



dgsqb

**Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.**

Meike Wehmeyer & Gloria Dorsch (Hrsg.)

**Sexuelle Selbstbestimmung
von Menschen mit Störungen der
Intelligenzentwicklung:
Anspruch – Realität – Ausblick**

**Dokumentation der Fachtagung der DGSGb
am 10. November 2023 (Hybrid)**

Materialien der DGSGb

Band 51

München 2024

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.dnb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-938931-52-3

©2024 Eigenverlag der DGSGb, München

1. Aufl. 07/2024

Internet: wehmeyer@dgsgb.de

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne vorherige schriftliche Einwilligung des Verlages öffentlich zugänglich gemacht werden. Dies gilt auch bei einer entsprechenden Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke.

Kostenlos abrufbar auf der Website der DGSGb (www.dgsgb.de).

Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick

Dokumentation der Fachtagung der DGSGB
am 10. November 2023 (Hybrid)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Gloria Dorsch und Meike Wehmeyer Vorwort	4
Gloria Dorsch & Hannah Long „Rosa Herzchen statt rosa Pillen.“ Ein Interview mit Blick auf die Menschenwürde	6
Barbara Ortland „Mache ich das richtig?“ – Zur Komplexität der Realisierung sexueller Selbstbestimmung unter organisationalen Bedingungen	10
Lotte Habermann-Horstmeier Geschlechtlichkeit und Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung – Auffälliges Sexualverhalten, Heirat, Kinderkriegen, Sterilisation und Sexualbegleitung aus Sicht der Betreuungskräfte	17
Julia Zinsmeister Sexuelle und reproduktive Rechte behinderter Menschen im Kontext der rechtlichen Betreuung, Eingliederungshilfe und medizinischen Versorgung	39
Sven Jennessen Sexuelle Selbstbestimmung enthindern – Erkenntnisse des Projekts ReWiKs	58
Jens Clausen Sexuelles Begehren und Erleben im Kontext autistischer Wahrnehmung	68
Autor:innen	78
Impressum	79

Vorwort

Gloria Dorsch & Meike Wehmeyer

Zitierweise:

Dorsch, G. & Wehmeyer, M. (2024): Vorwort. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGB am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGB Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGB, S.4-5.

Handelt es sich um das Themenfeld Sexualität, liefern aktuelle Aussagen von Angehörigen und pädagogischen Fachpersonen Einblicke in die nach wie vor hürdenreiche Lebenswirklichkeit von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: *„Über Sexualität sprechen hat in der Kita nichts zu suchen – das ist Frühsexualisierung.“*; *„Sie bekommt einfach die Pille und gut ist. Sie muss ja nicht wissen, wofür.“* oder *„In unserer Einrichtung sind Paarbeziehungen zwischen den Bewohner*innen verboten.“*

Die noch geringe Auswahl an adäquatem Aufklärungsmaterial und passenden Beratungsangeboten und -settings sowie der bisher noch spärliche Fokus auf das Themenfeld Sexualität in medizinischen, psychologischen, sozialen und (heil-)pädagogischen Ausbildungs- und Studiengängen verweist darüber hinaus auf die Wichtigkeit einer anhaltenden Auseinandersetzung und eines vertieften fachlichen Austauschs. Offenkundig stellt Sexualität bis heute ein tendenziell tabuisiertes, vernachlässigtes, oftmals auch schambesetztes Thema dar. Dabei sind Personen mit kognitiven, kommunikativen bzw. sozio-emotionalen Entwicklungsstörungen ganz besonders auf angemessene Information, Beratung und Unterstützung durch das Umfeld angewiesen. Fachkräfte sind angehalten, den rechtlichen Anspruch auf sexuelle Gesundheit und Selbstbestimmung jenseits individueller Beeinträchtigungslagen zu gewährleisten und diesbezügliche Barrieren – im Denken wie im Handeln – abzubauen.

