benutzen Begriffe Schädigung (impairment), Fähigkeitsstörungen (activity limitations) und (soziale)

Beeinträchtigung (participation restrictions) durch die ressourcenorientierten Begriffe wie Körperfunktionen- und Strukturen (functioning), Aktivitäten (activities) und Teilhabe (participation) abgelöst wurden (ICF 2005, S.23f). Dies war ein wichtiger Schritt, um Menschen mit Behinderungen nicht an ihren Defiziten zu bemessen, sondern den Fokus darauf zu legen, welche Stärken sie in ihrem alltäglichen Leben haben.

In beiden Definitionen wird hervorgehoben, dass sich eine (geistige) Behinderung am Grad der gesellschaftlichen Teilhabe misst. Körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen werden erst dann als Behinderung angesehen, wenn die Partizipation am gesellschaftlichen Leben beeinträchtigt ist. Die Anteilnahme in allen Lebensbereichen ist essentiell und trägt maßgeblich zur Lebensqualität und zur persönlichen Entwicklung eines jeden Menschen bei. Ein wichtiger Aspekt ist, die Teilhabebeeinträchtigung, die sehr individuell ausfallen und den Menschen, bei gleicher Funktionsbeeinträchtigung, unterschiedlich stark betreffen kann (ICF 2005, S.27). Diese Annahme unterstreicht die Definition der WHO in ihrer ICF gleichermaßen, in der durch das bio-psycho-soziale Modell unterschiedliche Ausprägungen der Funktionsfähigkeit dargestellt werden können (ICF 2005, S.4) . Dieser Ansatz ermöglicht einen umfassenden Blick auf die Beeinträchtigungen eines Menschen mit einer Behinderung.

Die Erscheinungsformen einer geistigen Behinderung lassen sich unterschiedlich kategorisieren. Wie bereits erwähnt klassifiziert die ICD-10 Behinderung nach dem Intelligenzquotienten (vgl. ICD-10 2019). Neuhäuser et al. (2013) unterteilt die Formen hingegen in den zeitlichen Verlauf ihrer Ursachen in pränatal, perinatal und postnatal (Neuhäuser et al. 2013, S.65f). Zu den bekanntesten und häufigsten Syndromen gehört das Down-Syndrom (Trisomie 21), die Autismus-Spektrum-Störungen oder das Cri-du-chat-Syndrom (ebd.).

In Deutschland gib es derzeit keine genauen Daten über die Prävalenz von Menschen mit geistiger Behinderung. Das liegt mitunter daran, dass das statistische Bundesamt mehrere Behinderungen zusammenfasst. Schätzungsweise sind dementsprechend 2% der deutschen Bevölkerung von zerebralen, geistigen und/oder seelischen Behinderungen betroffen (Statistisches Bundesamt 2019). Des Weiteren werden in Studien unterschiedliche Definitionen von Menschen mit Behinderungen benutzt, sodass die Einschlusskriterien weit auseinander gehen. In einer größeren Meta-Analyse von Maulik et al. (2011) lassen sich Schätzungen auf Basis von 52 Studien epidemiologischer Daten zwischen 1980 und

2001 ableiten. Aus diesen Ergebnissen wird von einer Gesamtprävalenz von 1,03% ausgegangen (Maulik et al. 2011, S.430). Abhängig vom Einkommen eines Landes ist in Ländern mit einem hohen Einkommen die Rate niedriger (0,92%) als in Ländern mit niedrigem Einkommen (1,64%). Im Kindes- und Jugendalter beträgt die Prävalenz 1,83%, die der Erwachsenen 0,49%. Auf Basis dieser Ergebnisse, kann davon ausgegangen werden, dass 0,5 bis 1,5% der Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine geistige Behinderung haben (ebd.).

### 3.2 Sexualität

Eine gängige Definition von Sexualität gibt es nicht. Dies liegt mitunter daran, dass Sexualität immer in einem Spannungsverhältnis zwischen der Individualität des einzelnen Menschen und der gesellschaftlichen Beeinflussung durch entsprechende Normen und Werte steht (Schallenkammer 2016, S.17). Die folgende Definition soll als Grundlage dienen, sich dem Begriff Sexualität, sowie die damit einhergehende sexuelle Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung zu nähern.

Sexualität im umfassenden Verständnis wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie folgt definiert:

*„Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships [...] Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors”*  
(WHO 2006 Auslassung: J.M.).

Diese Definition hebt die vielseitigen Facetten von Sexualität hervor und zeigt, dass Sexualität mit weitaus mehr verbunden ist als dem Geschlechtsakt. Sexualität ist ein wichtiger Bestandteil des Lebens, welcher das Verhalten, die Wünsche, Einstellungen, Glauben und Werte, bezogen auf Sex, Beziehungen und physische Intimität mit Anderen umfasst. Nicht ohne Grund wird in der Maslowischen Bedürfnispyramide Sexualität als ein Grundbedürfnis angesehen und mit anderen Grundbedürfnissen wie Essen, Trinken und Schlafen gleichgesetzt (vgl. Maslow 1943). Sexualität betrifft mehr oder weniger jeden Menschen und kann *„weitere Energien freisetzen [oder bei] Fehlen zu Bedrückung oder*

auch (Auto-) Aggressionen führen“ (Ortland 2016, S.14). Aus sexualwissenschaftlicher Sicht, kann die Unterdrückung von sexuellen Bedürfnissen nicht nur zur Beeinträchtigung der Lebensqualität, sondern auch zu psychosomatischen Störungen und Erkrankungen führen (Bannasch 2002, S.49).

Sexualität lässt sich in vier Dimensionen einteilen (Ortland 2008, S.16; Kossat 2018, S.1). Die Fortpflanzungsdimension beschreibt die Aspekte der Sexualität, welche in die reproduktive Phase eingeschlossen sind. Diese Dimension wurde lange Zeit als einziger Sinn der Sexualität gesehen. Die Lustdimension erfasst die „*kraftspendende Erfahrung von Lust und Leidenschaft bis hin zur Ekstase*“ (Ortland 2008, S.16). Die Beziehungsdimension ist essentiell für das Ausleben der Sexualität und umfasst (intime) Beziehungen mit anderen Menschen, sowie Gefühle von Wärme, Geborgenheit und Vertrauen. Die vierte Dimension ergibt sich aus den drei zuvor genannten und beschreibt den Erwerb von Identität durch sexuelle Erfahrungen (Kossat 2018, S.1f; Ortland 2008, S.16; Schmidt 2002, S.219f). Aus den individuellen Bedürfnissen ergeben sich die vier unterschiedlichen Dimensionen. Kossat (2018) argumentiert, dass Sexualität dann befriedigt ist, wenn mindestens eine Dimension erfüllt ist.

Hinsichtlich der Sexualität von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung ergeben sich zwei Fragestellungen, die in den folgenden Kapiteln beantwortet werden sollen. Welche sexuellen Bedürfnisse haben Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung bezogen auf die vier Dimensionen der Sexualität und welche Einschränkungen ergeben sich daraus? Sexualität und Selbstbestimmung findet vor allem zwischenmenschlich statt, hat aber auch eine gesetzliche Verankerung im Rechtssystem.

### **3.3 Sexuelle Selbstbestimmung**

Um ein Verständnis dafür zu erlangen, was sexuelle Selbstbestimmung ist, muss in diesem Zusammenhang zunächst der Begriff Selbstbestimmung definiert werden. Zinsmeister (2013) erklärt Selbstbestimmung wie folgt: „*Selbstbestimmung ist möglich, wenn eine Person über Entscheidungsoptionen verfügt, über diese Optionen sachgerecht informiert ist und die Gelegenheit zur Entscheidung erhält*“ (Zinsmeister 2013, S.53). Die Fähigkeit, „*aus freiem Willen heraus, das heißt ohne Zwang Entscheidungen zu treffen und sein Leben zu gestalten*“ (Zinsmeister 2013, S.53) vervollständigt letztendlich die Selbstbestimmung. Die Fähigkeit zur Selbstbestimmung hat eine Person dann, wenn sie

über Einsichtsfähigkeit verfügt, ihre Entscheidungen abwägen und den Willen wahrnehmbar artikulieren kann (ebd.).

Sexuelle Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht und wird durch das Grundgesetz, sowie dem Strafgesetzbuch deutlich positioniert. In Artikel 2 und 3 des deutschen Grundgesetzes wird eindeutig dargelegt, dass die freie Entfaltung der Persönlichkeit, und hierzu zählt ebenfalls das Ausleben der Sexualität, ein Recht für jeden Menschen darstellt (Artikel 2 GG). Ferner wird in Artikel 3 festgelegt, dass jeder Mensch gleich behandelt werden soll und Menschen mit einer Behinderung nicht benachteiligt werden dürfen (Artikel 3 GG). Auch das Strafgesetzbuch (StGB) gibt einen Handlungsspielraum für die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen. Der § 176 im StGB dokumentiert, dass ein sexueller Missbrauch an Kindern dann vorliegt, wenn jemand an Kindern unter 14 Jahren sexuelle Handlungen vornimmt oder vornehmen lässt (§ 176 StGB). Dadurch finden Kinder und Jugendliche nicht nur Schutz vor Strafdelikten, sondern können laut Gesetz erst ab dem 14. Lebensjahr über ihre Sexualität frei bestimmen.

Sexuelle Selbstbestimmung trägt maßgebend zur Lebensqualität und zur sexuellen Gesundheit bei. Laut WHO wird sexuelle Gesundheit als ein „*Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens*“ beschrieben (WHO 2019). Dieser Zustand kann nur gewährleistet, gefördert und beibehalten werden, wenn die Rechte aller Menschen geachtet, geschützt und erfüllt werden (ebd.). Sexuelle Selbstbestimmung im weiteren Sinne bedeutet, „*dass (bewusste oder unbewusste) individuelle Entscheidungen für oder gegen verschiedenste Formen sexuellen Lebens durch das Individuum in der jeweils aktuellen Lebenssituation selbst getroffen werden*“ (Ortland 2016, S. 14). Sexualität ist ein dynamisches Konstrukt, welches sich an die Lebenssituation und die Veränderung im Leben anpasst. Sexuelle Selbstbestimmung hat aus diesen Gründen einen hohen Individualitätsgehalt und ist von außen nicht klar erkennbar.

### **3.4 Sexualität im Pflegealltag**

Im letzten Kapitel soll abschließend erläutert werden, inwieweit Pflegende in betreuten Wohneinrichtungen zur sexuellen Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung Unterstützung leisten können. Aus diesem Grund ist es wichtig ein Verständnis für das Spannungsverhältnis zwischen Pflege und Sexualität zu entwickeln.

Im pflegerischen Alltag ist die Sexualität in vielerlei Hinsicht von wichtiger Bedeutung. Pflegende haben aufgrund der Art ihrer Tätigkeiten einen sehr intensiven und intimen Kontakt zu den Patient\*innen (Kleinevers 2004, S.49). Die Berührungen an intimen Körperstellen, das Eindringen in Körperöffnungen (z.B. Mund, Vagina oder Anus) oder den entblößten Körper bei der Körperpflege zu betrachten stellen einige körpernahe pflegerische körpernahe Tätigkeiten dar. Dabei überschreiten sowohl Patient\*innen, als auch die Pflegende immer wieder ihre eigenen persönlichen Grenzen und kommen sich sehr nahe (Neander 2014, S.47; Kleinevers 2004, S.49; Hofmann 2001, S.252). Hofmann (2001) führt aus, dass jeder Mensch seine eigenen Schamgrenzen hat „über die er nicht gerne hinausgeht bzw. wo er sich vor anderen zu schützen sucht“ (Hofmann 2001, S.251). In der pflegerischen Arbeit durch die Unterstützung der alltäglichen Lebensaktivitäten werden diese Grenzen von beiden Seiten jedoch regelmäßig unvermeidlich überschritten. Der Fachausdruck dafür heißt konstitutive Grenzüberschreitung (ebd.). Dort wo konstitutive Grenzüberschreitung in der Pflege stattfindet, können immer Schamgefühle entstehen. In der Pflege werden die körpernahen pflegerischen Tätigkeiten selten mit Sexualität in einen Zusammenhang gebracht, was aus Hofmanns (2001) Sicht einerseits positiv ist, weil pflegerische Tätigkeiten nicht sexualisiert werden. Andererseits wird die Tabuisierung des Themas dadurch gestärkt (Hofmann 2001, S.253).

Bereits aus den vorherigen Kapiteln lässt sich erschließen, dass Sexualität nicht nur auf den körperlichen Akt beschränkt werden kann, sondern ebenfalls mit Themen wie Identität, Geschlechterrollen und den eigenen Vorstellungen und Wünschen zu tun hat. Die professionelle Pflege orientiert sich an der Ganzheitlichkeit der Menschen und sorgt somit für eine optimale Pflege und Betreuung. Aus diesem Grund muss der Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege gelernt und im Umgang mit den Patient\*innen umgesetzt werden. In Neanders (2014) Ausführungen über den *Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege* wird deutlich, dass weder die verwendete Literatur für die Grundausbildung, noch die Pflegewissenschaft einen fördernden Beitrag zum Thema leistet, geschweige denn das Thema ausreichend bearbeitet und diskutiert wird (Neander 2014, S.34f und S.89f). Unbestreitbar ist jedoch, dass Pflegende im Alltag mit Sexualität und Intimität in Kontakt geraten. Vor allem in Langzeitbetreuungen gewinnt der Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung und Betreuung, eine wichtige Bedeutung.

## **4. Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung bei geistiger Behinderung**

In diesem Kapitel wird zunächst auf die rechtlichen Rahmenbedingungen sexueller Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung eingegangen. Darüber hinaus wird die sexuelle Entwicklung und ihre Besonderheit(en) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen dargestellt. Vor allem sollen die Belastungen, die daraus resultieren näher betrachtet werden. Des Weiteren wird analysiert, welche Bedürfnisse sie haben und auf welchen Ebenen Einschränkungen hinsichtlich ihrer sexuellen Selbstbestimmung auftreten. Zu diesen Aspekten fließen unter anderem die Aussagen aus dem explorativen Expertinneninterview mit ein.

### **4.1 Rechtliche Rahmenbedingungen sexueller Selbstbestimmung**

Es konnte bereits gezeigt werden, dass die meisten Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung über das Grundgesetz und das Strafgesetzbuch gesichert sind. Trotzdem gibt es weitere rechtliche Rahmenbedingungen, die besonders auf Menschen mit Behinderung zugeschnitten sind. Eine der wichtigsten Regelungen ist die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK), die 2008 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen (UN) verabschiedet wurde. Die BRK ist ein Übereinkommen, über die Rechte von Menschen mit Behinderungen und konkretisiert die Pflichten der Mitgliedsstaaten diese in besonderen Bereichen umzusetzen. Die Bereiche umfassen vor allem den Schutz der Würde, den Schutz der Privatsphäre und den Schutz vor Diskriminierung (UN-Behindertenrechtskonvention 2008). Unter anderem inkludiert die BRK ebenfalls Rechte zur sexuellen Selbstbestimmung. Die Rechte lassen sich in drei wesentliche Funktionen einteilen. Nach den englischen Begriffen „respect“, „protect“ und „fulfill“ umfassen die Funktionen der sexuellen Selbstbestimmung folgende erforderlichen Maßnahmen: Menschen mit Behinderungen sollen vor Fremdbestimmung geschützt werden. Dies umfasst hauptsächlich die Pflicht Eingriffe in die Privat- und Intimsphäre zu unterlassen, die körperliche und seelische Integrität zu schützen und nur in besonderen Fällen umfassendere Maßnahmen anzuwenden (respect). Ferner soll den Menschen Schutz vor Gewalt, Freiheitsberaubung und sexueller Ausbeutung gewährt werden (protect). Schlussendlich soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, ihre Rechte zu verwirklichen (fulfill) (Zinsmeister 2013, S.50; UN-Behindertenrechtskonvention 2008). Im Zusammenhang mit der sexuellen Selbstbestimmung und den rechtlichen

Rahmenbedingungen für Menschen mit geistiger Behinderung wird deutlich, dass eine Personengruppe dargestellt wird, die vor allem durch kognitive Defizite Unterstützung in ihrer sexuellen Selbstbestimmung brauchen. Zur sexuellen Selbstbestimmung bedarf es eine gesunde sexuelle Entwicklung, auf die im Folgenden eingegangen wird.

#### **4.2 Die sexuelle Entwicklung und die Auswirkungen**

In den Kapiteln 3.3 und 4.1 wird deutlich, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung haben. Inwieweit sie dieses Recht ausleben können hängt unter anderem von ihrer sexuellen Entwicklung ab. Die folgende Darstellung über die sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung lässt sich nicht auf alle Betroffenen übertragen, weil sich der Schweregrad der kognitiven Einschränkungen unterschiedlich stark ausprägt (Ortland 2008, S.35). Da in dieser Arbeit hauptsächlich auf das Jugend- und Erwachsenenalter eingegangen wird, soll das Ziel dieses Kapitels sein die Pubertät und den Übergang in das erwachsene Alter in den Fokus zu nehmen und die Besonderheiten herauszuarbeiten.

Egal ob mit oder ohne Behinderung, jeder Mensch durchläuft in seinem Leben eine Phase der sexuellen Entwicklung (Stirn et al. 2014, S.35). Dabei beginnt die sexuelle Entwicklung des Menschen bereits pränatal und vollzieht sich über das Säuglings-, Klein- und Schulkindalter bis hin zur Pubertät. Sie umfasst dabei wichtige körperliche Veränderungen, sowie die Entwicklung über das Verständnis der eigenen Geschlechtsidentität und der Festigung eigener Wünsche und Wertevorstellungen (ebd.).

Wenn davon ausgegangen wird, dass Jugendliche und junge Erwachsene keine körperlichen Einschränkungen, sondern ausschließlich eine geistige Behinderung haben, so kann angenommen werden, dass die Meisten der Betroffenen die gleichen körperlichen Veränderung erfahren wie Menschen ohne Behinderung (Walter 2002, S.164). Daraus lassen sich folgende Schlüsse für die Pubertät und das junge Erwachsenenalter ziehen:

Die körperlichen Veränderungen, die im Jugendalter eintreten, lassen sich durch die Pubertät, also der Geschlechtsreife kennzeichnen und umfassen vor allem die Hormonveränderungen, welche zur sexuellen Reifung und zum Körperwachstum führen. Der Beginn der Pubertät markiert die Aktivierung des hormonellen beziehungsweise des gonadotropen Systems (Konrad & König 2018, S.4). Durch die Hormonsekretion werden körperliche Prozesse im männlichen und weiblichen Körper in Gang gesetzt. Dabei spielt

die Sekretion von Sexualhormonen eine entscheidende, weil sie für die Ausbildung der primären und sekundären Geschlechtsorgane zuständig sind (ebd.).

Mit dem Eintreten der körperlichen Geschlechtsreife kommt es bei Mädchen zur ersten Menstruation und bei Jungen zum ersten Samenerguss. Durch mangelnde Aufklärung kommt es daher oft zu Überraschung und nicht selten zu Schamgefühlen, die zu Minderwertigkeitskomplexen führen können (Walter 2002, S.168). Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung sind aufgrund ihrer Entwicklungsverzögerung nicht in der Lage, ihre physiologischen Veränderungen kognitiv und emotional zu erfassen und die Diskrepanz zwischen Körperentwicklung und Intelligenzalter stellt folglich eine enorme Belastung dar (Ortland 2008, S.77; Walter 2002, S.164f). Walter (2002) benennt das Verstehen physiologischer Reifungs- und Entwicklungsschritte eine „*kompensatorische Konfliktverarbeitung*“ (Walter 2002, S.165), die Jugendlichen und junge Erwachsenen mit geistiger Behinderung weitaus schwerer fällt, als ihren Gleichaltrigen (ebd.).