Der Fachtag „Sexuelle Selbstbestimmung“ hat dazu einige relevante Aspekte aufgegriffen und mit vielfältigen Theorie- und Praxisbezügen ausgeleuchtet. Dafür konnten eine bekannte Aktivistin in eigener Sache sowie namhafte Referent:innen aus den Bereichen Medizin/Public Health, Recht, Rehabilitationswissenschaften sowie Sonder- und Heilpädagogik gewonnen werden:

HANNAH LONG berichtet im Interview mit GLORIA DORSCH vor ihrem persönlichem Erfahrungshintergrund über Barrieren einer gleichberechtigten, selbstbestimmten sexuellen Teilhabe und mahnt einen reflektierten, respektvollen Umgang von Fachkräften mit dem Themenfeld Sexualität an. Nicht zuletzt plädiert sie für eine staatlich finanzierte Sexualbegleitung für Menschen mit Beeinträchtigungen.

BARBARA ORTLAND erörtert den Einfluss organisationaler Bedingungen auf die sexuelle Selbstbestimmung von Nutzer:innen der Eingliederungshilfe. Sie wirft die Hypothese auf, dass organisationale Veränderungsprozesse, die mit Verunsicherungen des Gewohnten einhergehen, zu offenen und verdeckten Widerständen seitens der Assistenz- und Fachpersonen führen, welche institutionelle Prozesse behindern bzw. verlangsamen.

LOTTE HABERMANN-HORSTMEIER präsentiert Daten aus einer breit angelegten Studie über das Wissen und die Einstellungen von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe zum Thema Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Die analysierten Faktoren, welche Einfluss auf den Umgang der Betreuungskräfte mit dem sexuellen Verhalten der betreuten Personen haben, werden in ihrem Beitrag zu einem anschaulichen Modell verwoben.

JULIA ZINSMEISTER klärt auf Basis bestehender Gesetzesgrundlagen über vermeintliche und tatsächliche Rechte und Pflichten von rechtlichen Betreuungspersonen sowie Assistenz- und Fachpersonen auf. Anhand mehrerer Beispiele zu sexualitätsbezogenen Themen weist sie auf die Gefahr rechtsirrigem bzw. rechtswidrigen Handelns in der Begleitung von Menschen mit Störung der Intelligenzentwicklung hin.

SVEN JENESSEN liefert Einblicke in das partizipative Forschungsprojekt ReWiKs, das mittels Schulungen, Erfahrungsräumen und einem umfangreichen Medienpaket darauf abzielt, fremdbestimmende Haltungen, Strukturen und Praktiken in Einrichtungen aufzudecken, Optionen für eine selbstbestimmte Sexualität aufzuzeigen und besondere Wohnformen der Eingliederungshilfe zu sexualfreundlichen Lebensräumen weiterzuentwickeln.

JENS CLAUSEN nimmt das Erleben und Verhalten von Menschen aus dem Autismus-Spektrum in den Blick. Bestehende Annahmen bezüglich der Sexualität und Beziehungsgestaltung von autistischen Personen werden hierbei sowohl anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse als auch mit Hilfe verschiedener Zitate von Expert:innen in eigener Sache reflektiert und relativiert.

Wir danken allen Mitwirkenden, dass sie mit solch großem Engagement und Knowhow ihre Vorträge für diesen Tagungsband schriftlich aufbereitet haben.

Damit stehen Ihnen, liebe Lesende, nun sämtliche Beiträge des Fachtags „Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung“ zur freien Verfügung – mögen viele gewinnbringende Erkenntnisse und praxistaugliche Inspirationen für ihr berufliches Handeln darin enthalten sein!

„Rosa Herzchen statt rosa Pillen.“

Ein Interview mit Blick auf die Menschenwürde

Gloria Dorsch & Hannah Long

Zitierweise:

Dorsch, G. & Long, H. (2024): „Rosa Herzchen statt rosa Pillen.“ Ein Interview mit Blick auf die Menschenwürde. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGb Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGb, S.6-9.

Über die eigene Sexualität sprechen: dies stellt für viele Menschen eine Herausforderung mit einem gewissen Schwierigkeitsgrad dar – das Thema berührt Schamgrenzen, kommunikative Regeln, kulturelle Gepflogenheiten und die Achtung von Privatsphäre. Demgegenüber erfolgt das Sprechen über die Sexualität von Menschen mit Behinderungen sowie das Äußern subjektiver Meinungen zu deren sexuellen Leben und Verhalten oft ohne Zögern oder kritische Selbstreflexion.