Die körperlichen Veränderungen und der Umgang mit dem eigenen Körper spielen eine wichtige Rolle, wenn es um die sexuelle Entwicklung Jugendlicher und junger Erwachsener mit geistiger Behinderung geht. Wie bereits im Kapitel 3.2 beschrieben, bedeutet Sexualität nicht nur der Geschlechtsakt, sondern ist eng verbunden mit Vorstellungen und Werten, die ein Mensch entwickelt und vertritt. Die sexuelle Entwicklung umfasst über die körperlichen Veränderungen hinaus das Lösen von spezifischen Entwicklungsaufgaben. Robert James Havighurst war einer der ersten, der Entwicklungsaufgaben im Laufe der Lebensspanne definiert hat und wichtige Teilaspekte der sexuellen Entwicklung mit aufgreift (Eschenbeck & Knauf 2018, S.23). Dabei werden Entwicklungsaufgaben nach Eschenbeck & Knauf wie folgt definiert:

*„Entwicklungsaufgaben sind an das Lebensalter gebundene Anforderungen, die sich typischerweise jedem Individuum im Laufe seines Lebens stellen. Sie ergeben sich durch das Zusammenspiel biologischer Veränderungen des Organismus, Erwartungen und Anforderungen, die aus dem sozialen Umfeld an das Individuum gestellt werden, sowie Erwartungen und Wertvorstellungen seitens des Individuums selbst“* (Eschenbeck & Knauf 2018, S.24).

Die folgenden Entwicklungsaufgaben des Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind nach dem Grundkonzept nach Havighurst am bedeutsamsten und hinsichtlich der sexuellen Entwicklung besonders hervorzuheben:

- *„Neuere und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen*
- *Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechtsrolle*
- *Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektiven Nutzung des Körpers*
- *Vorbereitung auf Heirat und Familienleben*
- *Einen Lebenspartner finden*
- *Mit dem Partner zusammenleben lernen*
- *Gründen einer Familie“* (Eschenbeck & Knauf 2018, S.128ff)

Im Laufe der Entwicklung sollen Jugendliche und junge Erwachsene die Anforderungen der Entwicklungsaufgaben bewältigen. Dabei ist es wichtig Anforderungen nicht mit Belastungen gleichzusetzen. Eine Belastung entsteht nach Eschenbeck & Knauf (2018) erst, wenn das Individuum zu wenig oder keine Bewältigungsressourcen hat. Das kann auftreten, wenn Jugendliche z.B. intellektuellen und sozialen Kompetenzen zum Bewältigen der Entwicklungsaufgaben nicht erwerben konnten (Eschenbeck Knauf 2018, S.35).

Ortland (2008) argumentiert, dass das Bewältigen der beschriebenen Entwicklungsaufgaben Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung schwerer fällt als ihren Altersgenoss\*innen, gerade weil sie die Kompetenzen nicht erwerben konnten. Der Grund hierfür liegt in den häufig eingeschränkten verbalen kommunikativen Möglichkeiten der Betroffenen. Dadurch sind sie nicht in der Lage ihre Bedürfnisse auf adäquate Art und Weise zu äußern. Es kann dazu führen, dass Bezugspersonen die Bedürfnisse gar nicht erst erkennen oder dass sie diese als sexuelle Annäherung falsch interpretieren (Ortland 2008, S.76). Außerdem nimmt die paternalistische Fürsorge eine große Rolle ein. Durch die ständige Betreuung, Überbehütung und strukturelle Abhängigkeit kommt es zu vielfältigen Belastungen im affektiven Erfahrungsbereich, sodass der Aufbau der Geschlechterrollen negativ beeinflusst wird und je nach Schweregrad der Behinderung einen erheblichen Rückstand aufweisen kann (Ortland 2008, S.76).

Der Entwicklungsrückstand, der bei Missachtung sexueller Bedürfnisse und der Störung der sexuellen Entwicklung entstehen kann, bewirkt teilweise ein sexuelles Verhalten, welches dem Alter nicht entspricht. Durch die verzögerte Entwicklung des Schamgefühls kann es zu „*unangemessenem sexuellen Verhalten*“ (Holland-Hall & Quint 2016, S.4) kommen, bei dem die Betroffenen sexuelle Handlungen in der Öffentlichkeit vornehmen oder gegen Konventionen verstoßen. Dieses Verhalten umfasst öffentliche Masturbation, Ausziehen an öffentlichen Plätzen oder unerlaubtes Anfassen intimer Körperregionen fremder Personen (ebd.). Das von der Umwelt als wenig oder gar nicht schamhaft bewertete Verhalten ist jedoch nur ein Ausdruck von großen Irritationen und Unsicherheiten, bezogen auf die körperlichen Veränderungen und den richtigen Umgang mit diesen. Walter (2002) betont, dass viele sexuelle Auffälligkeiten auf nicht-sexuelle Motive zurückzuführen sind und eher Ausdruck einer Identitätskrise, sowie der schmerzhaften Erkenntnis „anders“ zu sein sind (Walter 2002, S.166). Die Identitätsfindung ist eng verbunden mit der Akzeptierung des eigenen Körpers. Die Beschäftigung mit dem eigenen Körper, dessen Aussehen und Gestalt, die Entwicklung der Geschlechtsmerkmale und der aufregenden Erfahrung sexueller Erregung fällt den Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung schwer. Das kann zu einem negativen Selbstbild führen und schlussendlich zu einer belastenden Situation, in der die Jugendlichen unterstützt werden müssen (Walter 2002, S.167).

Die sexuelle Entwicklung ist ein lebenslanger Prozess, daher ist es wichtig die sexuelle Entwicklung von Beginn an zu unterstützen. Vor allem Menschen mit geistiger Behinderung sind noch anderen Belastungen ausgesetzt. Die Pubertät stellt dabei eine ganz besondere Phase dar, in der Bezugspersonen Jugendliche mit geistiger Behinderung unterstützen müssen, die körperlichen Veränderungen emotional zu erfassen und die Entwicklungsaufgaben zu lösen. Die Belastungen zeigen nur ein Ausmaß dessen an, was verhindert werden kann, wenn Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung von Anfang an in ihrer sexuellen Entwicklung und Entfaltung unterstützt werden, ihnen auf Augenhöhe begegnet wird und ihre Bedürfnisse und Wünsche ernst genommen werden. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Pubertät ohnehin schon als eine Zeit gesehen wird, die von physiologischen, psychologischen und sozialen Entwicklungsprozessen geprägt ist und zusätzlich belastend für Menschen mit geistiger Behinderung ist.

### 4.3 Sexuelle Bedürfnisse und Bedarfe

Zunächst muss diesem Kapitel vorangestellt werden, dass, entgegengesetzt zu vielen Unterstellungen und Vorurteilen in der Öffentlichkeit und bei Bezugspersonen, Menschen mit Behinderung keine "besondere" Sexualität haben (Walter 2002, S.417). Die Vorstellung, Menschen mit geistiger Behinderung können aufgrund ihrer Abhängigkeit kein reifes, unabhängiges und mündiges Alltagsleben führen, korreliert mit der Assoziation, Menschen haben „*keine oder allenfalls kindliche Sexualität*“ (Walter 2002, S.417). Diese Vorurteile sind wissenschaftlich nicht belegbar und auch im Expertinneninterview spiegelt sich eine These wider: Menschen mit geistiger Behinderung sind nicht asexuell, sondern haben sexuelle Bedürfnisse, die sie gerne erfüllen möchten (B S.3 Z. 5 – 16; B. S.4 Z.1 – 10). Sie durchlaufen die gleiche sexuelle Entwicklung und sind in ihrer Sexualität individuell geprägt (vgl. profamilia 2018). Die Ausführungen bezüglich der Bedürfnisse können nicht genau benannt werden, weil diese weit auseinander gehen und individuell sind, trotzdem wird versucht diese im Ansatz darzustellen.

Dass Menschen mit geistiger Behinderung sexuelle Bedürfnisse haben, zeigt sich im Alltag mit den Bewohner\*innen der befragten Mitarbeiterin. Die Bewohner\*innen sind einerseits in der Lage ihre Bedürfnisse direkt anzusprechen, indem sie sich private Zeit einfordern oder um Unterstützung bitten. Andererseits zeigen sich die Bedürfnisse durch eigene Berührungen im Intimbereich bei der Körperpflege, bei Toilettengängen und beim Umziehen. Die Mitarbeiterin ist der Meinung, dass es bei den Bedürfnissen „*eher weniger um das Körperliche geht*“ (B.S.5 Z.40 – 47) und unterstützt damit die Annahme, dass Sexualität nicht nur mit dem Geschlechtsakt in Verbindung gebracht wird, sondern in verschiedenen Dimensionen erlebt werden kann. Die Beziehungsdimension, also vor allem die Anerkennung und Wertschätzung einer Person, stellt für die Bewohner\*innen einen wichtigen Teil ihrer Sexualität da (B.S.5 Z.40 – 47).

In einem systematischen Review, in dem 23 Studien aus den Jahren von 2006 bis 2016 eingeschlossen sind, werden zwei Fragestellungen umfassend diskutiert. Es wurde einerseits danach gefragt welche Erfahrungen Menschen mit Behinderung (bezogen auf das Ausleben der Sexualität) gemacht haben und wie sich diese wahrgenommen haben. Andererseits wurde nach Wünschen und Bedürfnissen (bezogen auf die Aufklärung und Unterstützung) gefragt und wie die Betroffenen hiermit umgehen. Die Ergebnisse schließen fünf Themenbereiche ein, in denen Menschen mit geistiger Behinderung Bedürfnisse entwickelt haben: Autonomie, Wissen und Sexualität, Selbstbestimmung und

Kontrolle, Beziehungen und Intimsphäre, Förderung/Ermutigung und Unterstützung (Brown & McCann 2018, S.8).

Betroffene wünschen sich in ihrem sexuellen Leben mehr Autonomie und hegen den Wunsch beziehungsweise das Bedürfnis, eigene Entscheidungen bezüglich des sexuellen Lebens zu treffen zu können (Brown & McCann 2018, S.8). Des Weiteren äußern Menschen mit geistiger Behinderung den Wunsch ihr Bedürfnis nach intimen Beziehungen und sexuellen Vorstellungen mit Unterstützung durch das Personal verfolgen zu können. Hierbei spielen vor allem die Aufklärung und Beratung zu sexuellen Themen eine wesentliche Rolle für die Betroffenen, um Beziehungen eingehen zu können und sexuell aktiv zu sein. Außerdem wird berichtet, dass Schwierigkeiten, die in einer Beziehung auftreten, thematisiert werden sollten. Ferner wird das Bedürfnis nach einer Vertrauensperson geäußert, die sich ein Thema annehmen kann und die Betroffenen in verschiedenen Anliegen unterstützt.

Das Bedürfnis nach Beziehungen und Intimität ist auf jeden Fall vorhanden, äußert sich aber unterschiedlich. Manche sehen dieses Bedürfnis in einer partnerschaftlichen Beziehung als befriedigt an, andere in Freundschaft oder in der Nähe zu einer anderen Person (Brown & McCann 2018, S.10; Pfister et al. 2017, S.19). In der qualitativen Studie zur *Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigung* von Pfister et al. (2017) wird in Interviews deutlich, dass es den Betroffenen in einer Partnerschaft vor allem um das Vertrauensverhältnis zu einer anderen Person geht. Damit unterstreicht Pfister et al. (2017) die Aussage der Mitarbeiterin aus dem Interview. Brown & McCann (2018) fügen hinzu, dass Menschen mit geistiger Behinderung, die zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Beziehung waren, den Wunsch äußerten, über mehr Wissen bezüglich folgender Themen zu erlangen: Alter der Einwilligung zu sexuellen Handlungen/Partnerschaften, Heirat und den Schutz, den sie durch gesetzliche Bestimmungen erfahren (Brown & McCann 2018, S. 9). Um überhaupt Erfahrungen in dem Bereich zu machen zu können, wünschen sich die Befragten mehr Privatsphäre. Brown & McCann (2018) konnten jedoch auch zeigen, dass Wünsche, Ansichten, Meinungen und das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung oft nicht wahrgenommen oder ignoriert werden. Das Ergebnis daraus ist Frustration bei den Betroffenen: Menschen mit geistiger Behinderung wollen (mit)entscheiden, ihre Beziehungen selbst beeinflussen und federführend in diesem Bereich ihres Lebens sein. Nach Brown & McCann (2018) würde eine Abkehr vom klassischen Weg der paternalistischen Fürsorge die Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung

fördern, ihre Stärken und ihr Wohlergehen steigern, sowie die freie Entwicklung ihrer Sexualität unterstützen (Brown & McCann 2018, S.11).

Menschen mit geistiger Behinderung möchten gehört werden. Der Mangel an Aufmerksamkeit frustriert sie und führt dazu, dass sie sich dafür schämen über ihre Sexualität und ihre Wünsche zu sprechen und deshalb oft weniger sexuelle Erfahrungen machen, als ihre Altersgenoss\*innen. Eingeschränkte sexuelle Erfahrungen haben bei Frauen mit geistiger Behinderung dazu geführt, dass sie negative Vorstellungen über Sex haben und die Möglichkeit ihre Sexualität auszuleben gar nicht als Option ansehen. Männer mit geistiger Behinderung präferieren vor allem autoerotische Wünsche, wie Masturbation, anstelle von partnerschaftlichen sexuellen Erfahrungen (Brown & McCann 2018, S.12). Des Weiteren möchten Menschen mit geistiger Behinderung mehr Anlaufstellen für ihre Anliegen haben, bei der Einzelpersonen (personenzentrierter Ansatz) sich den Problemen der Betroffenen widmen und eine Diskussion eingegangen werden kann (ebd.).

Williams et al. (2014) haben in ihrer qualitativen Studie, Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung im Alter von 16 bis 35 Jahre mit strukturierten Fragebögen befragt, an wen sie sich wenden, wenn sie über sexuell relevante Themen sprechen möchten, welche Informationsquellen sie nutzen, welche Erfahrungen sie mit Unterstützungsmöglichkeiten gemacht haben und wie diese, angelehnt an ihre Bedürfnisse, gestaltet sein sollen. In dieser Studie stellt sich heraus, dass es schwierig ist für Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung an Informationen zu gelangen und Sexualität aus ihrer Sicht ein sensibles und persönliches Thema ist (Williams et al. 2014, S.152). Dies lässt darauf schließen, dass es wichtig ist ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, um Themen über Sexualität mit den Jugendlichen zu besprechen.

Fegert et al. (2006) befragt in seinem Modellprojekt Bewohner\*innen mit geistiger Behinderung einer Wohneinrichtung. Auch hier wird die sexuelle Vielfalt deutlich. Bewohner\*innen geben an monogame, zeitlich begrenzte, wechselnde, parallellaufende und polygame sexueller Kontakte, Beziehungen und/ oder Freundschaften haben. Außerdem zeigt sich die sexuelle Vielfalt auch durch selbst bezogene Sexualität (Selbstbefriedigung etc.) (Fegert et al. 2006, S.107f).

Die Literatur konnte Hinweise darüber geben, dass sich die Bedürfnisse von Menschen mit geistiger Behinderung nicht von Menschen ohne Behinderung unterscheiden. Der einzige

Unterschied besteht allein darin, dass Bezugspersonen und die Öffentlichkeit einen Unterschied daraus machen und die Sexualität der Betroffenen verdrängen, verleugnen, dramatisieren oder überbewerten. Mittels des Modells der vier Dimensionen der Sexualität in Kapitel 3.2 konnte gezeigt werden, dass vor allem die Beziehungsdimension eine wichtige Rolle spielt. Das Bedürfnis nach Ehe und Kindern, also der Sexualität eine reproduktive Aufgabe zu geben, welche sich der Fortpflanzungsdimension zuordnen lässt, findet überhaupt keine Berücksichtigung bei den Bezugspersonen. Dadurch kann kein offener Umgang geschaffen werden und Menschen mit geistiger Behinderung bleiben mit ihren Wünschen alleine. Der Mangel an Auseinandersetzung mit der Problematik hat nicht nur zur Folge, dass Betroffene in ihrer Sexualität unerfüllt sind, sondern führt ebenfalls zu einem erhöhten Risiko für sexuellen Missbrauch und sexualisierter Gewalterfahrungen (vgl. Fegert et al 2006; Wissink et al. 2015; Schröttle & Hornberg 2014).

#### **4.4 Sexueller Missbrauch und sexualisierte Gewalt**

Sexueller Missbrauch und sexuelle Gewalterfahrung in Wohneinrichtung ist ein gegenwärtiges Thema in Bezug auf die Verletzung von Persönlichkeitsrechten und der Missachtung der sexuellen Selbstbestimmung (Fegert et al. 2006, S.89). In der Literatur lassen sich Forschungsergebnisse finden, die belegen, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko haben, Opfer sexueller Gewalt zu werden oder sexualisierte Gewalt zu erfahren (vgl. Wissink et al. 2015; Fegert et al. 2006). Die wohl bekannteste Studie im deutschsprachigen Raum, ist die Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland* (Schröttle & Hornberg 2014). Auch Fegert et al. (2006) machten mit dem Bundesmodellprojekt *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt* auf das Thema aufmerksam. Beide Studien zeigen Ergebnisse über Gewalterfahrungen von Menschen mit geistiger Behinderung in betreuten Einrichtungen. Schröttle & Hornberg (2014) haben mittels sekundäranalytischen Auswertungen Daten von insgesamt 318 Frauen mit Lernschwierigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen in betreuten Einrichtungen gesammelt. Die Ergebnisse haben ergeben, dass über die Hälfte (52-58%) der befragten Frauen mit kognitiver Beeinträchtigung körperliche Übergriffe erlitten haben und jede Fünfte sexuelle Gewalterfahrungen erlebt hat (Schröttle & Hornberg 2014, S.91). In einem narrativen Review wird die Prävalenz von sexuellen Gewalterfahrungen bei Kindern mit einer geistigen Behinderung auf 7,1% bis 24% geschätzt (Wissink et al. 2015, S.22).

Auffällig in der Studie vom BMFSFJ ist, dass 11-23% der befragten Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine Angaben zu sexueller Gewalt und sexueller Belästigung gemacht haben. Die Ursache, nicht über sexuelle Gewalt zu berichten, können Gefühle von Scham und Angst bei den Betroffenen sein, was auf eine höherer Dunkelziffer hindeutet (Schröttle & Hornberg 2014, S.91). Ein Grund dafür, dass sexueller Missbrauch und sexuelle Übergriffe häufig nicht erkannt werden ist, dass die Kommunikationsbarrieren bei Menschen mit geistiger Behinderung *„um ein vielfaches höher [sind], wenn sie sexuelle Übergriffe mitteilen oder gar anzeigen wollen“* (Walter 2002, S.415; Fegert et al. 2006, S.92). Nach Walter (2002) kann ein weiterer Grund ein fehlendes Unterscheidungsvermögen durch die Alltagssituation fremdbestimmter Abhängigkeit sein (Walter 2002, S.414f). Betroffenen fällt es schwer den Unterschied zwischen einer einvernehmlichen Handlung und einem Fremdwillen zu erfassen, weil sie es gewohnt sind, Forderungen von Bezugspersonen zu erfüllen (ebd.). Dadurch lässt sich im Ansatz sexueller Missbrauch durch Autoritäten erklären (ebd.). Die bestehende soziale Isolation kann dazu führen, dass Menschen mit geistiger Behinderung sexuelle Übergriffe aus den genannten Gründen erdulden, um die Zuwendung und Hilfe der Bezugspersonen nicht zu verlieren (Fegert et al. 2006, S.91). Ein weiterer Risikofaktor kann die fehlende Aufklärung sein, weil diese das fehlende Unterscheidungsvermögen begünstigt (ebd.).