Die professionelle Betreuung von Personen mit Assistenzbedarf kann durch Herabwürdigung, Abwertung oder Missachtung der individuellen sexuellen Bedürfnisse bzw. der sexuellen Gesundheit beeinflusst sein und wird nicht selten durch paternalistische Äußerungen und Verhaltensweisen kaschiert. Einflussreich sind diesbezüglich auch die natürliche bzw. zugeschriebene Machtposition und Entscheidungsgewalt des Betreuungspersonals sowie die festgelegten, in Konzepten und Hausordnungen festgeschriebenen Regeln und Strukturen von Institutionen der Behindertenhilfe.

Es erhebt sich die Frage, wie ein vertieftes Fachwissen, ein angemessenes Verständnis sowie ein professionelles Handeln zu diesem gesundheitlich bedeutsamen Themenbereich aufgebaut werden können, wenn die Gesellschaft Sexualität bei Menschen mit Behinderungen eher tabuisiert, die Politik die Relevanz des Themas nicht vollends anerkennt und selbst Ausbildungsstätten, die auf die Arbeit mit Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung vorbereiten, das Thema Sexualität nicht oder allenfalls am Rande aufgreifen. Besonders in medizinischen, psychologischen, sozialen und heil- pädagogischen Bereichen, die eine ganzheitliche Haltung und Herangehensweise propagieren und „den Menschen in den Mittelpunkt stellen“, bleiben die Bildung über Sexualität und das professionelle Sprechen darüber oft aus. Es darf hinterfragt werden, ob Politik, Gesellschaft oder Bildungseinrichtungen die von Deutschland unterzeichneten Menschenrechte und Konventionen¹ doch nicht ganz so ganzheitlich auslegen und inwiefern Forderungen nach Selbstbestimmung, wie sie im BTHG festgelegt sind, den Lebensbereich Sexualität – womöglich unbedacht – doch weitgehend ausklammern. So unterliegen die sexuellen Perspektiven von Personen mit Beeinträchtigungen in der stationären Eingliederungshilfe weiterhin fremdbestimmten Routinen und werden vom sozialen Umfeld durchaus oft als belanglos oder irrelevant behandelt.

Die Debatte über sexuelle Bedürfnisse, über das Recht auf Intimität und die Rolle von Sexualassistenten wird bislang nur in Teilen der sog. Behindertenhilfe und bestimmten Gesellschaftskreisen offener geführt. Hierbei tragen Selbstvertretende wesentlich zur Aufklärung und Sensibilisierung bei.

¹ UN-BRK (Art. 24 Bildung); UN-Kinderrechtskonvention (Artikel 28: Recht auf Bildung; Schule; Berufsausbildung; Artikel 29: Bildungsziele; Bildungseinrichtungen); Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (Artikel 26: Recht auf Bildung); Charta der Grundrechte der Europäischen Union (Artikel 14: Recht auf Bildung)

Hannah Long, eine Aktivistin in eigener Sache, berichtet im folgenden Interview von ihren persönlichen Erfahrungen. Dabei verdeutlicht sie, wie sie und viele andere Menschen mit Behinderungen oft mit Vorurteilen, unzureichendem Verständnis und einem Mangel an angemessener Unterstützung im Bereich der Sexualität konfrontiert sind. Gleichzeitig zeigt sie die unwiderlegbare Bedeutung von Sexualität für alle Menschen auf. Das Interview führte die Heilpädagogin und Sexualpädagogin Gloria Dorsch. Beide Interviewpartnerinnen hatten sich im Rahmen der Vorbereitungsgespräche darauf verständigt, sich zu duzen.

Gloria Dorsch (GD): Liebe Hannah, bevor wir ins Tagungs-Thema einsteigen und damit die Hörenden einen Einblick erhalten wem sie hier gerade zuhören: Möchtest du vielleicht ein wenig von dir erzählen?