#### **4.5 Einschränkungen der sexuellen Selbstbestimmung**

Wie bereits aus den vorherigen Kapiteln hervorgeht, erfahren Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung, sowohl in ihrer sexuellen Entwicklung als auch bei Absprachen über sexuelle Bedürfnisse, erhebliche Einschränkungen durch das Bezugspersonal und durch die Öffentlichkeit. Es lassen sich noch weitere Einschränkungen bezüglich der sexuellen Selbstbestimmung verzeichnen.

Im Interview werden vor allem institutionelle Barrieren benannt. Die Mitarbeiterin ist zwar dankbar, dass alle Bewohner\*innen in der betreuten Wohneinrichtung ein Einzelzimmer haben, weiß aber, dass dies nicht der Normalfall ist (B.S.6 Z.32 – 33). Sie berichtet, dass die angegliederte Wohneinrichtung für Kinder durch das Leben in Mehrbettzimmer, die Privatsphäre in diesem Maße nicht ermöglichen kann. Ein weiterer Aspekt sind die eingeschränkten finanziellen Mittel der Bewohner\*innen, um sich beispielsweise eine\*n Sexualbegleiter\*in zu leisten. Die Pflegeversicherung oder die Krankenkasse kommt nicht für die Kosten auf und der geringe Lohn, den die Bewohner\*innen bei ihrer Arbeit verdienen, trägt maßgebend zur Entscheidung bei, ob sexuelle Dienstleistungen in

Anspruch genommen werden oder nicht (B.S.5 Z.17 – 24). Finanzielle Hilfsmittel spielen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht die sexuelle Selbstbestimmung zu ermöglichen. Andere Hilfsmittel zur Selbstbefriedigung und/oder Sex für Menschen mit Behinderung werden kaum oder gar nicht entwickelt. Die Mitarbeiterin bedauert, „*dass (die Bewohner\*innen) (...) dazu gezwungen sind noch eine dritte Person zu nehmen*“ (B.S.9 Z.15 – 20, Auslassung: J.M.), die sie dahingehend unterstützt. Mit der Entscheidungsfreiheit über sexuelle Handlungen hat dies wenig zu tun.

Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung erfahren in der Einstellung ihrer Bezugspersonen erhebliche Barrieren. Von der Tabuisierung ist in der betreuten Wohneinrichtung, in der das Expertinneninterview mit der Mitarbeiterin geführt wurde, wenig zu spüren. Die Mitarbeiter\*innen setzen sich umfassend mit dem Thema Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung auseinander, sind mit den Bewohner\*innen im Kontakt und pflegen einen konstruktiven kollegialen Austausch (I. S.8 Z.50 – 51; B. S.8 Z.53). Dies würde sich laut der Mitarbeiterin auch im Verhalten der Bewohner\*innen widerspiegeln, indem sie auf die Mitarbeiter\*innen zukommen und Vertrauen zu ihnen haben. So haben sie die Möglichkeit offen mit dem Thema umzugehen und ihre Bedürfnisse anzusprechen. Die befragte Mitarbeiterin ist sich sicher, dass das Vertrauensverhältnis zu den Mitarbeiter\*innen sogar größer ist, als zu den eigenen Familienmitgliedern. Auch das Schamgefühl sei vor den Eltern größer, als vor den Mitarbeiter\*innen (B. S.5 Z.55 – 56 bis S.6 Z.1 – 2). Die Mitarbeiterin merkt an, dass „*die Kommunikation das Wichtigste ist*“ (B. S.8 Z.35 – 48). Die Tabuisierung und Stigmatisierung haben die Bewohner\*innen am eigenen Leib im Kinderheim erfahren müssen. Sie fühlten sich nicht ernst genommen und waren sehr unzufrieden mit ihrer Situation. Eine Bewohnerin erfuhr nicht nur durch die Mitarbeiter\*innen mangelnde Aufmerksamkeit für ihre sexuellen Bedürfnisse, „*allein aus religiösen Gründen würde sie (...) nicht mit ihrer Familie darüber sprechen*“ (B. S.7. Z.15 – 16, Auslassung: J.M.). Dass konservative Einstellungen der Mitarbeiter\*innen und anderen Bezugspersonen die sexuelle Selbstbestimmung behindern, unterstützt Williams et al. (2014). Sie sind der Ansicht, dass die Einstellung der Mitarbeiter\*innen gegenüber der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung einen erheblichen Teil dazu beiträgt, warum sich die Jugendlichen und jungen Erwachsenen sich zu ihren Problemen und Bedürfnissen nicht äußern (Williams et al. 2014, S.152).

In der Studie von Pfister et al. (2017) ist für die Mehrheit der befragten Personen

*„das Thema Sexualität in gesellschaftlicher, familiärer und persönlicher Hinsicht ein Tabuthema. So wird von den befragten Personen kritisiert, dass ihr Bedürfnis nach Sexualität von Bezugspersonen nicht anerkannt wird, dass die vorhandenen Angebote nicht bedürfnisorientiert sind und daher auch keine echte Alternative für sie darstellten“* (Pfister et al. 2017, S.41).

Diese Erkenntnisse unterstützen ebenfalls die Studien von Wissink et al. (2015), Sinclair et al. (2015) und Untersuchungen von Ortland (2016), Fegert et al. (2006) oder Walter (2002). *„Die Bilder für Menschen mit geistiger Behinderung reichen vom „ewigen Kind ohne sexuelle Bedürfnisse“ bis zur „triebhaften distanzlosen Person““* (Bannasch 2002, S.104). Diese Annahmen haben dazu geführt, dass bis heute kein angemessener Umgang mit den Betroffenen gefunden wurde und sie erhebliche Einschränkungen in ihrer sexuellen Selbstbestimmung und Entwicklung erfahren haben (Ortland 2008, S.75).

Sinclair et al. (2015) stellen in ihrem Review Barrieren von Menschen mit geistiger Behinderung oder Entwicklungsverzögerungen vor und identifizieren drei Themenbereiche in denen Betroffene grundlegende Einschränkungen erfahren haben. Der erste Bereich ist die Sichtweise von Bezugspersonen (z.B. Eltern, Pflegende oder Sozialarbeiter\*innen) bezogen auf die Sexualität der Betroffenen. Eltern verdrängen, dass ihre Kinder sexuell aktiv sind und Pflegende, Heilerziehungspfleger\*innen, sowie Pädagog\*innen sehen Menschen mit geistiger Behinderung oder Entwicklungsverzögerung teilweise als asexuell an (Sinclair et al. 2015, S.10f). Der zweite Themenbereich stellt laut Sinclair et al. (2015) die eigene Sichtweise von Menschen mit geistiger Behinderung oder Entwicklungsverzögerung dar. Es mangelt den Betroffenen nicht nur an Kontrolle über Beziehungen und sexueller Selbstbestimmung, sondern auch an Wissen darüber, wie sexuelle Bedürfnisse umgesetzt werden können und wie sie einen Zugang zu Sexualaufklärung bekommen (Sinclair et al. 2015, S.11). Letztendlich scheint die Ursache dieser Einschränkung ein genereller Mangel an Wissen und fehlende Aufklärung zu sein. Folglich ergibt sich der dritte Themenbereich, der in mehreren Studien aufzeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung und Entwicklungsverzögerung - verglichen zu ihren Altersgenoss\*innen - einen Mangel an Wissen über eine Bandbreite an Themen über Sexualität haben (Sinclair et al. 2015, S.12).

Eine betreute Einrichtung an sich bedeutet eine Einschränkung, weil Menschen mit Behinderungen dadurch kaum soziale Kontakte aufbauen können (Fegert et al. 2006, S.97). Die einzigen sozialen Kontakte sind laut der Mitarbeiterin „*leider nur unter Menschen mit Behinderungen*“ (B.S.8 Z.14 – 16), beispielsweise auf ihrer Arbeit.

## **5. Diskussion und Ausblick der bisherigen Ergebnisse**

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurde auf die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung aufmerksam gemacht. Dabei wurde die Fragestellung anhand einer systematischen Literaturrecherche und einem explorativen Expertinneninterview beantwortet. Die Ergebnisse der Literaturrecherche konnten Rückschlüsse auf die Unterstützung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen geben. Die Diskussion stellt die vorhandenen Forschungsergebnisse dar. Daraus folgend werden die pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen abgeleitet.

Die Ergebnisse des durchgeführten explorativen Expertinneninterviews kann in diesem Zusammenhang nicht als empirisches Ergebnis, sondern nur als Zugang zum gegenwärtigen Thema gewertet werden. Entgegengesetzt des methodischen Vorgehens, konnte aufgrund der kurzfristigen Zusage der Mitarbeiterin kein Pretest durchgeführt werden. Als vorteilhaft wurde der Erfahrungsschatz, also die interne Validität der Mitarbeiterin erachtet. Der Leitfaden wurde innerhalb der Interviewdurchführung als nützlich empfunden und bildete einen Orientierungsrahmen.

Sowohl aus dem Expertinneninterview, als auch aus der Literatur lässt sich zusammenfassend sagen, dass Menschen mit geistiger Behinderung den Wunsch und das Bedürfnis hegen, Sexualität in all ihren Dimensionen zu (er)leben und in ihrem Alltag selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu wollen (vgl. Ortland 2008; Fegert et al. 2006; Walter 2002). Entgegengesetzt vieler Vorurteile der Öffentlichkeit und bei Bezugspersonen, durchlaufen Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung die gleichen physischen Veränderungsprozesse in der Pubertät, können diese aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten jedoch emotional nicht erfassen (vgl. Walter 2002; Ortland 2008). Durch die mangelnde Aufklärung und das unzureichende Besprechen von sexuellen Bedürfnissen seitens der Bezugspersonen wird dieses Problem nur verstärkt. Daraus resultieren sexuelle Frustration, Identitätskrisen, „unangemessenes“ sexuelles Verhalten, und das Risiko Opfer sexuellen Missbrauchs und Gewalt zu werden (vgl.

Wissink et al. 2018; Schröttle & Hornbach 2014; Fegert et al. 2006). Es ist wichtig, Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer sexuellen Entwicklung zu unterstützen, besonders in der Pubertät und während des jungen Erwachsenenalters. Nur so kann eine Grundlage für die sexuelle Selbstbestimmung junger Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen werden. Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet, „*dass (bewusste oder unbewusste) individuelle Entscheidungen für oder gegen verschiedenste Formen sexuellen Lebens durch das Individuum in der jeweiligen Lebenssituation getroffen werden*“ (Ortland 2016, S.14). Normalerweise gelten Eltern als die primären Ansprechpartner\*innen für diese Belange. Dies gilt jedoch nicht für Jugendliche und junge Erwachsene, die in einer betreuten Wohneinrichtung leben. Hier sind es vor allem Pflegende, Pädagog\*innen und/oder Erzieher\*innen, die im regelmäßigen Kontakt mit den Bewohner\*innen stehen und das Thema Sexualität in den Alltag integrieren müssen.

Die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung ist sowohl im Grundgesetz, als auch in der UN-Behindertenrechtskonvention verankert und zeigt damit auf, wie grundlegend dieses Bedürfnis ist. Umso erschreckender ist hingegen, dass die Unterstützung der sexuellen Selbstbestimmung immer noch aufgrund von Vorurteilen oder mangelndem Wissen fehlschlägt (vgl. Walter 2002; Brown & McCann; Ortland 2016; Fegert 2006).

Die Darstellung der Bedürfnisse und Wünsche wurden vor allem durch qualitative Forschungsmethoden erhoben. Dabei gelang es Pfister et al. (2017) in einer qualitativen-interpretativen Studie die Teilhabebereiche und Beeinträchtigungsformen von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen darzustellen. Grundsätzlich erfasst die Studie genau die Aspekte, um die es per Definition der WHO bei einer Behinderung geht: Die gesellschaftliche Partizipation. Die Ergebnisse sind nach qualitativen Gütekriterien zwar aussagekräftig, für die verschiedenen Lebensbereiche von Menschen mit Beeinträchtigungen, lassen sich aber nur teilweise auf die Forschungsfrage übertragen. Einerseits wurden Menschen im Alter von 30 bis 50 Jahren befragt, andererseits werden die Beeinträchtigungsformen gemischt dargestellt (kognitiv und/oder psychisch und/oder körperlich beeinträchtigt). Zuletzt wird das Setting der betreuten Wohnform nicht beachtet.

Die Ergebnisse aus dem systematischen Review von Brown & McCann (2018) lassen sich zwar methodisch hochwertig einordnen, schlossen jedoch nur Menschen mit geistiger

Behinderung ab 18 Jahren ein. Die Ergebnisse lassen sich zum Teil auf die Altersgruppe dieser Arbeit übertragen.

Es konnte zwar gezeigt werden, dass sowohl die Pubertät, als auch das junge Erwachsenenalter ein herausforderndes Entwicklungsstadium ist, jedoch gibt es zu wenig wissenschaftliche Erkenntnisse darüber, wie diese Zeit von Jugendlichen mit geistiger Behinderung wahrgenommen wird. Hier sind weitere qualitativ-interpretative Untersuchungen im Anschluss an diese Arbeit sinnvoll.

Die vorhandenen Studien lassen sich schwer zusammenfassen und dementsprechend sind zu manchen Aspekten keine Aussagen möglich. Dies liegt mitunter daran, dass die Einschlusskriterien der Studien weit auseinander gehen und der Begriff „geistige Behinderung“ aus unterschiedlichen Perspektiven eine andere Bedeutung hat. Der Begriff „geistige Behinderung“ wird in den meisten Studien oftmals gar nicht oder über die ICD-10 oder DSM V definiert. Diese Definition bringt jedoch nicht die gesellschaftliche Teilhabe gleichermaßen hervor. Forschungslücken bestehen vor allem im Bereich von sexuellen Bedürfnissen und Ausdrucksformen von Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung, die sich verbal nicht äußern können. Aus den Erfahrungen der Mitarbeiterin kann jedoch der Hinweis entnommen werden, dass sich sexuelle Bedürfnisse auch nonverbal bei den Bewohner\*innen äußern. Dieser Sachverhalt scheint dennoch unzureichend erfasst.

Fegert et al. (2006) konnten mittels qualitativer Verfahren Erkenntnisse über die Erfahrungen, den Umgang und die Sichtweisen aller Betroffenen (Bewohner\*innen, Personal und Leitung) generieren. Die methodologische Durchführung (Datensammlung und Datenanalyse) wurde umfangreich beschrieben. Als Forschungsansatz wählten die Forscher\*innen die *Grounded theory* nach Glaser und Strauss (1996), um die verschiedenen Sichtweisen darstellen zu können. Dadurch haben sie ein vielfältiges und reichhaltiges Spektrum an verschiedenen Ansichten erzielt. Als Methoden zur Datenerhebung wählten Fegert et al. (2006) Gruppendiskussionen und Einzelinterviews. Die Forschungsfragen und das Vorverständnis wurden klar formuliert. Das Umfeld und die Teilnehmer\*innen der Befragung wurden ausreichend beschrieben. Dadurch, dass die Ergebnisse ausführlich und nachvollziehbar sind, ergeben sich übertragbare Erkenntnisse für die pflegerische Unterstützung, die im letzten Kapitel mit einfließen.

Fegert et al. (2006) konnten zeigen, dass die Unsicherheit der Bezugspersonen in der Förderung der sexuellen Selbstbestimmung einerseits auf mangelndes Wissen bezüglich der Interessen der Bewohner\*innen und rechtlichen Rahmenbedingungen beruht. Andererseits resultiert der unsichere Umgang aus dem Spannungsverhältnis zwischen der Unterstützung sexueller Selbstbestimmung und im Zusammenhang mit dem notwendigen Schutz vor sexuellem Missbrauch. Generell ist sexueller Missbrauch ein gegenwärtiges Thema. Das zeigt zusätzlich zum Modellprojekt von Fegert et al. (2006) und die Befragung von Schrötte & Hornberg (2014), die repräsentative Ergebnisse über die Situation von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland liefern. Auch Wissink et al. (2015) gibt aufschlussreiche Ergebnisse über sexuelle Gewalterfahrung von Kindern mit geistiger Behinderung. Folglich kann daraus geschlossen werden, dass die Prävention von sexuellem Missbrauch von Menschen mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung in Wohneinrichtungen ein einflussreiches Thema ist, welches aufgrund der Komplexität in dieser Arbeit nur oberflächlich bearbeitet werden konnte. Auf der Grundlage der Ergebnisse zu der Prävalenz von sexuellem Missbrauch und den Hinweisen aus der Literatur, wäre es in diesem Zusammenhang wertvoll zu untersuchen welche Maßnahmen zur Prävention wirksam sind. Die Entwicklung von Assessments zur Erkennung von sexuellem Missbrauch oder randomisiert-kontrollierte Studien könnten einen Beitrag dazu leisten.

Ortland (2016) unterstützt in einer großen quantitativen Befragung von Mitarbeitenden die Ergebnisse aus den Studien von Sinclair et al. (2015) und Williams et al. (2014) und gibt detaillierte Antworten darauf, wie die Sichtweise der Bezugspersonen über sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung sind und welcher Handlungsbedarf sich aus dieser Perspektive ergibt. Aus den Ergebnissen der Befragung von Ortland (2016) lässt sich nicht schließen, welche Profession die befragten Mitarbeiter\*innen haben. Außerdem werden Aussagen über sexuelle Verhaltensweisen von Bewohner\*innen durch Beobachtungen und den Erfahrungen getroffen. Dies ist im Hinblick darauf, sexuelle Bedürfnisse aus der Perspektive der Bewohner\*innen zu erfassen, nicht ausreichend.

Die vorliegenden Ergebnisse der Arbeit zeigen, dass sich wenig empirische Studien explizit auf die pflegerischen Maßnahmen zur sexuellen Selbstbestimmung in der Zusammenarbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung beziehen. Viele der Studien untersuchen die Perspektive anderer Professionen, wie (Sozial)Pädagog\*innen, Erzieher\*innen, Eltern und Geschwister. Dies scheint im Hinblick auf Sonder- und

Förderschulen und das Zusammenleben in Familien wichtig zu sein, kann aber nicht gleichermaßen auf betreute Wohnformen übertragen werden. Die Pflege muss zwar immer die Perspektiven aus anderen Fachrichtungen berücksichtigen, hat aber dennoch ein eigenes Aufgabenspektrum, auf das im nächsten Kapitel eingegangen wird.

## **6. Pflegerische Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung in betreuten Einrichtungen**

Aus der Diskussion und den bisherigen Ergebnissen, lassen sich Schlussfolgerungen für die pflegerische Arbeit mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in betreuten Wohneinrichtungen ableiten. Dabei orientiert sich das Aufgabenspektrum der pflegerischen Unterstützung zur sexuellen Selbstbestimmung an dem Pflegebedürftigkeitsbegriff nach §14 SGB XI. Die im Gesetzbuch verankerten pflegerischen Leistungen geben zwar keine expliziten Handlungsanweisungen für den Umgang mit Sexualität in betreuten Wohneinrichtungen, lassen sich aber durch eigene Transferleistung darstellen.

In Kapitel 3.4 wurde deutlich, dass pflegerische Tätigkeiten oft im Zusammenhang mit Sexualität stehen und eine konstitutive Grenzüberschreitung im Alltag stattfindet. Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung sollen in ihrer sexuellen Selbstbestimmung unterstützt werden und Pflegende können einen Beitrag leisten, damit diese Barrieren aufgehoben werden. Im Folgenden sollen auf die Aufhebung dieser Barrieren und die Unterstützung der Betroffenen aus pflegerischer Perspektive eingegangen werden. Im Hinblick darauf werden in diesem Kapitel einige Ergebnisse aus dem explorativen Expertinneninterview und dem Modellprojekt von Fegert et al. (2006) einfließen. In diesem Zusammenhang wird der Begriff Bewohner\*innen benutzt, welcher die Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung meint. Zur Übersicht der pflegerischen Maßnahmen wurden Kategorien erstellt.