Hannah Long (HP): Ich bin Hannah und bin in einer Werkstatt für Behinderte als EDV-Angestellte tätig. Zu meinen Aufgaben gehören der Postdienst und ich bin für den Schreibbereich zuständig. Privat interessiere ich mich für Kunst. Ich male Bilder, lese Bücher und gehe gerne ins Museum.

GD: Ich freue mich sehr, dass wir gemeinsam über das Thema sexuelle Selbstbestimmung sprechen werden. Gibt es einen wichtigen Schwerpunkt, den du gleich zu Beginn ansprechen möchtest?

HL: Eine Studie berichtet, dass durch zärtliche Begegnungen das Immunsystem gestärkt wird. Menschen bekommen weniger Infekte und werden seltener krank. Das wirkt sich positiv auf die Arbeit aus. Laut den Forschern der Studie liegt das daran, dass durch Umarmungen das Stresslevel gesenkt und dadurch das Immunsystem gestärkt wird.

GD: Ich finde es interessant, dass du sofort auf Umarmungen zu sprechen kommst...

HL: Grundsätzlich sind Umarmungen von der Geburt bis zum Tod wichtig für den Menschen. Vor allem zu Beginn des Lebens spielen sie die zentrale Rolle bei der emotionalen Kommunikation, sie geben Wärme und Sicherheit. Im Laufe der Jahre nehmen Umarmungen durch die Eltern ab, dafür umarmen viele mehr ihre Freunde und Partner. Mit dem Alter nimmt dies ab, weil sich das soziale Umfeld verkleinert. Dabei sind soziale Kontakte gerade im Alter besonders wichtig. Sie spielen eine deutlich stärkere Rolle für den Selbstwert, das Erleben eines glücklichen Lebens und haben auch eine positive Wirkung auf die Gesundheit. Durch körperliche Berührungen wie Kuschneln und Umarmungen tauschen wir positive Emotionen mit anderen Menschen aus- das tut uns gut.

GD: Absolut. Und du machst, finde ich, gut deutlich, wie wichtig ein Gegenüber ist, aber eben auch nicht irgendein Gegenüber. Und was du erzählst, zeigt auf, wie eng Körper und Seele miteinander verbunden sind.

HL: Als erstes werden bei Umarmungen spezielle Sensoren in unserer Haut angeregt und über das zentrale Nervensystem weitergeleitet. Was viele nicht wissen: Unsere Haut ist ein *Sinnesorgan*, über das wir Eindrücke aus unserer Umwelt wahrnehmen. Darüber wird dann angeregt, dass das Hormon Oxytocin ausgeschüttet wird. Das führt dazu, dass das Stresshormon Cortisol weniger ausgeschüttet wird. Der Alltag, die Nachrichten, die Negativität sind der größte Stressauslöser. Dagegen sollten wir etwas tun – für uns! So eine Begegnung kann das Stresslevel senken. So, das war für die Theoretiker.

GD: Beim Zuhören kam mir der Gedanke, ob unseren Zuhörenden so bewusst ist, was Umarmungen auslösen können und ob sie auch immer klar vor Augen haben, wie bedeutsam Umarmungen für einen selbst sind und eben auch in der Arbeit mit zu begleitenden Personen sein können.

HL: Menschen mit einer Beeinträchtigung werden kaum als emotionales Wesen gesehen. Oxytocin haben wir scheinbar nicht und erst recht kein Recht auf Sexualität. Dabei tut es so gut, eine zärtliche Begegnung zu erleben. Wir dürfen und wir müssen dies in Anspruch nehmen, denn dadurch entwickeln wir uns. Unsere Sinnesorgane sind kaum zu spüren, da unsere Haut oftmals nur die nötigsten Berührungen spürt. Manchmal auch von Menschen, die wir gar nicht berühren wollen.

GD: Danke, dass du genau diesen Gedanken ansprichst. Ich glaube, dass viele zu Beginn ihrer Tätigkeit als pädagogisches Personal oder auch mit den Jahren der Begleitung vergessen, dass ihr eigenes Parfüm, ihre teils rauhen oder auch zu kalten Hände oder auch die gerade gerauchte Zigarette bzw. E-Zigarette unangenehm für das Gegenüber sein könnten. Was, meinst du, könnte helfen, damit es mehr angenehme und vor allem gewollte Berührungen gibt?

HL: Die Regierung sollte die Zahlung einer Sexualassistenten übernehmen, anstatt uns Pillen gegen Depression kostenlos zu verschreiben. Sexualassistenten kann zu unserem Wohl beitragen.

GD: Möchtest du vielleicht mehr auf den Bereich der Sexualassistenten eingehen?

HL: Ich nehme seit vier Jahren Sexualassistenten in Anspruch. Mein Verhalten hat sich dadurch verändert, ich bin selbstbewusster geworden. Das Leben kann ein völlig anderes sein, wenn man das Gefühl hat, geliebt zu werden und wertvoll zu sein. Und auch, wenn diese Liebe gespielt ist, kann dieses Spiel aufregend sein. Es hilft ungemein, jemanden zu haben, bei dem man zur Ruhe kommt. Die Ruhe, die Thorsten² in sich trägt, überträgt sich bei jeder Berührung auf mich. Der Stress vom Alltag, die Unzufriedenheit, der Kampf gegen Unverständlichkeit der Menschen ist für einige Stunden verflogen. Sexualassistenten ist wichtig! Man braucht weniger „Psychotabletten“, wenn man einmal im Monat Sexualassistenten bezahlt bekommen würde.

GD: Du hast vorhin angesprochen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen häufig von Personen berührt werden, von denen es nicht gewollt ist. Wodurch wir uns, passend zu unserem Fachtagungsthema, im Bereich „Realität“ von sexueller Selbstbestimmung und Betreuungspersonal befinden. Was sind deine Gedanken hierzu?

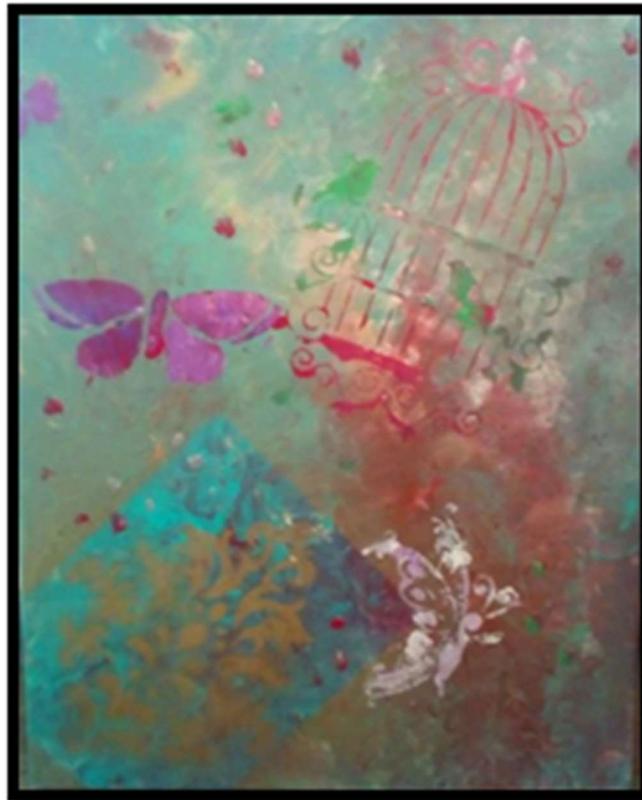
HL: Bevor Fachkräfte über das Themenfeld Sexualität und Behinderung sprechen, sollte ihnen klar sein, dass es ein persönliches und empfindliches Thema ist. Eigentlich sollte man gar nicht darüber diskutieren, weil der Betreffende selbst entscheiden sollte, mit wem er spricht.

GD: Was genau meinst du damit, dass nicht darüber diskutiert werden soll? Meinst du, wir sollten gar keinen Fachtag wie diesen veranstalten und über das Thema diskutieren, oder geht es dir um das konkrete Sexleben einzelner Personen und dass sich Fachkräfte hier einmischen und teils vielleicht auch manipulieren – oder geht es dir um beides?