Die **Körperpflege** ist in der pflegerischen Versorgung ein wichtiger Anteil. In betreuten Wohneinrichtungen kommen sich Pflegende und Bewohner\*innen unmittelbar sehr nahe und es werden intime Körperregionen berührt. Bei der Körperpflege können wesentliche Aspekte der sexuellen Selbstbestimmung von Bewohner\*innen umgesetzt werden. Die Mitarbeiterin aus dem Expertinneninterview führt aus, dass dies vor allem durch die

Entscheidungsfreiheit der Bewohner\*innen gewährleistet werden kann (B. S.2 Z. 9 – 17). Die Bewohner\*innen können zum Beispiel entscheiden, wann und von wem sie geduscht oder beim Toilettengang unterstützt werden möchten. Eine Duschliste, mit der alle Bewohner\*innen einverstanden sind, ist zum Beispiel ein Ansatz, um diese Maßnahmen zu ermöglichen (B. S.2 Z.25 – 26). Die Mitarbeiterin berichtet, dass in der Wohneinrichtung versucht wird, durch ein ausgewogenes Verhältnis zwischen weiblichen und männlichen Mitarbeiter\*innen gendersensible (Körper)Pfleger umzusetzen (B. S.2 Z.21 - 25). **Gendersensible (Körper)Pfleger**, also überhaupt die Möglichkeit zu haben Entscheidung treffen zu dürfen, welches Geschlecht die (Körper)Pfleger durchführen soll, ist vor allem für die Identifikation der Bewohner\*innen wichtig und trägt dadurch einen Teil zur sexuellen Selbstbestimmung bei (Tluk 2002, S.114). Die Realisierung dieser Rahmenbedingungen scheint allerdings durch den großen Anteil der weiblichen Pflegenden nicht einfach zu sein (Bundesagentur für Arbeit 2019, S.4). Da das Akzeptieren des eigenen Körpers eine Entwicklungsaufgabe und einen wesentlichen Bestandteil der sexuellen Entwicklung im Jugendalter darstellt, sollten sich weitere Unterstützungsmaßnahmen der Körperpflege auf die **Vermittlung eines positiven Körpergefühls** beziehen. Ein positives Körpergefühl kann beispielweise durch Konzepte zur Körperwahrnehmung, wie die **basale Stimulation**, durch Komplimente im Alltag oder den Raum für private Zeit vermittelt werden (Tluk 2002, S.114; B. S.3 Z. 5 – 16). Die basale Stimulation stellt in diesem Kontext eine wichtige Grundlage des Erlebens und Entdeckens der Körperwelt von Bewohner\*innen dar. Das Konzept sollte in Zukunft im Hinblick auf die Wirksamkeit der Förderung der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung untersucht werden und Berücksichtigung finden.

Die **Wahrung der Privatsphäre** ist ein essentieller Bestandteil der sexuellen Selbstbestimmung und spielt auch bei der Körperpflege eine besondere Rolle. Die Mitarbeiterin verdeutlicht im Gespräch, dass es wichtig ist den Bewohner\*innen vor allem dann die Privatsphäre zu ermöglichen, wenn sexuelle Bedürfnisse bei der Körperpflege, beim Umziehen oder den Toilettengängen auftreten. Eine Maßnahme ist zum Beispiel die Bewohner\*innen nach dem Duschen nackt (ohne Inkontinenzmaterial) in das Bett zu legen, sie zuzudecken bevor sie angezogen werden und ihnen **private Zeit** zum Entdecken ihres Körpers zu geben (B. S.8 Z.35 – 48, Fegert et al. 2006, S.334f). Dadurch kann ebenfalls ein positives Körpergefühl ermöglicht werden. Schmidt (2002) verdeutlicht, dass „sexuelle Erfahrungen (...) für den Erwerb von Identität von großer Bedeutung“ (Schmidt

2002, S.219, Auslassung: J.M.) sind und die Hinderung von sexuellen Erfahrungen durch fremde oder eigene Ausgrenzung dazu führen kann, dass Menschen ihre eigene Identität nicht vollständig entwickeln können. *„Ich-Stärke und Selbstwertgefühl eines Menschen sind also mit seiner Sexualität und mit den Erfahrungen, die er als sexuelles Wesen macht, zutiefst verknüpft“* (Schmidt 2002, S.219). Das Ermöglichen von sexuellen Erfahrungen mit sich selbst oder mit jemandem zusammen kann dementsprechend **identitätsfördernd** sein und sollte unbedingt Beachtung im pflegerischen Alltag finden (Fegert et al. 2006, S.133). Die Mitarbeiterin merkt an, dass die Wahrung der Privatsphäre nur gewährleistet werden kann, wenn die Bedürfnisse direkt von den Bewohner\*innen/Mitarbeitenden angesprochen oder beachtet werden (B. S.4 Z.1 – 10). Daraus ergibt sich, dass vor allem die Kommunikation mit den Bewohner\*innen und die Haltung ihnen gegenüber wichtig ist.

Sowohl aus dem Expertinneninterview als auch aus der Literatur lässt sich schließen, dass die **Kommunikation und Haltung** eine der wichtigsten pflegerischen Unterstützungsmaßnahmen sind. Transparenz und Authentizität fördert einen offenen Umgang und ein starkes Vertrauensverhältnis mit den Bewohner\*innen (B. S.4 Z.1 – 10). Die Mitarbeiterin führt aus, dass durch das Vertrauen in die Mitarbeiter\*innen Schamgefühle fallen gelassen werden und die Bewohner\*innen dadurch in der Lage sind, ihre Bedürfnisse offen anzusprechen und mitzuteilen. Die Mitarbeiter\*innen werden direkt angesprochen und es kann beispielsweise private Zeit eingefordert werden. Einige Menschen mit geistiger Behinderung sind aufgrund des Grades der Schwere ihrer Behinderung nicht in der Lage ihre Bedürfnisse verbal zu äußern. Die Mitarbeiterin berichtet von einer Bewohnerin, die ihre Bedürfnisse in diesem Fall auch nonverbal äußern kann, indem sie während des Duschens *„mit dem Duschstrahl Richtung Intimbereich geht“* (B. S.3 Z. 5 – 16). Für die Mitarbeiterin ist es in solchen Situationen ganz wichtig, dass sie die Situation richtig einordnet und der Bewohnerin ein paar Minuten private Zeit lässt. Dementsprechend müssen Pflegende durch gute Beobachtung ihrer Bewohner\*innen auf nonverbale Zeichen achten und versuchen darauf einzugehen.

Barrieren der sexuellen Selbstbestimmung lassen sich durch die Kommunikation und in einem offenen Umgang aufheben. Die **personenzentrierte Haltung** stellt dabei einen Ansatz für einen angemessenen Umgang in der Kommunikation dar. Der Psychologe Carl Rogers (1902-1987) beschreibt drei wichtige Komponenten der personenzentrierten Haltung in seiner therapeutischen Gesprächspsychotherapie: **Empathie, Wertschätzung**

**und Kongruenz.** Diese lassen sich auf die Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung übertragen, da sie einen fördernden Effekt auf die Bewohner\*innen haben (Rogers 2012; Pörtner 2012, S.29 und S. 110). Es ist wichtig, diese im Hinblick auf die Kommunikation und den Umgang mit den Bewohner\*innen anzuwenden und durchzusetzen, da eine solche Haltung signalisiert, dass die Bewohner\*innen gehört und ernst genommen werden (B. S.3 Z.34 – 36). Durch die Kommunikation und einen personenzentrierten Umgang mit den Betroffenen ist es möglich, die Bedürfnisse überhaupt erst zu erkennen, diese zu besprechen und Handlungen zu überdenken. Pflegende haben oftmals eigene Ideale, Vorstellungen und Vorurteile, die denen von den Bewohner\*innen nicht kongruent sind. Aus diesem Grund kann eine personenzentrierte Haltung Missverständnisse vorbeugen.

Nicht nur die Kommunikation zwischen den Pflegenden und den Bewohner\*innen ist wichtig, auch die **Kommunikation im Team** trägt einen essentiellen Teil zur Förderung eines offenen Umgangs bei. Der kollegiale Austausch bietet eine Plattform, um sich über eigene Grenzen auszutauschen und Situationen aus dem Alltag anzusprechen. Pflegende sind dadurch in der Lage sich selbst zu reflektieren und potentielle Problematiken früh zu erkennen. Die **Selbstreflexion** ist deshalb so wichtig, weil die Grenzen zwischen dem Arbeitsbereich und dem Privatbereich der Bewohner\*innen und die Grenzen des eigenen Privat- und Berufslebens ineinander übergehen (Tluk 2002, S.112; Pörtner 2012, S.110f; Fegert et al. 2006, S.405). Darüber hinaus kann die Selbstreflexion über die eigene sexuelle Biografie dahingehend einen Beitrag leisten, dass sich Mitarbeiter\*innen über ihre eigenen sexuellen Vorstellungen, Bedürfnisse und Wünsche Gedanken machen und so ihr Bewusstsein für die Problematik des Themas stärken (Ortland 2016, S.164).

Die Mitarbeiterin berichtet ebenfalls von einer starken Auseinandersetzung mit dem Thema im Team. Das Team bietet eine Plattform für das Besprechen eigener Grenzen oder Grenzen, die auch im ganzen Team auftreten können (B. S.4 Z.1 – 10). Einerseits eignen sich regelmäßige freiwillige **Supervisionen** oder die Methode „**Kollegiale Beratung**“ nach Tietze (2015), um Problemlösungen für Schwierigkeiten gemeinsam zu entwickeln (Fegert et al. 2006, S.405). Wenn es jedoch um allgemeine Organisationsfragen geht oder ein Anliegen, das alle Teilnehmer\*innen des Problems betrifft, besprochen werden soll eignet sich die Methode „Kollegiale Beratung“ jedoch nicht, weil die Berater\*innen und Moderator\*in nicht den nötigen Abstand zur Problematik aufbauen können (Tietze 2015, S.34). Für diesen Fall kann **externe Hilfe** in Form von Fachexpert\*innen oder Organisationen vom Team in Anspruch genommen werden, da diese einen anderen

Blickwinkel auf die Institution, Mitarbeiter\*innen und Bewohner\*innen haben. Organisationen wie zum Beispiel pro familia haben Fachberater\*innen, die sowohl Mitarbeiter\*innen als auch Bewohner\*innen in Einzel- und Gruppengesprächen beraten oder bei persönlichen Problematiken Hilfe leisten (vgl. profamilia 2018). Darüber hinaus bieten sie auch **Schulungen** zum Thema Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung an. Schulungen sind dann hilfreich, wenn sie über rechtliche Rahmenbedingungen aufklären, denn sowohl aus dem Interview als auch aus der Literatur lässt sich schließen, dass Mitarbeiter\*innen speziell in diesem Themenbereich unzureichend informiert sind (B. S.4 Z.28 – 29; Fegert et al. 2006, S.404). Folglich unterlassen sie oft jegliche Unterstützung zur sexuellen Selbstbestimmung, in der Angst sich strafbar oder etwas falsch zu machen. Ein zusätzlicher Grund, warum Mitarbeiter\*innen Hemmungen haben, sind Vorurteile und Unwissenheit. Diese können durch Schulungen abgebaut werden (B.S.8 Z.30 – 33; Fegert et al. 2006, S.404)

„**Prävention und Gesundheitsförderung** sind unverzichtbare Bestandteile professioneller Pflege“ (Thieme 2015, S.32). Prävention beinhaltet alle pflegerischen Maßnahmen zur Vorbeugung von Krankheiten und Komplikationen. Die Gesundheitsförderung hingegen bezieht sich auf die Stärkung der Kräfte und Ressourcen (ebd.). Im Zusammenhang mit der sexuellen Selbstbestimmung zählt die Prävention von Geschlechtskrankheiten. Wenn davon ausgegangen wird, dass in einer Wohneinrichtung Bewohner\*innen sexuell aktiv sind, müssen Bewohner\*innen regelmäßig zum\*zur Gynäkolog\*in/Urolog\*in um sich auf Geschlechtskrankheiten testen zu lassen. Bewohnerinnen sollten sich gegebenenfalls gegen Humane Papillomviren (HPV) impfen lassen (Holland-Hall & Quint 2017, S.9). Gleichzeitig kann in diesem Rahmen über Verhütungsmethoden gesprochen werden. Welche Verhütungsmethoden eingesetzt werden sollten ist jedoch Aufgabe des ärztlichen oder pädagogischen Personals (Fegert et al. 2006, S.142f). Des Weiteren können bei Vorsorgeuntersuchungen Anzeichen eines sexuellen Missbrauchs erkannt werden. Da sexueller Missbrauch und sexualisierte Gewalt ein gegenwärtiges Thema bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen ist (siehe Kapitel 4.4), zählt die genaue Beobachtung von den Bewohner\*innen ebenfalls zur **Prävention von sexuellen Missbrauch**. Verhaltensauffälligkeiten und/oder -veränderungen lassen sich manchmal auf sexuelle Gewalterfahrungen zurückführen. So kann der Verdacht sofort bei der Leitung und im Team angesprochen und vorschriftsmäßig

dokumentiert werden. Ein klärendes Gespräch mit dem/der Bewohner\*in kann ebenfalls hilfreich sein, den Verdacht fallen zulassen oder den Täter zu identifizieren.

Generell können Verhaltensauffälligkeiten und/oder -veränderung nicht nur einen Hinweis auf sexuellen Missbrauch oder sexualisierte Gewalt geben, sondern auch der Grund für unerfüllte sexuelle Bedürfnisse sein. Diese äußern sich zum Beispiel in Unruhe und/oder Aggression (Ortland 2016, S.14). Nur die **genaue Beobachtung** und das in Betracht ziehen, dass dies Verhaltensweise aufgrund sexueller Unzufriedenheit auftritt, helfen die Problematik zu lösen (Fegert et al. 2006, S.329f)

Das **Anleiten und Beraten** von Bewohner\*innen ist eine Aufgabe der Pflege. Hierbei vermischen sich jedoch die Aufgabenbereiche der unterschiedlichen Bezugspersonen. Grundsätzlich sollten sexualpädagogische Themen in erster Linie mit den Eltern besprochen oder in der Schule gelehrt werden. Nichts desto trotz können Pflegende im Alltag beratend und anleitend agieren, um die sexuelle Selbstbestimmung der Bewohner\*innen zu fördern. Beratungsgespräche über externe Dienstleistungen oder gemeinsame Gespräche mit Eltern und Betreuer\*innen können Elemente der pflegerischen Beratung sein.

Generell ist es wichtig, dass **Möglichkeiten für sexuelle Erfahrungen** geschaffen werden. Ein Beispiel spricht die Mitarbeiterin im Interview an. Dort gibt es die Regelung, wenn die **personellen Ressourcen** es zulassen, dass die Verlobte eines Bewohners jedes zweite Wochenende in der Wohneinrichtung schlafen darf. Durch eine von dem Bewohner und eines Mitarbeiters selbstgebaute Bettebene hat das Paar die Möglichkeit in einer Art Doppelbett das Wochenende gemeinsam zu verbringen und ihre sexuellen Bedürfnisse auszuleben. Hier spiegelt sich vor allem ein **kreativer Umgang** wider.

Die **individuelle Pflegeplanung** ist ein wichtiges Instrument in der Arbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung geworden und zählt vor allem zu einem personenzentrierten Ansatz in der Pflegearbeit (Stoffelen et al. 2017, S.1117). Stoffelen et al. (2017) konnten zwar in ihrer qualitativen Studie zeigen, dass Themen zur Sexualität in Pflegeplanungen aufgegriffen und dokumentiert werden, jedoch werden die individuellen Unterstützungsmaßnahmen und die Herangehensweise kaum erwähnt (Stoffelen et al. 2017, S.1123f). Diese Ergebnisse lassen Rückschlüsse auf die Wichtigkeit von Pflegeplanungen geben. Diese sollten mehr Aufmerksamkeit in der Zusammenarbeit mit den Bewohner\*innen haben. Dabei spielt nicht nur die Dokumentation von sexuellen

Bedürfnissen, Vorlieben und Wünsche der Bewohner\*innen eine wesentliche Rolle, sondern auch das Evaluieren und das Arbeiten mit der Pflegeplanung zur Unterstützung sexueller Selbstbestimmung.

### **Weitere Unterstützungsmaßnahmen**

Wie bereits erwähnt, kann das Setting einer betreuten Einrichtung, als **strukturelle** Barriere angesehen werden. In diesem Kontext sind folgende Aspekte zu beachten: Bewohner\*innen sollten Einzelzimmer haben, damit sie ihre Privatsphäre haben. Des Weiteren sollte die Wohneinrichtung über einen Gemeinschaftsraum verfügen, in dem das alltägliche Leben und Begegnungen mit anderen Bewohner\*innen stattfinden kann. Holland-Hall & Quint (2017) weisen darauf hin, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung einen kleineren sozialen Kreis haben (Holland-Hall & Quint 2017, S.6). Die Mitarbeiterin spricht ebenfalls von einer sozialen Isolation, da Bekanntschaften lediglich auf der Arbeit oder in der Wohneinrichtung selbst geschlossen werden (B.S.8 Z.14 – 16). Dadurch haben die Bewohner\*innen nicht die Möglichkeit am „normalen“ Leben teilzunehmen beziehungsweise Menschen ohne Behinderungen kennenzulernen.

Zur Unterstützung der sexuellen Selbstbestimmung in Wohneinrichtungen ist es wichtig eine einheitliche Vorgehensweise zu verfolgen. Hierbei können **Leitlinien oder ein Konzept** innerhalb der Wohneinrichtung und auch auf der Makroebene unterstützend wirken. Diese Aussage unterstützen Rowe (2007, S.90), Fegert et al (2006, S.391f) und Ackermann (2004, S.167), indem sie postulieren, dass Leitlinien oder ein Konzept sowohl für Mitarbeiter\*innen als auch Bewohner\*innen hilfreich sein können, weil sie einerseits den Mitarbeiter\*innen eine Richtung weisen beziehungsweise Unterstützung geben und andererseits den Bewohner\*innen eine Beständigkeit im Alltag ermöglichen. Dadurch sei der Umgang mit sexuellen Bedürfnissen der Bewohner\*innen geregelt und nicht abhängig von den Einstellungen der Mitarbeiter\*innen (Rowe 2007, S.90). Ortlund (2013) weist darauf hin, dass eine Konzeption nicht zu eng gefasst werden sollte, da ansonsten die Gefahr besteht, dass die individuellen Bedürfnisse der Bewohner\*innen nicht erfüllt werden können. Für die Erstellung einer Leitlinie oder eines Konzeptes kann sich ein Komitee gründen, welches die Interessen von unterschiedlich betroffenen Parteien einbringt (ebd.). Die Entwicklung solcher Leitlinien ist jedoch nur der erste Schritt. Wichtig ist die Implementierung, zu der mehrere Schritte nötig sind: Zunächst muss eine

Gruppe bestimmt werden, welche für die Überwachung der umzusetzenden Maßnahmen zuständig ist. Des Weiteren müssen die Mitarbeiter\*innen hinsichtlich des Wissens und der Kompetenzen in Form von Schulungen/Trainingseinheiten unterrichtet werden. Drittens sollten die Bewohner\*innen über die Leitlinie und die betroffenen Bereiche, sowie die einzuhaltenden Regeln beispielsweise zu Selbstbefriedigung, Geschlechtsverkehr, Benutzung von erotischem Material etc. informiert werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die Bewohner\*innen einen **Zugang zu Aufklärungsmaterialien** haben und sich informieren können. Diese können als Hilfe in leichter Sprache verfasst werden. Medien in Form von Büchern und Videos, sowie Unterrichtseinheiten sind nach Fegert et al. (2006) Quellen der Aufklärung (Fegert et al. 2006, S.142). Schlussendlich muss eine Kontaktperson benannt werden, die für dringliche Anliegen und Diskussionen zur Verfügung steht. Zuletzt stellt die regelmäßige Evaluierung eine wichtige Komponente des Implementierungsprozesses dar (Rowe 2007, S.91). Ein Beispiel eines solchen Konzeptes auf Bundesebene ist das der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA), die in Zusammenarbeit mit drei Standorten in Deutschland das Projekt *Reflexion, Wissen, Können – Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung für erwachsene Menschen mit Behinderung in Wohneinrichtungen (ReWiKs)* realisiert und dabei zehn Leitlinien zur Förderung von sexueller Selbstbestimmung entwickelt hat. Die Bereiche Reflexion, Wissen und Können stellen die Schwerpunkte dieses Projektes dar. Die Reflexion dient dazu, in der vorherrschenden Arbeits- und Lebenssituation Ansatzpunkte für mögliche Veränderungsnotwendigkeiten zu finden. Das Wissen hilft Fortbildungsbausteine zu entwerfen, die in der Praxis erprobt, evaluiert und weiterentwickelt werden. Das Erarbeiten von Handlungsanweisungen, um die Handlungskompetenzen aller Akteure zu erweitern stellt die Komponente Können in diesem Projekt dar (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2019).