² Name anonymisiert

HL: Ja, um das Einmischen. Wir sollten dabei sein, wenn Fachkräfte sich über die Sexualität von uns unterhalten, und wir sollten selbst entscheiden, wer davon weiß und z.B. in einem Wohnheim bei der Übergabe sagt: „Hannah bekommt heute Besuch von einem Sexualbegleiter.“ Derjenige, dem man dann vertraut, sollte die Bedürfnisse ernst nehmen und vielleicht die Perspektive wechseln. Das heißt, sich immer zu fragen: Wie fühlt sich mein Gegenüber, wenn ich bestimmte Worte benutze. Wir haben oder wünschen uns Selbstbestimmung auch in der Sexualität, dass sollte jeder unterstützen.

GD: Was für wunderbare Schlussworte, auch wenn wir mit Sicherheit noch über so vieles sprechen könnten. Ich danke dir, Hannah, dass du dir Zeit genommen hast, um uns deine Meinungen und Gedanken zu diesem so wichtigen Thema mitzuteilen. Und ich bin mir sicher, dass du – wie auch sonst durch deinen Aktivismus – zum Nachdenken angeregt hast. Vielen Dank dafür!



(KÜNSTLERIN UND BILDRECHTE: HANNAH LONG)

„Mache ich das richtig?“ – Zur Komplexität der Realisierung sexueller Selbstbestimmung unter organisationalen Bedingungen

Barbara Ortland

Zitierweise:

Ortland, B. (2024): „Mache ich das richtig?“ – Zur Komplexität der Realisierung sexueller Selbstbestimmung unter organisationalen Bedingungen. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGGB am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGGB Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGGB, S.10-16.

„Mache ich das richtig?“ Diese Frage begegnet mir oft in Beratungssettings bei Teams in Wohneinrichtungen, wenn es um den Themenbereich der sexuellen Selbstbestimmung geht. Daraus höre ich eine Verunsicherung in Bezug auf die Realisierung sexueller Selbstbestimmung bei den fragenden Mitarbeitenden als auch den Wunsch, eine möglichst richtige bzw. passende Begleitung der Menschen mit Behinderungen umzusetzen.

Im nachfolgenden Vortrag werde ich eine organisationale Perspektive als Erklärungsmodell für diese Verunsicherungen bei Mitarbeitenden anbieten. Vorab eine kurze Erläuterung zum Verständnis von Sexualität als auch sexueller Selbstbestimmung (leicht geänderte Auszüge aus Ortland 2016 und 2020) als Grundlage für die weiteren Ausführungen.

Verständnis von Sexualität und sexueller Selbstbestimmung

Bzgl. der Definition von Sexualität greife ich auf die Ausführungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zurück:

„Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschließt. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren“ (WHO 2006, 10 zit. nach BZgA 2011, 18).

Die WHO fordert weiterhin für alle Menschen die Realisierung sexueller Gesundheit sowie die Verwirklichung der sexuellen Rechte. Diese beiden Aspekte bilden den normativen Rahmen der weiteren Ausführungen.

„Sexuelle Gesundheit ist der Zustand körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezogen auf die Sexualität und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Funktionsstörungen oder Schwäche. Sexuelle Gesundheit erfordert sowohl eine positive, respektvolle Herangehensweise an Sexualität und sexuelle Beziehungen als auch die Möglichkeit für lustvolle und sichere sexuelle Erfahrungen, frei von Unterdrückung, Diskriminierung und Gewalt. Wenn sexuelle Gesundheit erreicht und bewahrt werden soll, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen anerkannt, geschützt und eingehalten werden“ (WHO, 2006, 10 zit. nach BZgA, 2011, 19).