Die **aktive Sexualassistenz** ist in der Behindertenhilfe ein breit diskutiertes Thema geworden. „Aktive Sexualassistenz beinhaltet alle Formen sexueller Assistenz, bei denen die Assistenten in eine sexuelle Situation miteinbezogen werden“ (Ackermann 2004, S.165). Dabei muss die aktive Sexualassistenz durch Körperkontaktsservices und/oder Prostituierte als Dienstleistungsangebot verstanden werden und kann dann in Anspruch genommen werden, wenn sich sexuelle Bedürfnisse der Bewohner\*innen nicht auf einem anderen Weg befriedigen lassen oder die Mitarbeiter\*innen mit der Situation überfordert

sind. Dabei gilt vor allem das Prinzip: Hilfe zur Selbsthilfe, denn viele Bewohner\*innen, *„die ihre sexuellen Bedürfnisse nicht selbst befriedigen können, haben oft nur den Weg dahin noch nicht gefunden.“* (Ackermann 2004, S.166). Die pflegerische Unterstützung besteht darin, zu erkennen, ob sexuelle Bedürfnisse nicht befriedigt werden können und dementsprechend in Absprache mit dem Team und den Bezugspersonen diese Art von Service in die Wege zu leiten. Die Problematik solcher Angebote besteht darin, dass sie für viele finanziell kaum leistbar sind (B. S.5 Z.17 – 24; Ackermann 2004, S.164 )

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine offene Herangehensweise und frei von Vorurteilen der Anfang für die pflegerische Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung ist. Die Kommunikation in Kombination mit der Selbstreflexion und einer personenzentrierten Haltung den Bewohner\*innen gegenüber sind weitere Schritte. Darauf aufbauend können unterschiedliche Maßnahmen in die Wege geleitet werden. Die Wahrung der Privatsphäre ist bei allen Maßnahmen die wichtigste Komponente. Darüber hinaus lassen sich Maßnahmen außerhalb der pflegerischen Tätigkeiten identifizieren. Hierzu zählen vor allem strukturelle und personelle Rahmenbedingungen.

## **7. Fazit**

Der Weg der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung von der Ausgrenzung zur Inklusion ist zwar eingeschlagen, das Ziel ist jedoch noch längst nicht erreicht.

Im Hinblick auf die Forschungsfrage dieser Bachelorarbeit lässt sich sagen, dass es im Rahmen der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung einige Aspekte zu beachten gilt. Es konnte gezeigt werden, dass die Pubertät und das junge Erwachsenenalter vor allem eine Lebensphase darstellt, in der viele physiologische Veränderungsprozesse stattfinden, diese von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung durch die kognitiven Fähigkeiten, der mangelnden Aufklärung und Beachtung emotional nicht erfasst und verarbeitet werden können. Außerdem erfahren Betroffene weitere Hindernisse durch Vorurteile von Bezugspersonen und der Öffentlichkeit. Die mangelnde Auseinandersetzung mit der Sexualität führt dazu, dass Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko haben, Opfer sexueller Gewalt zu werden. Im Mittelpunkt der Arbeit stehen die Bedürfnisse und Bedarfe der untersuchten Personengruppe, auf die durch Bezugspersonen nur unzureichend

eingegangen wird. Hier setzt die pflegerische Unterstützung in betreuten Wohneinrichtungen an, denn Pflegende müssen sich der Lebenssituation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung bewusst werden und Maßnahmen einleiten, um die sexuelle Selbstbestimmung im Alltag zu integrieren und zu fördern. Die Maßnahmen beziehen sich z.B. auf die Körperpflege, bei der Bewohner\*innen die Entscheidungsfreiheit bekommen, wann und von wem sie geduscht werden wollen und die Förderung der Körperwahrnehmung durch Konzepte wie basale Stimulation. Die Kommunikation mit den Betroffenen, als auch die Kommunikation innerhalb des Teams spielen eine wichtige Rolle. Hierbei ist es wünschenswert eine personenzentrierte Haltung einzunehmen und sich ständig selbst zu reflektieren, weil Bewohner\*innen dadurch ernst genommen werden. Um Probleme zu lösen, ist es sinnvoll regelmäßige Supervisionen einzuleiten oder eine Leitlinie beziehungsweise ein Konzept zu entwickeln, an das sich alle Betroffenen halten. Wenn sich Grenzen innerhalb des Teams oder der Einrichtung aufzeigen, kann externe Hilfe in Form von Beratungsstellen hinzugezogen werden. Diese können durch ihr Fachwissen die Mitarbeitenden in einem angemessenen Umgang über Sexualität in Wohneinrichtungen beraten und schulen. Die Wahrung der Privatsphäre ist mitunter die wichtigste Maßnahme, die im pflegerischen Alltag umgesetzt werden sollte. Ebenfalls müssen Möglichkeiten in Form von privater Zeit oder Übernachtungen geschaffen werden.

Die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit geistiger Behinderung ist ein Grundbedürfnis und in den Grundrechten, sowie den Regelungen der UN-Behindertenrechtskonvention verankert. Grundsätzlich gilt es die Rechte einzuhalten und auf die Bedürfnisse einzugehen. Hierbei müssen alle Betroffenen das gleiche Ziel verfolgen und vor allem Vorurteile, sowie eine Akzeptanz gegenüber der Sexualität von Menschen Behinderungen ablegen. Nur durch ein sexualfreundliches Klima können Einschränkungen und Barrieren aufgehoben werden und Jugendlichen und jungen Erwachsenen das Gefühl vermittelt werden, dass sie mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden.

## Quellenverzeichnis

- Ackermann, K.-E. (2004):** Dienstleistungsangebote für Erwachsene mit geistiger Behinderung. In: Ahrbeck, B; Rauh, B. (Hrsg.) (2004): Behinderung zwischen Autonomie und Angewiesensein Stuttgart: W. Kohlhammer
- Bannasch, M. (2002):** Behinderte Sexualität - verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm: AG-SPAK-Publikationen
- Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung (2017):** Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin: Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung
- Behrens, J.; Langer, G. (2010):** Evidence-based Nursing and Caring. Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung 3., überarbeitete und ergänzte Auflage. Bern: Hans Huber Verlag für Sozialwissenschaften
- Bogner, A., Littig, B.; Menz, W. (2014):** Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer VS
- Brown, M.; McCann, E. (2018):** Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature In: Research in Developmental Disabilities (74) S.124–138
- Bundesagentur für Arbeit (2019):** Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich Nürnberg: Statistik der Bundesagentur für Arbeit. Online: <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> Zugriff [16.05.2019]
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2018):** Forschung Sexualaufklärung: ReWiKs' Online: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/rewiks/> Zugriff am [26.5.2019] Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2019):** Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2005):** Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Köln: World Health Organization
- Eschenbeck, H.; Knauf, R.-K. (2018):** Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In: Lohaus, A. (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Berlin: Springer Verlag

- Fegert, J.M.; Jeschke, K.; Thomas, H.; Lehmkuhl, U. (2006):** Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung Weinheim: Juventa Verlag
- Hofmann, I. (2001):** Konstitutive Grenzüberschreitung im Pflegealltag In: intensiv 9 (6) S.251 bis 254
- Holland-Hall, C.; Quint, E. H. (2017):** Sexuality and Disability. In: Adolescents In: Pediatric Clinics of North America 64 (2) S.435 bis 449
- Kleinevers, S. (2004):** Sexualität und Pflege. Bewusstmachung einer verdeckten Realität. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
- Konrad, K.; König, J. (2018):** Biopsychologische Veränderungen. In: Lohaus, A. (2018): Entwicklungspsychologie des Jugendalters. Berlin: Springer Verlag
- Kossat, Jutta (2018):** Sexualität. Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen München: Elsevier Urban & Fischer
- Maslow, A.H. (1943):** A Theory of Human Motivation
- Maulik, P. K.; Mascarenhas, M.N.; Mathers, C.D.; Dua, T.; Saxena, S. (2011):** Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies. In: Research in Developmental Disabilities 32 (2) S.419 bis 436
- Mayring, P. (2015):** Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz
- Meuser, M.; Nagel, U. (2002):** Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung. In: Bogner, A.; Littig, B; Menz, W. (Hrsg.) (2002): Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaften. Neue Entwicklungen und Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Neander, K.D. (2014):** Sich als Mann oder Frau fühlen. Zum Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Pflege. 1. Auflage Brake: Prodos Verlag
- Neuhäuser, G.; Steinhausen, H.-C.; Häbler, F.; Sarimski, K. (2013):** Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte. 4. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Ortland, B. (2008):** Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Ortland, B. (2016):** Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. Stuttgart: W. Kohlhammer
- Pfister, A.; Studer, M.; Berger, F.; Georgi-Tscherry, P. (2017):** Teilhabe von Menschen mit einer Beeinträchtigung (TeMB-Studie): Eine qualitative Rekonstruktion über verschiedene Teilhabebereiche und Beeinträchtigungsformen hinweg. Luzern und Zürich: Pro Infirmis

**Pörtner, M. (2012):** Ernstnehmen Zutrauen Verstehen. Personenzentrierte Haltung im Umgang mit geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen. Stuttgart: Clett-Cotta

**pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband (2019):** Sexualität und geistige Behinderung Online: <https://www.profamilia.de/themen/sexualitaet-und-behinderung.html> Zugriff [23.1.2019] Frankfurt/Main:

**PRISMA (2015):** TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. PRISMA Flow diagram. Online: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram> Zugriff am [10.01.2019]

**Rogers, C. (2012):** Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. 19. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag

**Rowe, W.S. (2007):** The effects of residential institutions on adult sexual adjustment. In: Journal of Human Behavior in the Social Environment 15 (4) S.81 bis 92

**Schallenkammer, N. (2016):** Autonome Lebenspraxis im Kontext Betreutes Wohnen und Geistige Behinderung. Ein Beitrag zum Professionalisierung- und Selbstbestimmungsdiskurs Weinheim: Beltz Juventa

**Schmidt, U. (2002):** Sexualität ohne Scham - Ethische Fragen zum Menschenrecht auf Sexualität. In: Bannsch, M. (2002): Behinderte Sexualität - verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm: AG-SPAK-Publikation

**Schrötle, M.; Hornberg, C. (2014):** Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen. Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht. Bielefeld: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

**Sinclair, J.; Unruh, D.; Lindstrom, L.; Scanlon, D. (2015):** Barriers to Sexuality for Individuals with Intellectual and Developmental Disabilities: A Literature Review. In: Education Training in Autism and Developmental Disabilities 50 (1) S.3 bis 16

**Statistisches Bundesamt (Destatis) (2019):** Schwerbehinderte Menschen am Jahresende. Online: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Tabellen/geschlecht-behinderung.html> Zugriff [22.5.2019] Wiesbaden: Statistisches Bundesamt (Destatis)

**Stirn, A.; Stark, R.; Tabbert, K.; Wehrum-Osinsky, S; Oddo, S. (2014):** Sexualität, Körper und Neurobiologie. Grundlagen und Störungsbilder im interdisziplinären Fokus. Stuttgart: W. Kohlhammer

**Stoffelen, J.M.T.; Herps, M.A.; Buntinx, W.H.E.; Schaafsma, D.; Kok, G, Curfs, L.M.G. (2017):** Sexuality and individual support plans for people with intellectual disabilities. In: Journal of Intellectual Disability Research 61 (12) S.1117 bis 1129

**Thieme (2015):** Pflege. I Care. Stuttgart: Georg Thieme Verlag

- Tietze, K-O. (2015):** Kollegiale Beratung. Problemlösungen gemeinsam entwickeln. 7. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Tluk, H.H.(2002):** Hospitalisierte Begrenzung von Sexualität. In: Bannsch, M. (2002): Behinderte Sexualität verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm: AG-SPAK-Publikation
- Walter, J. (Hrsg.) (2002):** Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexuallerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. 5.Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter Heidelberg GmbH
- WHO (2019):** Sexuelle Gesundheit. Online: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> Zugriff am [24.4.2019].  
Weltgesundheitsorganisation
- Williams, F.; Gordon, S.; McKechnie, A. (2014):** Sexual health services and support: The view of younger adults with intellectual disability. In: Journal of Intellectual and Developmental Disability 39 (2) S.147 bis 156
- Wissink, I. B.; van Vugt, E.; Moonen, X.; Stams, G-J. J.; Hendriks, J. (2015):** Sexual abuse involving children with an intellectual disability (ID): A narrative review  
Research In: Developmental Disabilities 36 S. 20 bis 35
- Zinsmeister, J. (2013):** Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In: Clausen, J.; Herrath, F. (Hrsg.) (2013) Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: W. Kohlhammer

## Anhangsverzeichnis

Anhang 1: Finale Suchstrategie in der Datenbank PubMed.....	2
Anhang 2: Finale Suchstrategie in der Datenbanken CINAHL .....	3
Anhang 3: Finale Suchstrategie in der Datenbank ERIC .....	4
Anhang 4: Relevanzprüfung der Literatur (Flow-Chart).....	5
Anhang 5: Einverständniserklärung (Blanko) und Informationsschreiben .....	6
Anhang 6: Interview (Transkript).....	9
Anhang 7: Interview (Analyse) .....	19
Anhang 8: Checkliste Maulik et al. (2011).....	27
Anhang 9: Checkliste Brown & McCann (2018) .....	29
Anhang 10: Checkliste Williams et al. (2014) .....	31

## Anhang

### Anhang 1: Finale Suchstrategie in der Datenbank PubMed

Deutsche Suchbegriffe	Englische Suchbegriffe	Trefferanzahl	
#1 Menschen mit geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intellectual disab*</li> <li>• MeSH: Intellectual Disability</li> <li>• Mental retardation</li> <li>• Developmental disab*</li> <li>• MeSH: Developmental disability</li> </ul>	67033 928331  114489 35342  19026	<b>OR</b>
#2 Jugendliche und junge Erwachsene	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adolescent</li> <li>• Youth</li> <li>• Young adults</li> <li>• Young adult</li> </ul>	2014224 2011853 941886 917431	<b>OR</b>
#3 Sexualität	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuality</li> <li>• MeSH: Sexuality</li> <li>• Intimacy</li> <li>• Sexual health</li> <li>• Sex</li> <li>• MeSH: Sexual behaviour</li> </ul>	272506 38957 3722 83216 808636 100955	<b>OR</b>
#4 Autonomie/ Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomy</li> </ul>	45558	
Finale Verknüpfung	<b>#1 AND #2 AND #3</b>	16	

**# Filter: Sprache → Englisch und Deutsch**

## Anhang 2: Finale Suchstrategie in der Datenbanken CINAHL

Deutsche Suchbegriffe	Englische Suchbegriffe	Trefferanzahl	
#1 Menschen mit geistiger Behinderung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intellectual Disability</li> <li>• Developmental Disability</li> </ul>	20645 10469	<b>OR</b>
#2 Sexualität/Sexuelle Entwicklung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexuality</li> <li>• Sex</li> <li>• Sexual development</li> <li>• Intimacy</li> <li>• Romantic relationship</li> <li>• Intimate relationship</li> </ul>	32017 199387 1133 3290 1330 1882	<b>OR</b>
#3 Autonomie/ Selbstbestimmung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomy</li> <li>• Self- determination</li> </ul>	25737 2890	<b>OR</b>
Finale Verknüpfung	#1 <b>AND</b> #2 <b>AND</b> #3	29	

### Anhang 3: Finale Suchstrategie in der Datenbank ERIC

# Intellectual Disability **OR**

# Developmental Disability **AND**

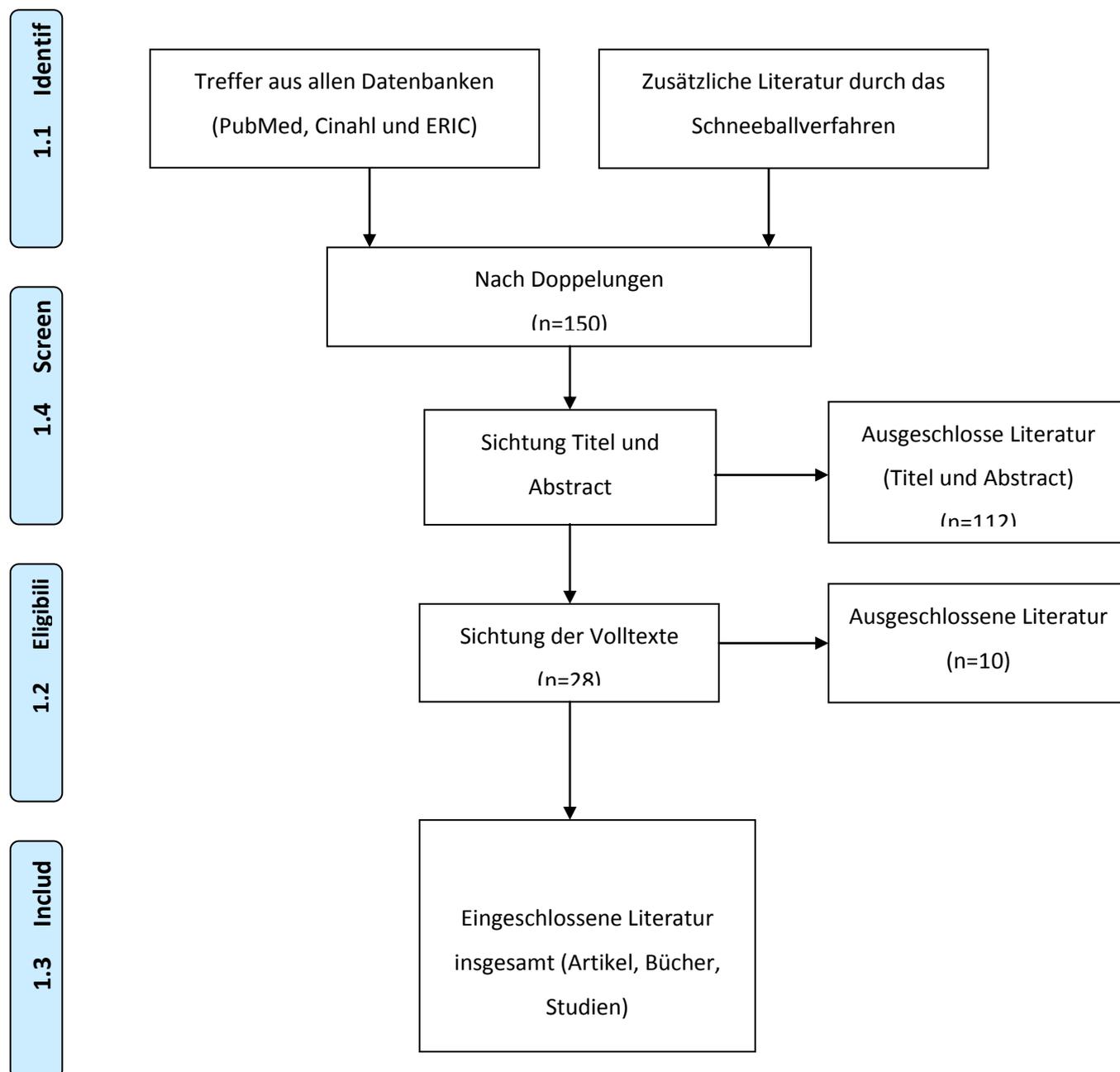
# Sexuality

Treffer: 101

## Anhang 4: Relevanzprüfung der Literatur (Flow-Chart)



### PRISMA 2009 Flow Diagram



In eigener Darstellung und Anlehnung an:

**PRISMA (2015):** TRANSPARENT REPORTING of SYSTEMATIC REVIEWS and META-ANALYSES. PRISMA Flow diagram. Online: <http://prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram> Zugriff am [10.01.2019]

## Anhang 5: Einverständniserklärung (Blanko) und Informationsschreiben

### Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten

Thema der Bachelorarbeit: Pflegerische Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung in betreuten Einrichtungen

Institution: Dualer Studiengang Pflege  
Hochschule für Angewandte Wissenschaften  
Fakultät für Wirtschaft & Soziales  
Department Pflege und Management

Interviewerin: Julia Meyer  
Betreuende Dozentin der Hochschule:  
Prof. Dr. Miriam Tariba Richter

Interviewdatum: 16.05.2019

Das Interview wird mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und verschriftlicht. Für eine weitere wissenschaftliche Auswertung des Interviews werden alle Angaben, die zu einer Identifizierung der Person führen könnte, verändert oder aus dem Text entfernt. In wissenschaftlichen Veröffentlichungen wird das Interview nur in Ausschnitten zitiert, um gegenüber Dritten sicherzustellen, dass der einstehende Gesamtzusammenhang von Ereignissen nicht zu einer Identifizierung der Person führen kann.

Personenbezogene Kontaktdaten werden von den Interviewdaten getrennt für Dritte unzugänglich gespeichert.

Die Teilnahme an dem Interview ist freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit das Interview abubrechen, ohne das Ihnen dadurch irgendwelche Nachteile entstehen.

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen der Bachelorarbeit von Julia Meyer an einem Interview teilzunehmen.

ja nein

---

Vorname, Nachname

---

Ort, Datum

# Informationsschreiben

*Sexuelle Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in betreuten Einrichtungen*

## **Sehr geehrte Damen und Herren,**

mein Name ist Julia Meyer und ich studiere BA Pflege dual an Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg. Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich ein exploratives Experteninterview zum Thema sexuelle Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung in betreuten Einrichtungen führen.

## **Worum geht es?**

Die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist in der Gesellschaft und Öffentlichkeit nach wie vor nicht nur ein stark diskutiertes Thema, sondern wird auch weitestgehend vermieden oder tabuisiert (Bannsch 2002, S.63; Pfister et al. 2017, S.42). Über lange Zeit wurden dieser Personengruppe sexuelle Bedürfnisse abgesprochen und Vorurteile, sie seien asexuell oder besonders triebbetont führten dazu, dass die freie Entfaltung ihrer Sexualität kaum realisierbar war. Erst in den letzten Jahrzehnten zeigte sich, dass diese Vorurteile wissenschaftlich nicht haltbar sind. Menschen mit einer geistigen Behinderung hegen den Wunsch nach Nähe, Freundschaft, Geborgenheit, Liebe und sexuellen Erfahrungen (Ortland 2008, S.75). Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung findet im Grundgesetz, der Behindertenrechtskonvention und im Strafgesetzbuch seine Verankerung und soll durch Sozialpädagog\*innen, Betreuer\*innen, Pflegenden und Eltern in allen Lebenslagen umgesetzt werden. Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet nicht nur die freie Entscheidung, welche sexuellen Handlungen vorgenommen werden möchten, sondern auch Schutz vor Übergriffen oder Sexualdelikten zu finden. Mehrere Studien zeigen, dass Menschen mit geistigen Behinderungen, aber vor allem Frauen und Mädchen ein erhöhtes Risiko haben, Opfer sexueller Gewalt zu werden oder diese bereits erlebt haben (Ortland 2002, S.115; Fegert et al. 2006, S.89ff; Schröttle 2015, S.29ff). Dies lässt sich verschiedenen Gründen zuordnen, vor allem aber aufgrund lebenslanger, zum Teil struktureller Abhängigkeit durch Eltern oder Personal in betreuten Einrichtungen (Bannsch 2002, S.64; Fegert et al. 2006, S.23)

Ausgehend vom Grundrecht auf Sexualität und sexueller Selbstbestimmung sollte jeder Mensch die Möglichkeiten zu gelebter Sexualität haben. Dabei stehen jedoch in unterschiedlichen Lebensphasen auch unterschiedliche Bedürfnisse und Ausdrucksweisen im Vordergrund. Vor allem Jugendliche und junge Erwachsene müssen in der Zeit der Adoleszenz beziehungsweise Pubertät nicht nur körperlichen Veränderungen, sondern auch Entwicklungsaufgaben in den unterschiedlichsten Bereichen bewältigen (Ortland 2008, S.44ff). Dazu gehören Themen wie die Körperlichkeit, Kontakt- und Beziehungsgestaltung, Lusterfahrung und der Umgang mit einem Kinderwunsch. Diese gilt es zu unterstützen und zu fördern, ganz gleich ob ein Mensch eine Behinderung hat oder nicht. Inwieweit Bezugspersonen Jugendliche und junge Erwachsene mit geistiger Behinderung in ihrer sexuellen Selbstbestimmung unterstützen können, soll im Laufe der Arbeit untersucht und evaluiert werden. Einen Zugang zum Thema kann durch ein exploratives Experteninterview geschaffen werden, welches als Grundlage für weitere Ausführungen in der Arbeit dient (Gläser & Laudel 2010)

### **Sollten Sie sich dazu entschließen dieses Interview zu führen...**

Das Interview ist halbstrukturiert. Dies bedeutet, dass es einen Leitfaden geben wird, anhand derer sich die Struktur des Interviews abbilden lässt. Das Interview wird ca. 30 Minuten dauern und an einem ruhigen Ort stattfinden. Thematisch beziehen sich alle Fragen auf die sexuelle Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsene in Ihrer Einrichtung. Themeninhalte werden folgende sein: Perspektive der Mitarbeitenden zum Thema, Sexuelle Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen, Einschränkungen und Barrieren der sexuellen Selbstbestimmung in betreuten Einrichtungen, Unterstützung der sexuellen Selbstbestimmung.

Das Gespräch wird durch eine Tonaufnahme festgehalten und anschließend in eine schriftliche Form übertragen.

Ein direkter Nutzen aus der Teilnahme an dem Gespräch für Sie ist nicht zu erwarten. Das, was Sie uns in dem Gespräch mitteilen trägt jedoch dazu bei,

### Wichtig zu wissen:

- Die Teilnahme an diesem Interview ist grundsätzlich mit keinen Risiken verbunden. Wenn Sie sich jedoch durch die Gespräche in irgendeiner Form unwohl oder belastet fühlen, kann das Gespräch jederzeit abgebrochen werden.
- Die Teilnahme an diesem Interview ist freiwillig. Sie können bis zum Folgetag des geführten Interviews durch mündliche oder schriftliche Mitteilung abbrechen und müssen dafür keine Gründe nennen. Die Ablehnung der Teilnahme oder ein vorzeitiges Ausschneiden haben keine Konsequenzen für Sie.
- Ich versichere Ihnen, dass Ihre Unterlagen vertraulich behandelt werden und keine Rückschlüsse auf Ihre Person zulässt. Der Zugang zu Ihren Daten, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken verwendet werden, obliegt nur der Interviewführerin und der betreuenden Dozentin, die der Schweigepflicht unterliegen. Ihr Name, Ihr Geschlecht und Ihre Institution werden an keiner Stelle in der Arbeit erscheinen.

Bei Fragen stehe Ich Ihnen gerne zur Verfügung. Kontaktadresse und Angabe finden Sie unten.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie an einem Interview interessiert sind und teilnehmen möchten!

Mit freundlichen Grüßen,

*Julia Meyer*

## Anhang 6: Interview (Transkript)

<b>Thema der Bachelorarbeit</b>	Pflegerische Unterstützung bei der sexuellen Selbstbestimmung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit einer geistigen Behinderung in betreuten Einrichtungen
<b>Art des Interviews</b>	Exploratives Experteninterview
<b>Name der Audiodatei</b>	Sprache 002 sd
<b>Datum der Aufnahme</b>	16.05.2019
<b>Ort der Aufnahme</b>	Küche in der Wohneinrichtung
<b>Dauer der Aufnahme</b>	23:33 Minuten
<b>Befragte Person</b>	B (Mitarbeiterin in der Wohneinrichtung)
<b>Interviewerin</b>	Julia Meyer
<b>Datum der Transkription</b>	16.05.2019

- 1 **I:** Vielen, vielen Dank, dass du dich bereit erklärt hast  
2 und dann würde ich dich zum Einstieg erst mal fragen  
3 beziehungsweise bitten mir zu erzählen, wie dein  
4 Arbeitsalltag hier aussieht, beispielweise im  
5 Tagdienst.  
6
- 7 **B:** Ähm ja...Im Tagdienst, hast du ja gesehen, starte ich den  
8 Tag indem ich erstmal irgendwie gucke was ansteht, wir  
9 haben ja ein Übergabebuch, da steht drin was so los war im  
10 vorherigen Dienst...ähm..., dann schaue ich in den Timer rein,  
11 da steht für jeden Tag drin, was ansteht und welche  
12 Therapien anstehen, dann gibt es noch ähm...Duschlisten, wer  
13 an dem Tag duschen muss und ähm dann kann man schon  
14 anfangen sich ein bisschen seinen Tag zu planen. Ähm...Ein  
15 Bewohner ist ja dann schon da, der kommt schon etwas  
16 früher und dann startet der Tag, dass ich gucke wann ein  
17 bestimmter Bewohner kommt und den hole ich dann  
18 bestenfalls vom Bus ab. Bereite Kaffee vor und frag dann  
19 die Bewohner, frag dann was so ansteht und bespreche wann  
20 wer duschen kann, soll, möchte. Ja, dann wird vor dem  
21 Abendessen einer geduscht und eventuell noch ein zweiter,  
22 so kurz nach dem Abendessen. Ähm...Ja dann kommt irgendwie  
23 der Tischdienst zum Abendessen und bereitet den  
24 Abendbrotstisch vor ähm...und zwischendurch noch ganz viel  
25 Wäsche zu waschen. Ja genau dann noch so die Kleinigkeiten  
26 die so anfallen. Also wenn jetzt zum Beispiel keine  
27 Therapie ist oder kein Termin ist von den Bewohnern dann  
28 ja... also es gibt immer ganz viel zu tun.  
29
- 30 **I:** Und du sagtest, die Bewohner verlassen dann wann das  
31 Haus?  
32
- 33 **B:** Ähm... Morgens! Also um 8 ist es hier leer, also der  
34 letzte geht hier so gegen viertel vor acht, wird er  
35 abgeholt, beziehungsweise wir haben einen Busfahrer,  
36 der ist immer ganz entspannt, der sitzt dann morgens  
37 immer noch mit einem Kaffee bei uns und quatscht dann  
38 noch. Der hat die Ruhe weg und dann verlässt man  
39 eigentlich das Haus. Genau und um 14 Uhr startet der  
40 Nachmittag.  
41
- 42 **I:** Und was passiert dann am Nachmittag?  
43
- 44 **B:** Ähm...Die pflegerischen Sachen, Duschen, Umziehen,  
45 Toilettengänge ähm...weiß ich nicht, Bewohner rasieren,  
46 wenn sie das möchten oder manchmal möchte auch ein  
47 Bewohner, der hat so eine Hängeschaukel, da möchte er  
48 dann rein, also das kommuniziert er dann, also der  
49 spricht halt nicht, der wird dann gefragt und zeigt  
50 dann was er möchte. Und sonst dann einem beim  
51 Computerproblem helfen. Gestern ist dann beim einen  
52 eine Steckdose kaputt gegangen und dann musste man  
53 alles um stöpseln und ja so die alltäglichen Dinge. Man  
54 hat auch manchmal Zeit einfach mal für eine halbe  
55 Stunde mit denen Kaffee zu trinken und über  
56 verschiedene Sachen zu quatschen. Das ist dann ganz  
57 nett. 1  
58
- 59 **I:** Alles klar. Du weißt ja, was das Thema meiner  
60 Bachelorarbeit ist und zwar geht es ja um sexuelle  
61 Selbstbestimmung. Und deswegen wollte ich dich einmal  
62 fragen, was du unter dem Begriff sexuelle

- 1 Selbstbestimmung verstehst? Also erstmal ganz  
2 allgemein.  
3
- 4 **B:** Also sexuelle Selbstbestimmung ist für mich so ein  
5 Thema ähm...Also diese Offenheit wird vorausgesetzt, also  
6 dass der Bewohner sich selbst bewusst ist, was möchte  
7 ich, was für Möglichkeiten habe ich und auch mit wem  
8 möchte ich das teilen, weil wir haben ja zwei Mädels  
9 hier in der Wohngruppe und fünf Jungs und dann kommt es  
10 schon mal vor, dass ein Bewohner sagt ja Ich würde viel  
11 lieber von einem Mann geduscht werden, dass dann diese  
12 Entscheidungsfreiheit quasi da ist.  
13
- 14 **I:** Könnt ihr das denn gewährleisten?  
15
- 16 **B:** Ähm...Jein...Also wir versuchen das. Dadurch, dass wir hier  
17 im Team zwei Männer und fünf Frauen haben, ist das halt  
18 schon oft ein bisschen schwierig, aber der Bewohner,  
19 der sucht sich dann selbst aus wann er duscht und mit  
20 wem er duscht. Also wir haben eine Duschliste, mit der  
21 alle Bewohner einverstanden sind, aber er fällt so ein  
22 bisschen raus. Also auf seinen eigene Wunsch hin kommt  
23 er dann auf Mitarbeiter zu und fragt dann: „Okay kannst  
24 du es heute irgendwie noch einplanen mich irgendwie zu  
25 duschen?“  
26
- 27 **I:** Und welche Erfahrung hast du in den letzten Jahren mit  
28 dem Thema sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit  
29 Behinderung gemacht?  
30
- 31 **B:** Ähm... Ein Bewohner von uns hat eine Freundin,  
32 beziehungsweise sie hat ihn Silvester einen Antrag  
33 gemacht. Total coole Aktion (lacht)Ja und die kommt  
34 mehr oder weniger regelmäßig vorbei zu uns. Also wir  
35 haben den Rhythmus, dass zwei Bewohner am Wochenende,  
36 also alle zwei Wochenenden bei ihren Eltern sind und  
37 dann hatten wir das mal so eingeführt, dass wenn die  
38 beiden weg sind, kann sie bei uns schlafen.  
39
- 40 **I:** Ach cool!  
41
- 42 **B:** Und der Bewohner hat ähm... Neben seinem Pflegebett hat  
43 er noch so eine andere Bettebene mit einem Mitarbeiter  
44 zusammen gebaut und wenn man halt das Bettgitter runter  
45 macht, kann man das Bett heran schieben und dann haben  
46 sie quasi ein großes Bett und ja ähm, die schläft dann  
47 bei uns oder wenn sie auch tagsüber da ist, dann kommen  
48 sie halt auf mich zu: „Ja Steffi, kannst du mich  
49 vielleicht in das Bett legen ähm ich möchte gerade ein  
50 bisschen Zeit mit (Name gelöscht) verbringen“ und dann  
51 ist das halt kein Problem. 2
- 52 **I:** Wie ist das bei den anderen Bewohnern? Fällt dir da  
53 noch ein konkretes Beispiel ein?  
54
- 55 **B:** Ja. Also wir haben eine Bewohnerin, da ist das halt  
56 Etappenweise, da fällt es manchmal auf wenn man sie  
57 duscht, dass sie dann mit dem Duschstrahl Richtung  
58 Intimbereich geht. Und dann frage ich auch, wenn mir  
59 das auffällt: „Möchtest du gerade ein bisschen alleine  
60 sein, ich kann auch kurz noch irgendwie Handtücher  
61 zusammenlegen oder so, dann kannst du noch 5 Minuten  
62 für dich haben“. Oder frag dann auch, ob sie nach dem  
63 Duschen ähm... Dann decke ich sie immer mit der Decke zu

- 1           bevor ich sie dann anziehe. Und dann frag Ich, ob sie  
2           denn nochmal ein bisschen so liegen bleiben möchte und  
3           ob ich rausgehen soll. Weil so frisch geduscht, ohne  
4           Inkontinenzmaterial ist das dann eine andere Erfahrung..  
5
- 6   **I:**     Das macht ihr dann schon so mit den Bewohnern?  
7
- 8   **B:**     Genau. Also wir fragen sie dann ob sie Zeit brauchen,  
9           wenn wir denken, dass das das Bedürfnis ist. das ist  
10           bei ihr dann immer so etappenweise, das merkt man dann  
11           auch immer. Oder wenn man dann merkt, dass ein  
12           Bewohner, der sich dann nicht sprachlich äußern kann,  
13           dann wenn er irgendwie auf der Toilette sitzt quasi,  
14           der hat auch so einen speziellen Toilettenstuhl, dass  
15           der sich dann unten rum ein bisschen berührt, dann sage  
16           ich ihm: „Du Ich komm in 10 Minuten wieder“ und lass  
17           ihm seine Zeit quasi.  
18
- 19   **I:**     Das heißt euch ist das auch wichtig, also einen offenen  
20           Umgang miteinander zu haben?  
21
- 22   **B:**     Ja...Also mir jedenfalls. Und ich gehe mal stark davon  
23           aus, dass es meinen anderen Kollegen auch so geht  
24           (lacht)  
25   Also wir reden da relativ offen drüber. Bei einer Bewohnerin  
26           war schon einmal die Überlegung, ob man ihr vielleicht  
27           einen längeren Duschkopf holt, damit sie da besser  
28           berühren kann. Weil sie ist in ihrer Bewegung so ein  
29           bisschen eingeschränkt.  
30
- 31   **I:**     Ihr seid ganz schön kreativ, merkt man (lacht).  
32
- 33   **B:**     (Lacht) Ja, nur die Hilfsmittelfirma sagt, dass gibt's  
34           wohl so nicht wirklich, also dann müsste man in den  
35           Baumarkt fahren oder gucken, was es da so gibt...So einen  
36           Verlängerungsschlauch...ähm...Ich weiß nicht, da gibt's  
37           bestimmt auch andere Modelle.  
38
- 39   **I:**     Wie ist das Thema Nähe- und Distanz hier, also das ist  
40           ja dann auch schon sehr intim?  
41
- 42   **B:**     Ja das stimmt.  
43
- 44   **I:**     Kommst du da manchmal an deine Grenzen?  
45
- 46   **B:**     Ähm...Also Ich muss sagen ich bin sehr offen was das  
47           angeht, also der eine Bewohner kam auch während ich  
48           mein FSJ hier gemacht habe auf mich zu mit einer  
49           anderen Mitarbeiterin und hat mich halt ganz offen  
50           gefragt ähm: „ja Steffi ich habe auch manchmal  
51           Bedürfnisse wäre das für dich okay, dass du mich ab und  
52           zu mal aufs Bett legst und unten rum frei machst, damit  
53           ich halt 5 Minuten haben kann? So für mich selbst?“ Und  
54           sowas halt... Ich habe damit absolut kein Problem ich bin  
55           ja nicht Teil davon  
56
- 57   **I:**     Ja klar..  
58
- 59   **B:**     Also Ich kann mich da eigentlich ganz gut abgrenzen,  
60           sei es, dass ich den Bewohner mit seiner Freundin in  
61           das Bett lege und frage: „Möchtest du so liegen?  
62           Möchtest du, dass ich dich noch näher an sie heran