Zur Realisierung subjektiv befriedigender Sexualität braucht es die Möglichkeiten, sexuell selbstbestimmt zu leben. „Sexuelle Selbstbestimmung beinhaltet, dass individuelle Entschei-

dungen für oder gegen verschiedenste Formen sexuellen Lebens durch das Individuum in der jeweils aktuellen Lebenssituation selbst getroffen werden. Dies geschieht auf der Grundlage unterschiedlicher emotionaler, körperlicher und kognitiver Lebensvoraussetzungen und kann bei Menschen mit schwerer und mehrfacher Behinderung in der Ausdrucksform sehr basal sein. Diese Entscheidungen verändern sich im Laufe des Lebens z.B. durch die eigenen körperlichen, psychischen, sozialen, kommunikativen, perzeptiven etc. Veränderungen und die sexuelle Biografie bzw. Lerngeschichte. Die Annahme der Realisierung sexueller Selbstbestimmung für jeden Menschen schließt aufgrund deren hoher Individualität die Benennung eines definierbaren 'richtigen' oder 'erwachsenen' Sexualverhaltens aus. Subjektiv befriedigendes Sexualverhalten ist in allen individuellen Variationen denk- und lebbar und findet seine klare Grenze immer in der Persönlichkeit und den Rechten des anderen.“ (Ortland 2016, 14/15).

Alltäglichkeit des Themas und dessen Negierung

Meine differenzierte Beschäftigung mit dem Themenbereich der sexuellen Selbstbestimmung von Erwachsenen mit Behinderungen in Organisationen dauert nun bald schon 15 Jahre an und ich habe den Eindruck, dass sich zwar wissenschaftlich – auf Tagungen, in angrenzenden Diskursen in Forschungsprojekten, Publikationen etc. – viel getan hat und bewegt. Aber in den Organisationen scheint sich weniger zu ändern bzw. scheinen Änderungen sehr langsam voranzugehen.

Diese Unterschiedlichkeit der Tempi ist ein Phänomen, das meines Erachtens nicht daran liegt, dass es immer noch zu wenig Wissen in dem Bereich sexueller Selbstbestimmung gibt oder Fortbildungsangebote bspw. nicht passgenau sind. Auch die Behauptung der Tabuisierung des Themas der sexuellen Selbstbestimmung bei Erwachsenen mit Behinderungen wage ich in der Gänze anzuzweifeln (vgl. avanti donne 2020, 5). Aktuelle Herausforderungen liegen allerdings im Fachkräftemangel sowie in anderen Themen – wie bspw. der Pandemie –, die Aufmerksamkeit und Bearbeitung erfordern.

Keines der benannten Argumente überzeugt vollkommen als Erklärungsmodell für schleppe Veränderungen. Deswegen möchte ich in meinem Vortrag ein anderes Verstehensangebot für mögliche Barrieren in der Veränderung von Organisationen zu mehr sexueller Selbstbestimmung machen. Meine These ist, dass offene und verdeckte Widerstände als Reaktionen auf organisationale Veränderungsprozesse den Prozess behindern bzw. verlangsamen. Ein Blick auf die Dynamik organisationaler Veränderungsprozesse, mögliche Widerstände und entsprechende fachliche Herausforderungen kann Erkenntnisse für weitere Ansatzpunkte bringen.

Fallbeispiel 1:

Ich beginne mit einem Fallbeispiel aus meiner Beratungstätigkeit in einer Organisation für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (alle Teilnehmenden sind anonymisiert und die Beispiele abgeändert).

Der Fall: Ich werde vom Sozialdienst einer Werkstatt für Menschen mit Behinderungen zu einer Beratung gebeten, in der es um Klaus und Anna geht. Von dem Mitarbeiter im Sozialdienst wird mir geschildert, dass sich Klaus und Anna in der Mittagspause der Werkstatt treffen und aneinander 'rumfummeln'. Er erzählt von Situationen, in denen es zum Petting kommt. Die anderen Werkstattbeschäftigten stehen an den Fenstern und schauen, was die beiden da so tun, und finden es hochinteressant. Folgende Frage wird formuliert: Was können wir als Mitarbeitende tun, um dieses unerwünschte Verhalten zu unterbinden?