- 1 schieben? Soll ich dich noch etwas drehen? Soll ich da  
2 noch ein Kissen zum Stabilisieren hinlegen?"  
3
- 4 **I:** Also Ich finde schon, dass das ein sehr offener Umgang  
5 ist, also man hört es selten, dass so offen mit diesem  
6 Thema umgegangen wird. Auch wenn man sagt, ja klar ich  
7 bin natürlich nicht Teil dessen, aber man unterstützt  
8 sie soweit, wie es geht.  
9
- 10 **B:** Ja.  
11
- 12 **I:** Finde ich großartig.  
13
- 14 **B:** Da haben wir uns mit dem Team quasi auch Gedanken  
15 drüber gemacht, so wo für uns selbst die Grenzen sind.  
16 Auch, dass wir halt so eine Organisation einladen, das  
17 ist so eine Organisation, die sich für solche Sachen  
18 einsetzt und aufklärt. Genau, wie wir damit umgehen  
19 würden, so da sind bei anderen die Grenzen sehr viel  
20 weiter gesteckt, da meinte er (Leiter der  
21 Wohneinrichtung), also meinte er mal dass er auch mehr  
22 unterstützen würde, also hinlegen und Tür zu.  
23 Und das ist vom Gesetz auch nicht so eindeutig  
24 abgesteckt. Und dafür auch die Organisation. So und  
25 dann meinten wir okay, jeder soll so weit gehen, wie er  
26 das für sich okay empfindet und dann quasi seine  
27 eigenen Grenzen ziehen. Also wir haben irgendwie auch  
28 eine Kollegin, die sagt: „ähm seine Freundin kann gerne  
29 kommen, aber möchte sie nicht zusammen ins Bett legen“.  
30 Das ist dann halt abhängig. Also sehr menschenabhängig.  
31
- 32 **I:** Das glaube Ich dir...glaubst du, dass man selbst mit  
33 seiner Sexualität im Reinen sein muss, um sag ich mal,  
34 Menschen so zu unterstützen oder generell offen sein  
35 muss...Also mit der eigenen Sexualität?  
36
- 37 **B:** Also Ich kann mir gut vorstellen, dass jemand der  
38 allgemein, ich sag jetzt mal verklemmt ist und ein sehr  
39 eingeschränkten Blickwinkel hat...Also es ist halt dieses  
40 Klischee: „Menschen mit Behinderungen sind asexuell“ 4  
41 und so was halt. Also man möchte sich auch seine Eltern  
42 nicht beim Sex vorstellen, so und das ist halt. Ja Ich  
43 denke schon, dass das sehr viel mit einem selbst und  
44 der Sexualität zu tun hat. Man muss schon offen sein  
45 und sich reflektieren.  
46
- 47 **I:** Du hast das gerade so schön angesprochen: „Menschen mit  
48 Behinderung sind asexuell oder dürfen ihre Sexualität  
49 nicht ausleben“ Begegnet dir das gesellschaftliche  
50 Stigma oft? Oder hast du mal mit jemanden drüber  
51 gesprochen?  
52
- 53 **B:** Also wenn ich dann von meinem Beruf erzähle, dann ist  
54 das eher so: „Oh gott sowas könnte ich nicht“.  
55 Und ich kann mir vorstellen, dass diese Leute sich das  
56 auch nicht so vorstellen können oder möchten. Das kommt  
57 auch alles auf die Behinderung an. Also unsere Klienten  
58 sind alle recht fit was das Thema Sexualität angeht.  
59 Die können sich mehr oder weniger frei bewegen, sie  
60 können sich fast selbstständig im Bett umdrehen und  
61 auch ihre Wünsche äußern. Also ich muss auch sagen in  
62 meinem Umfeld sind relativ viele Erzieher und  
63 Erzieherinnen und da wird das Thema schon ein bisschen

- 1 offener behandelt. Also es kommt dann eher so diese  
2 Frage: „Wie funktioniert das? Wie unterstützt du das  
3 ähm...Wie hältst du das aus oder ist dir das nicht zu  
4 nahe oder zu viel“. Aber an sich bin ich froh, dass ich  
5 so ein offenes Umfeld habe.  
6
- 7 **I:** Und...Wie ist das mit den Bedürfnissen. Von wo bis wo  
8 gehen die Bedürfnisse, was würdest du sagen? Geht das  
9 eher um Beziehungen oder auch um ähm Beziehungen  
10 Richtung Freundschaft oder auch wirklich um den  
11 Geschlechtsakt, weißt du was ich meine?  
12
- 13 **B:** Von den Klienten her?  
14
- 15 **I:** Wie äußern sich die Bedürfnisse?  
16
- 17 **B:** Ich würde schon sagen...also es geht halt weniger um das  
18 Körperliche würde ich sagen, weil eine Klientin von  
19 mir, die hat zum Beispiel einen Freund oder ihren  
20 Freund, das ist nicht immer so klar was genau das nun  
21 ist. Es geht bei vielen einfach darum, dass sie  
22 jemanden quasi für sich haben, der sich wirklich für  
23 sie alleine interessiert, dass sie diese Person halt  
24 haben, zu der sie gehen können, bei der sie halt Nähe  
25 haben und ähm ja...  
26
- 27 **I:** Ja das sagt Sexualität eigentlich auch aus, dass es  
28 nicht nur das Körperliche ist, sondern, dass es in  
29 verschiedenen Dimensionen stattfinden kann. Zum  
30 Beispiel die Nähe zu jemanden und Freundschaften und  
31 auch um die eigene Identität zu entwickeln  
32
- 33 **B:** Das stimmt. Ich glaube, darum geht es den meisten auch.  
34 5
- 35 **I:** Dann komme ich jetzt zu den Einschränkungen und den  
36 Barrieren...Welche Einschränkungen erfahren die Bewohner  
37 und Bewohnerinnen hier? Also wenn es um die sexuelle  
38 Selbstbestimmung geht. Vielleicht jetzt auch mal  
39 unabhängig von ihrer Behinderung oder vom Wohnheim an  
40 sich. Fällt dir da noch was ein?  
41
- 42 **B:** Es ist... Meinst du damit zum Beispiel auch was personell  
43 bedingt ist? Dass nicht alle Mitarbeiter sie da so  
44 unterstützen wie sie das halt gerne möchten?  
45
- 46 **I:** Ja zum Beispiel  
47
- 48 **B:** Ja, also es gibt eine Sexualbegleiterin, die...oh wie  
49 hieß die...irgendwie Edith oder so, die ist auch in den  
50 sozialen Medien weit verbreitet, die bietet auch  
51 Sexualbegleitung an und das ist glaube ich auch dieser  
52 finanzielle Aspekt zum Teil. Also wenn man sich  
53 vorstellt, dass man keinen Menschen hat, der einen da  
54 dahingehend unterstützt, dann muss man sich die Person  
55 kaufen. Und das ist gar nicht so günstig. Das kostet  
56 dann schon mal 150 oder 200€. Und dadurch, dass die  
57 Klienten nicht so viel in deren Werkstätten verdienen,  
58 ist das dann ein krasser finanzieller Aspekt.  
59
- 60 **I:** Und gibt es da nichts oder niemanden der sie da  
61 unterstützen könnte finanziell? Also das bezahlt die  
62 Pflegeversicherung nicht?  
63

- 1 **B:** Nein...Also das müssen sie privat bezahlen. Ich habe auch  
2 schon von Fällen gehört, wo ein Familienmitglied denen  
3 das bezahlt hat, weil sie da auch sehr offen waren und  
4 gesagt haben: „Ein Mensch hat seine Bedürfnisse und nur  
5 weil er in seinem Körper gefangen ist, heißt das nicht,  
6 dass diese Bedürfnisse nicht gestillt werden sollen und  
7 können.“  
8
- 9 **I:** Wie ist das mit der Perspektive der  
10 Familienangehörigen? Hast du da einmal etwas  
11 mitbekommen? Wie die zu diesem Thema stehen? Oft hört  
12 man immer so: „Nein mein Kind macht solche Sachen  
13 nicht“  
14
- 15 **B:** (lacht) Also wir haben hier tatsächlich eher weniger  
16 mit den Familien zu tun, weil es sind hier ja alles  
17 Volljährige. Aber ich hatte letztens ein Gespräch mit  
18 dem Bewohner der bei uns auch im Kinderheim  
19 aufgewachsen ist und mit dem habe ich drüber gesprochen  
20 als ihn ins Bett gelegt habe. Ich habe ja gesagt, dass  
21 ich die dann immer zudecke vorher also bevor ich die  
22 komplett ausziehe und dann hat er mich gefragt warum  
23 ich das mache und dann meinte ich: „naja um dir ein  
24 bisschen Privatsphäre zu geben. Auch wenn ich dich  
25 kenne, ist es ja nicht so schön wenn du da komplett  
26 nackt vor mir liegst“ und dann meinte er zu mir: „Vor  
27 dir stört mich das nicht, aber bei meiner Mutter würde  
28 mich das stören“. Also da sieht man ganz klar, dass der  
29 Scham vor den Eltern größer ist, als vor uns.  
30
- 31 **I:** Glaubst du denn, wenn sie mit den Eltern zu tun haben,  
32 dass sie sich scheuen davor, das auch anzusprechen bei  
33 den Eltern? Also glaubst du sie würden eher auf dich  
34 zukommen als auf ihre Eltern?  
35
- 36 **B:** Ja  
37
- 38 **I:** Ja?  
39
- 40 **B:** Ja. Also die Bewohner die das momentan ausleben auf  
41 jeden Fall. Und die eine Bewohnerin, wo das so  
42 phasenweise ist, die würde allein aus religiösen  
43 Gründen da nicht mit ihrer Familie drüber sprechen. Und  
44 Ich glaube bei dem anderen Bewohner mit seiner  
45 Verlobten ist das Verhältnis mit seiner Familie zwar  
46 sehr gut und die wissen auch...sie kennen wahrscheinlich  
47 ihren Sohn, aber ich kann mir vorstellen, dass er  
48 lieber auf die Mitarbeiter weiter zukommt, als auf  
49 seine Eltern.  
50
- 51 **I:** Okay dann habe ich jetzt noch zu den strukturellen  
52 Gegebenheiten etwas. Also zum Beispiel hier jetzt  
53 gerade in der Wohneinrichtung. Inwiefern siehst du  
54 strukturelle Gegebenheiten als Hindernis? Für Bewohner  
55 ihre Sexualität auszuleben? Also jetzt die Räume, wenn  
56 man jetzt daran denkt, dass es früher beispielsweise 10  
57 Bett Zimmer gab.  
58
- 59 **B:** Achso... Also zum Glück hat jeder unserer Bewohner ein  
60 Einzelzimmer. Sonst sind eher so die strukturellen  
61 Sachen, also wenn sie jetzt Sexualität mit jemanden  
62 anderen ausleben möchten ähm... Ist es zum Teil dieses  
63 personelle Ding. Wir haben gesagt, die Verlobte darf

- 1           gerne kommen wenn zwei Bewohner nicht da sind und jetzt  
2           ist in Überlegung, dass sie sich einen Pflegedienst  
3           besorgt weil wir ... also es ist halt Mehrarbeit und das  
4           muss dann der Mitarbeiter selbst entscheiden ob er sich  
5           diese Mehrarbeit machen möchte ähm.. ansonsten  
6           strukturelle Gegebenheiten  
7
- 8   **I:**    Beispielsweise Angebote...Kommen die Bewohner noch mit  
9           anderen in den Kontakt? Bei der Arbeit wahrscheinlich  
10           oder?  
11
- 12   **B:**    Ja genau...Bei der Arbeit. Die gehen alle in Werkstätten  
13           beziehungsweise zwei in Tagesförderstätten und ich  
14           glaube, dass da schon so ein reger Austausch  
15           stattfindet, da hat der Bewohner auch seine Verlobte  
16           kennengelernt...Ich denke mal das ist dieser Dreh und  
17           Angelpunkt, wo alle sozialen Kontakte stattfinden.  
18
- 19           I:    Auf der Arbeit meinst du?  
20
- 21           B:    Genau 7  
22
- 23   **I:**    Aber eher selten zu Menschen ohne Behinderung?  
24
- 25   **B:**    Ja  
26
- 27   **I:**    Also würdest du sagen die bleiben schon in diesem  
28           Kreis?  
29
- 30   **B:**    Ja. Also wir haben zwar ein sehr gutes Verhältnis zu  
31           unseren Nachbarn hier...Also die sind super nett und  
32           helfen...beziehungsweise sie sind auch Spender an diese  
33           Einrichtung und... Also wir haben wir haben hier auch  
34           mehrmals eine Party veranstaltet wo wir auch einige  
35           Nachbarn eingeladen haben und ja. Also es ist alles  
36           sehr nett aber wirklich Beziehungen bauen sich leider  
37           nur unter Menschen mit Behinderungen auf.  
38
- 39   **I:**    Du hattest das ja auch schon viel gesagt, aber wie  
40           könnten Bezugspersonen die sexuelle Selbstbestimmung am  
41           besten fördern und in den Alltag integrieren? Was sind  
42           so Sachen, wo du so sagst, das ist am Wichtigsten?  
43
- 44   **B:**    Also Ich finde es muss eine Offenheit darüber  
45           herrschen. Dass man in einer richtigen Atmosphäre im  
46           richtigen Setting darüber spricht und auch sprechen  
47           kann, also jetzt nicht irgendwie so beim  
48           Abendsbrotstisch. Und Vertrauen...ja...Vertrauen ist  
49           wichtig.  
50           Man muss da offen drüber kommunizieren, dass man  
51           sich hat auch nicht schämt, ist ja ein normales Thema.  
52           Also wir wollen ja jetzt demnächst jemanden von der  
53           Organisation einladen, der unsere, also der unsere  
54           ganzen Mitarbeiter darin schult. Und viele sind sich da  
55           ja auch nicht so sicher wie weit kann ich gehen, wie  
56           weit darf ich gehen, wie weit möchte ich gehen. Das hat  
57           viel mit Kommunikation zu tun. Das ist das Wichtigste  
58           und dieses Fingerspitzengefühl...Also einige Bewohner  
59           kommen aus dem Kinderheim bei uns und da haben sie  
60           erzählt, dass...wie es leider so ist... Dass es tabuisiert  
61           wurde oder das da nicht drauf eingegangen wurde. Und  
62           dass sie dann ein ganz komisches Gefühl hatten und sich  
63           geschämt haben. Und das geht natürlich nicht. Man muss

- 1 denen ein gutes Gefühl geben... dass sie da drüber  
2 sprechen können quasi ...Also dass man jetzt nicht „ihhh“  
3 kalten Waschlappen rüber schmeißen, sondern vielleicht  
4 drauf eingeht und diese Situation auffängt und fragt:  
5 „Möchtest du gerade ein bisschen alleine sein? Das ist  
6 kein Problem, dann mache ich in der Zeit etwas anderes“  
7
- 8 **I:** und ihr setzt euch ja auch im Team damit auseinander  
9 oder?  
10
- 11 **B:** Genau ja, dass wir offen drüber sprechen, wenn  
12 irgendwie was unangenehm war. Eine Situation zum  
13 Beispiel, dass das dann auch thematisiert wird, dass  
14 man in Zukunft sowas vermeiden kann oder wie man da  
15 besser mit umgehen kann und sollte. 8  
16
- 17 **I:** Ja schön...Ich glaub das war es tatsächlich auch schon  
18 von mir. Du hast viel angesprochen, was ich eigentlich  
19 noch fragen wollte. Vielleicht eine Sache noch. Ob es  
20 für dich noch irgendwo Handlungsbedarf gibt, wo du  
21 sagst, dass muss vielleicht noch geändert werden. Egal  
22 was dir einfällt. Auch wenn es völlig utopisch ist,  
23 aber was du dir vielleicht wünschen würdest?  
24
- 25 **B:** Ja und zwar hatten wir hier mal eine Praktikantin...Eine  
26 Heilerzieherpraktikantin, die hat eine Facharbeit über  
27 das Thema geschrieben und hat sich einen Klienten mit  
28 an die Seite genommen, der sie da unterstützt hat und  
29 sie hat herausgefunden und recherchiert, dass es viel  
30 zu wenig Hilfsmittel gibt für Menschen mit  
31 Behinderungen, also zum Thema Selbstbefriedigung oder  
32 Sex mit dem oder der Partnerin ähm... Dass sie quasi  
33 gezwungen sind sich noch eine dritte Person zu nehmen,  
34 die sie unterstützt und dass man in die Richtung etwas  
35 entwickelt.  
36
- 37 **I:** Und du sagtest auch noch der finanzielle Aspekt spielt  
38 da eine Rolle...Also ich kann mir vorstellen, dass wenn  
39 es diese Hilfsmittel gibt, dass es auch irgendwie nicht  
40 finanziert wird oder bezahlt wird  
41
- 42 **B:** Ja das stimmt.  
43
- 44 **I:** Ja super, dann war es das eigentlich auch schon. Fällt  
45 dir noch irgendwas ein zu dem Thema?  
46
- 47 **B:** Ähm Ich glaube so weit ist alles abgedeckt.  
48
- 49 **I:** Dann bedanke Ich mich recht herzlich!  
50
- 51 **B:** Ja ich hoffe das war hilfreich (lacht).  
52
- 53 **I:** Auf jeden Fall. Vielen lieben Dank 9

## Anhang 7: Interview (Analyse)

### Analyse des Interviews nach Mayring (2010)

Zitat	Paraphrase	Kategorie
„und bespreche halt wann wer duschen kann, soll, möchte“	Die Mitarbeiterin bespricht mit den Bewohner*innen, wann wer duschen kann, soll oder möchte	Bewohner*innen tragen eigene Entscheidung wann sie duschen möchten
„Sexuelle Selbstbestimmung ist für mich so ein Thema (...)also diese Offenheit wird vorausgesetzt, also dass der Bewohner sich selbst bewusst ist, was möchte ich, was für Möglichkeiten habe ich und auch mit wem möchte ich das teilen, weil wir haben ja zwei Mädels hier in der Wohngruppe und fünf Jungs und dann kommt es schon mal vor, dass ein Bewohner sagt ja Ich würde viel lieber von einem Mann geduscht werden, dass halt dann diese Entscheidungsfreiheit halt quasi dann da ist.“ (B S.2 Z: 9 - 17)	Sexuelle Selbstbestimmung bedeutet für die Mitarbeiterin einen offenen Umgang mit dem Thema zu haben. Der Bewohner hat die bewusste Entscheidungsfreiheit über seine Möglichkeiten und mit wem er das teilen möchte. Als Beispiel wird genannt, sich zu entscheiden von welchem Geschlecht man gewaschen werden möchte	Offener Umgang, Entscheidungsfreiheit, Gendersensible Pflege
„Dadurch, dass wir hier im Team zwei Männer habe und fünf Frauen, ist das schon oft ein bisschen schwierig, aber	Die Umsetzung einer Gendersensiblen Pflege ist schwierig, wird aber versucht durch ein	Problem der Gendersensiblen Pflege: Im Beruf sind

<p>der Bewohner, der sucht sich dann selbst aus, wann er duscht und mit wem" (B S.2 Z.21 -25)</p>	<p>gemischtes Team umzusetzen</p>	<p>prozentual mehr Frauen</p>
<p>„Also wir haben eine Duschliste, mit der alle Bewohner einverstanden sind.“ (B S.2 Z.25 - 26)</p>	<p>Es gibt eine Duschliste, die mit den Bewohner*innen zusammen entwickelt wurde und mit der jeder einverstanden ist</p>	<p>Entscheidungsfreiheit, Körperpflege wird auf die Bedürfnisse der Bewohner abgestimmt, zeitliche Ressourcen spielen keine Rolle</p>
<p>„die (Freundin des Bewohners) kommt mehr oder weniger regelmäßig vorbei zu uns, also wir haben den Rhythmus, dass zwei Bewohner am Wochenende, also alle zwei Wochenenden bei ihren Eltern sind und dann hatten wir das mal so eingeführt, dass wenn die beiden weg sind, kann sie bei uns schlafen.“ (B S.2 Z.38 - 43)</p>	<p>Wenn die Mitarbeiter die personellen Ressourcen haben, dann erlauben sie einer Freundin eines Bewohners in der Wohneinrichtung zu schlafen</p>	<p>Möglichkeiten werden geschaffen</p>
<p>„Und der Bewohner hat ähm neben seinem Pflegebett hat er noch so eine andere Bettebene mit einem Mitarbeiter gebaut zusammen und wenn man das Bettgitter runter macht, kann man das Bett heran schieben und dann haben sie quasi so ein großes Bett und ja ähm, die schläft dann bei uns oder wenn sie auch tagsüber da ist, dann kommen sie auf mich zu: „Ja Steffi, kannst du mich vielleicht in das Bett legen ähm ich möchte gerade ein bisschen Zeit mit (Name gelöscht) verbringen“ (B S.2 Z. 47 - 56)</p>	<p>Bewohner und Mitarbeiter haben eine zweite Ebene für das Bett gebaut, damit das Paar darin schlafen kann. Bewohner kommt tagsüber auf die Mitarbeiterin zu und fordert sich Unterstützung ein</p>	<p>Kreativer Umgang um Möglichkeiten zu schaffen, offener Umgang mit dem Thema, freie Kommunikation über das Thema, Möglichkeiten werden geschaffen</p>

<p>„da fällt es manchmal auf, wenn man sie duscht, dass sie dann mit dem Duschstrahl Richtung Intimbereich geht. Und dann frage ich auch, wenn mir das auffällt: „Möchtest du gerade ein bisschen alleine sein, ich kann auch kurz noch irgendwie Handtücher zusammenlegen oder so, dann kannst du noch 5 Minuten für dich haben.“ Oder frag dann auch, ob sie nach dem Duschen ähm... Dann decke ich sie immer mit der Decke zu, bevor ich sie dann anziehe. Und dann frag ich, ob sie denn nochmal ein bisschen so liegen bleiben möchte und ob ich rausgehen soll. Weil so frisch geduscht, ohne Inkontinenzmaterial ist das dann eine andere Erfahrung (B. S.3 Z. 5 - 16)</p>	<p>Eine Bewohnerin zeigt ihre sexuellen Bedürfnisse beim Duschen, indem sie mit dem Duschstrahl Richtung Intimbereich geht. Die Mitarbeiterin fragt in dem Moment und nach dem Duschen nach Privatsphäre oder ob die Bewohnerin einen Augenblick nackt im Bett liegen möchte</p>	<p>Sexuelle Bedürfnisse werden erkannt, Privatsphäre wird erfragt, Möglichkeiten werden geschaffen</p>
<p>„Also mir jedenfalls. Und ich gehe mal stark davon aus, dass es meinen anderen Kollegen auch so geht (lacht). Also wir reden da relativ offen drüber.“ (B. S.3 Z.34 - 36)</p>	<p>Der offene Umgang mit dem Thema ist der Mitarbeiterin sehr wichtig</p>	<p>Offener Umgang</p>
<p>„Bei einer Bewohnerin war schon mal die Überlegung ob man ihr vielleicht einen längeren Duschkopf holt, damit sie sich da besser berühren kann. Weil sie ist in ihrer Bewegung so ein bisschen eingeschränkt“ (B. S.3 Z. 36 - 40)</p>	<p>Mitarbeitende haben überlegt einen längeren Duschkopf zu kaufen, damit die Bewohnerin in ihren Bedürfnissen unterstützt werden kann</p>	<p>Kreativer Umgang, Möglichkeiten werden geschaffen</p>
<p>„nur die Hilfsmittelfirma sagt, das gibt es wohl so nicht wirklich“</p>	<p>Die Hilfsmittelfirma stellt keine Geräte in diesem</p>	<p>Einschränkungen bei den</p>

(B. S.3 Z.44 - 45)	Sinne her	Hilfsmitteln
<p>„Ich muss sagen ich bin sehr offen was das angeht, also der eine Bewohner kam auch während ich mein FSJ hier gemacht habe auf mich zu mit einer anderen Mitarbeiterin und hat mich ganz offen gefragt ähm „ja Steffi ich habe auch manchmal Bedürfnisse, wäre das für dich, dass du mich ab und zu mal aufs Bett legst und unten rum frei machst, damit ich halt 5 Minuten haben kann? So für mich selbst?“ Und sowas halt... ich habe damit absolut kein Problem. ich bin ja nicht Teil davon“ (B. S.4 Z.1 - 10)</p>	<p>Die Mitarbeiterin ist sehr offen im Umgang mit dem Thema. Bewohner kommen offen auf sie zu und sprechen ihre sexuellen Bedürfnisse direkt an, in dem sie nach Privatsphäre und privater Zeit fragen. Nähe und Distanz ist für kein Problem, weil sie nur Hilfestellung gibt und kein Teil des Aktes ist</p>	<p>Offener Umgang fördert die Kommunikationsfreiheit über das Thema, Vertrauen, Möglichkeiten werden geschaffen</p>
<p>„Ja, da haben wir uns mit dem Team quasi auch Gedanken drüber gemacht, so wo für uns selbst die Grenzen sind“ (B. S.4 Z.31 - 32)</p>	<p>Die Mitarbeitenden sprechen im Team über ihre Grenzen</p>	<p>Offener Umgang im Team</p>
<p>„dass wir so eine Organisation einladen, das ist so eine Organisation, die sich für solche Sachen einsetzt und aufklärt“ (B. S.4 Z.33 - 35)</p>	<p>Eine Organisation wird eingeladen, die sich mit der Aufklärung der sexuellen Bedürfnisse einsetzt</p>	<p>Unterstützung wird eingeholt, Auseinandersetzung mit dem Thema, Grenzen der eigenen Arbeit werden erkannt</p>
<p>„Also wir haben irgendwie auch eine Kollegin, die sagt: „ähm seine Freundin kann gerne kommen, aber ich möchte sie nicht zusammen ins Bett legen“ Das ist dann sehr menschenabhängig. (B. S.5 Z.44 - 47)</p>	<p>Es gibt eine Mitarbeiterin, die fühlt sich nicht wohl, sexuelle Bedürfnisse zu unterstützen. Setzt ihre Grenzen anders. Das ist menschenabhängig</p>	<p>Individuelles Nähe-Distanz Gefühl</p>

<p>„Ich kann mir gut vorstellen, dass jemand der allgemein, ich sag jetzt mal verklemmt ist und einen sehr eingeschränkten Blickwinkel hat... Also es ist halt dieses Klischee: „Menschen mit Behinderungen sind asexuell“ und so was man halt. Also man möchte sich auch seine Eltern nicht beim Sex vorstellen. Ja Ich denke schon, dass das sehr viel mit einem selbst und der Sexualität. Man muss schon offen sein und sich reflektieren. (B.S.4 Z.54 - 57 bis B.S.5 Z.1 - 5)</p>	<p>Jemand der allgemein dem Thema nicht offen gegenüber steht, wird dieses Klischee, dass Menschen asexuell sind nicht loswerden. Außerdem muss man offen gegenüber seiner eigenen Sexualität sein</p>	<p>Offener Umgang mit dem Thema und der eigenen Sexualität, Vorurteile und Unwissenheit ablegen</p>
<p>„Es geht halt weniger um das Körperliche würde ich sagen, weil eine Klientin von mir, die hat halt auch ein Freund oder ihren Freund, das ist nicht immer so klar was genau das nun ist. Es geht bei vielen einfach darum, dass sie jemanden quasi für sich haben, der sich wirklich für sie alleine interessiert, dass sie diese Person haben, zu der sie gehen können, bei der sie Nähe haben“ (B.S.5 Z.40 - 47)</p>	<p>Bei den Bedürfnissen geht es eher weniger um das körperliche. (...) Es geht bei vielen darum, dass sie eine Person für sich haben, die ihr Nähe gibt</p>	<p>Bedürfnisse sind Anerkennung und Wertschätzung</p>
<p>„Und das ist glaube ich auch so dieser finanzielle Aspekt zum Teil. Also wenn man sich vorstellt, dass man keinen Menschen hat, der einen da dahingehend unterstützt, dann muss man sich die Person kaufen. Und das ist gar nicht so günstig. Das kostet dann schon mal 150 oder 200€. Und dadurch, dass die Klienten nicht so viel in deren Werkstätten verdienen, ist das dann</p>	<p>(Sexualbegleitung) ist teilweise sehr teuer (200€). Wenn die Bewohner*innen niemanden haben, der sie in ihren sexuellen Bedürfnissen unterstützt, sind sie auf Sexualbegleitung/Assistenz angewiesen.</p>	<p>Finanzielle Hürden, Pflegeversicherung zahlt das nicht</p>

ein krasser finanzieller Aspekt.“ (B.S.5 Z.17 - 24)		
„vor dir stört mich das nicht, aber bei meiner Mutter würde mich das stören“ Also da sieht man ganz klar, dass der Scham vor den Eltern größer ist, als vor uns.“ (B.S.5 Z.55 - 56 bis S.6 Z.1 - 2)	Den Bewohner stört es nicht, vor der Mitarbeiterin nackt zu liegen. Vor seiner Mutter hätte er ein größeres Schamgefühl	Vertrauen, Schamgefühl vor den Eltern groß
„die würde allein aus religiösen Gründen da nicht mit ihrer Familie drüber sprechen“ (B.S.6 Z.15 - 16)	Aus religiösen Gründen würde eine Bewohnerin nicht mit ihrer Familie über ihre Sexualität/sexuellen Bedürfnisse reden	Religiöses Stigma, Scham vor den Eltern
„aber ich kann mir vorstellen, dass er lieber auf die Mitarbeiter weiter zukommt, als auf seine Eltern“ (B.S.6 Z.20 - 22)	Der Bewohner geht lieber auf die Mitarbeiterin zu und redet mit ihr, als mit seinen Eltern	Vertrauen zu den Mitarbeitenden
„Zum Glück hat jeder unserer Bewohner ein Einzelzimmer“ (B.S.6 Z.32 - 33)	Jeder Bewohner hat ein Einzelzimmer	Möglichkeiten werden geschaffen, Privatsphäre
„Ich denke mal das ist so dieser Dreh und Angelpunkt wo alle sozialen Kontakte stattfinden“ (B.S.6 Z.52 - 53)	Bei der Arbeit finden alle sozialen Kontakte statt	Soziale Isolation, Barriere
„wir haben ein sehr gutes Verhältnis zu unseren Nachbarn“ (B.S.7 Z.9 - 10)	Wir haben ein gutes Verhältnis mit den Nachbarn	Integration in das „normale“ Leben durch die Lage der betreuten Einrichtung
„es ist alles sehr nett, aber wirklich Beziehungen bauen sich leider nur unter Menschen mit Behinderungen“ (B.S.8 Z.14 - 16)	Bewohner bauen Beziehungen nur zu Menschen mit Behinderungen auf	Soziale Isolation, Barriere

<p>„Ich finde es muss eine Offenheit darüber herrschen. Dass man in einer richtigen Atmosphäre im richtigen Setting darüber spricht und auch sprechen kann, also jetzt nicht irgendwie so beim. Und Vertrauen...ja...Vertrauen ist wichtig“ (B. S.4 Z.1 - 10)</p>	<p>Es muss eine Offenheit darüber herrschen. Außerdem der richtige Zeitpunkt und die richtige Situation um das Thema anzusprechen</p>	<p>Offener Umgang, Umgebungsfaktoren</p>
<p>„wir wollen ja jetzt demnächst jemanden von der Organisation einladen, der unsere, also der unsere ganzen Mitarbeiter darin schult“ (B.S.8 Z.30 - 33)</p>	<p>Wir laden jemanden Externes ein, der die Mitarbeitenden schult</p>	<p>Externe Hilfe, Schulung</p>
<p>„Das hat viel mit Kommunikation zu tun. Das ist das Wichtigste und dieses Fingerspitzengefühl...Also einige Bewohner kommen aus dem Kinderheim bei uns und da haben sie erzählt, dass ...wie es leider so ist...Dass es tabuisiert wurde oder das da nicht drauf eingegangen wurde. Und dass sie dann ein ganz komisches Gefühl hatten und sich geschämt haben. Und das geht natürlich nicht. Man muss denen ein gutes Gefühl geben...dass sie da drüber sprechen können quasi...Also dass man (...)drauf eingeht und diese Situation auffängt und fragt: „Möchtest du gerade ein bisschen alleine sein? Das ist kein Problem, dann mache ich in der Zeit etwas anderes““ (B.S.8 Z.35 - 48)</p>	<p>Die Kommunikation und ein angemessener Umgang mit dem Thema ist das wichtigste. Bewohner*innen haben aus dem Kinderheim schlechte Erfahrungen mit dem Thema gemacht. Mitarbeitende sollten versuchen, den Bewohner*innen ein angenehmes Gefühl zu vermitteln</p>	<p>Offener Umgang, Kommunikation, Enttabuisierung, positive Energie vermitteln</p>
<p>I: „und ihr setzt euch ja auch im Team damit auseinander oder?“</p>	<p>Es findet Kommunikation im Team statt</p>	<p>Kollegialer Austausch</p>

<p>B: „Genau“ (I.S.8 Z.50 - 51; B.S.8 Z.53)</p>		
<p>„dass es viel zu wenig Hilfsmittel gibt für Menschen mit Behinderungen, also zum Thema Selbstbefriedigung oder Sex mit dem oder der Partnerin ähm... Dass sie quasi gezwungen sind sich noch eine dritte Person zu nehmen, die sie unterstützt und dass man in die Richtung etwas entwickelt“ (B.S.9 Z.15 - 20)</p>	<p>Es gibt viel zu wenig Hilfsmittel für Menschen mit Behinderungen. Selbstbefriedigung oder Sex kann damit nicht unterstützt werden. Bewohner*innen sind gezwungen sich eine dritte Person dazu zu holen. Es besteht der Wunsch, dass Hilfsmittel entwickelt werden</p>	<p>Barriere in der Hilfsmittelversorgung</p>

## Anhang 8: Checkliste Maulik et al. (2011)

 <b>SIGN</b>	<p align="center"><b>8. Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses</b></p> <p>SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: <i>Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10">http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10</a> [cited 10 Sep 2012]</i></p>	
<p>Maulik et al. (2011): Prevalence of intellectual disability: A meta-analysis of population-based studies S. 419 – 436</p>		
<p><b>Guideline topic:</b> Sexuelle Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung</p>		
<p><b>Before</b> completing this checklist, consider:</p> <p>Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO reject. IF YES complete the checklist.</p>		
<p>Checklist completed by:</p>		
<p><b>8.1.1.1 Section 1: Internal validity</b></p>		
<p><i>In a well conducted systematic review:</i></p>		<p align="center"><b>8.1.1.2 Does this study do it?</b></p>
<p>1.1</p>	<p>The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.</p>	<p>Yes X                      No <input type="checkbox"/></p> <p><b>If no reject</b></p>
<p>1.2</p>	<p>A comprehensive literature search is carried out.</p>	<p>Yes X                      No <input type="checkbox"/></p> <p>Not applicable</p>

		<input type="checkbox"/>	
		<b>If no reject</b>	
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
1.6	The excluded studies are listed.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>  Not applicable <input type="checkbox"/>
1.11	The likelihood of publication bias was assessed	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

	appropriately.	Not applicable <input type="checkbox"/>
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes X                  No <input type="checkbox"/>
<b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) X  Acceptable (+) <input type="checkbox"/>  Low quality (-) <input type="checkbox"/>  Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes X                  No <input type="checkbox"/>
2.3	<b>Notes:</b>	

## Anhang 9: Checkliste Brown & McCann (2018)

 <b>S I G N</b>	<p style="text-align: center;"><b>Methodology Checklist 1: Systematic Reviews and Meta-analyses</b></p> <p>SIGN gratefully acknowledges the permission received from the authors of the AMSTAR tool to base this checklist on their work: <i>Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C., et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Medical Research Methodology 2007, 7:10 doi:10.1186/1471-2288-7-10. Available from <a href="http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10">http://www.biomedcentral.com/1471-2288/7/10</a> [cited 10 Sep 2012]</i></p>	
<p><b>Brown, M.; McCann, E. (2018):</b> Sexuality issues and the voices of adults with intellectual disabilities: A systematic review of the literature In: Research in Developmental Disabilities (74) S.124–138</p>		
<p><b>Guideline topic:</b> Sexuelle Selbstbestimmung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit geistiger Behinderung</p>		
<p><b>Before</b> completing this checklist, consider:</p> <p>Is the paper relevant to key question? Analyse using PICO (Patient or Population Intervention Comparison Outcome). IF NO reject. IF YES complete the checklist.</p>		
<p>Checklist completed by:</p>		
<p><b>8.1.1.2.1 Section 1: Internal validity</b></p>		
<p><i>In a well conducted systematic review:</i></p>		<p><b>8.1.1.3 Does this study do it?</b></p>
<p>1.1</p>	<p>The research question is clearly defined and the inclusion/ exclusion criteria must be listed in the paper.</p>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p><b>If no reject</b></p>
<p>1.2</p>	<p>A comprehensive literature search is carried out.</p>	<p>Yes <input checked="" type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p>Not applicable</p> <p><input type="checkbox"/></p>

		<b>If no reject</b>	
1.3	At least two people should have selected studies.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>
1.4	At least two people should have extracted data.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>
1.5	The status of publication was not used as an inclusion criterion.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.6	The excluded studies are listed.	Yes <input type="checkbox"/>	No <input checked="" type="checkbox"/>
1.7	The relevant characteristics of the included studies are provided.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.8	The scientific quality of the included studies was assessed and reported.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.9	Was the scientific quality of the included studies used appropriately?	Yes <input checked="" type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1.10	Appropriate methods are used to combine the individual study findings.	Yes <input type="checkbox"/>  Can't say <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>  Not applicable <input type="checkbox"/>
1.11	The likelihood of publication bias was assessed appropriately.	Yes <input checked="" type="checkbox"/>  Not applicable	No <input type="checkbox"/>

		<input type="checkbox"/>
1.12	Conflicts of interest are declared.	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>SECTION 2: OVERALL ASSESSMENT OF THE STUDY</b>		
2.1	What is your overall assessment of the methodological quality of this review?	High quality (++) <input type="checkbox"/> Acceptable (+) <input checked="" type="checkbox"/> Low quality (-) <input type="checkbox"/> Unacceptable – reject 0 <input type="checkbox"/>
2.2	Are the results of this study directly applicable to the patient group targeted by this guideline?	Yes <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2.3	<b>Notes:</b>	

## **Eidesstattliche Erklärung**

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

Hamburg, den 03.06.2019