Ich bitte darum, zu der vereinbarten Beratung auch Kolleginnen aus dem Bereich Wohnen sowie aus dem Bereich Werkstatt hinzuzunehmen. So sind beim Beratungstermin die Bereiche Werkstatt, Wohnen sowie Sozialdienst vertreten. In der Beratung stellt sich heraus, dass Klaus und Anna mittlerweile seit drei Jahren ein Paar sind und sich bisher nur in der Werkstatt treffen. Weder in ihrer Freizeit noch im Urlaub noch zu sonstigen Anlässen hatten sie bisher die Möglichkeit, sich außerhalb der Werkstatt zu sehen, Gemeinsames zu unternehmen oder sich körperlich näherzukommen. D. h., seit drei Jahren wird zunehmend dieses Verhalten beobachtet und keiner ist bisher auf die Idee gekommen, die beiden nach ihren Wünschen zu fragen, ins Gespräch mit ihnen zu kommen oder das Paarleben der beiden zu unterstützen. Seit drei Jahren werden die beiden mit einer Verhinderungsperspektive abwartend beobachtet. Die Mitarbeitenden der Werkstatt haben nichts getan. Erst als der körperliche Kontakt der beiden ein solches Ausmaß annimmt, dass man den Eindruck hat, dass die anderen Beschäftigten der Werkstatt dadurch irritiert sind und dies den Ablauf in der Werkstatt stört, will man Wege finden, um das zu unterbinden.

Die Mitarbeitenden aus dem Bereich Wohnen entschuldigen sich im Fortlauf der Beratung damit, dass man durch Fahrdienste, die dann zu organisieren seien (Anna hat einen anderen Wohnort), die Widerstände seitens der Eltern von Klaus und die Schwierigkeiten in Verbindung mit der schlechten personellen Besetzung am Wochenende usw. nichts tun konnte.

Die Eltern von Klaus benennen eine große Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft: „Ich will nicht Oma von Klaus' Kindern werden“, äußert seine Mutter.

Es hat nach der Beratung noch ein Vierteljahr bis zum ersten Treffen von Klaus und Anna in der Wohngruppe gedauert.

Meine These: Es sind verdeckte oder offene Widerstände gegen organisationale Veränderungsprozesse zu mehr sexueller Selbstbestimmung, die sich an diesem Fallbeispiel zeigen. Die Komplexität des Themas sexuelle Selbstbestimmung erleichtert es, diesen Widerstand gegen organisationale Veränderungen fachlich zu tarnen. Denn in allen Widerständen werden Argumente benannt, die auf dem Weg zu mehr sexueller Selbstbestimmung differenziert diskutiert werden sollten. Dazu gehören z.B. die jeweiligen persönlichen Herausforderungen im Themenbereich Sexualität, die oft erschwerte sexuelle Entwicklung der Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. Ortland 2020), die emotionalen und konkreten Abhängigkeiten der Erwachsenen mit Behinderungen von deren Angehörigen, die dann Wege erschweren bzw. verhindern können, mit denen diese nicht einverstanden sind. Das Leben in besonderen Wohnformen gehört zu einem hoch kontrollierten Leben, sodass auch die Menschen mit Behinderungen wenig Freiräume zur Erprobung sexueller Selbstbestimmung haben (vgl. Ortland 2016). Die Sprechfähigkeit der Mitarbeitenden wird durch eigene Vorstellungswerte und Normen und das mangelnde Geübt-Sein erschwert (Jenessen, Ortland, Römisch 2020).

Organisationskulturen, die unklar oder verdeckt sexualfeindlich sind, können bei allen Beteiligten zu Verunsicherungen führen. Entsprechende Teamkulturen, in denen beispielsweise Unsicherheiten nicht benannt oder sexuelle Themen nicht sachangemessen besprochen werden können, tun ihr Übriges dazu, dass förderliche Wege der Begleitung erschwert werden.

Fallbeispiel 2:

Von einer Teamleiterin aus dem Bereich der besonderen Wohnformen werde ich in eine Teambesprechung gebeten, weil der Klient Michael durch folgendes Verhalten in ihren Augen auffällig ist und Beratungsbedarf besteht. Michael hat immer wieder und in vielen Situationen des Alltags die Hand im Genitalbereich in der Hose. Was dieses Verhalten für einige der beteiligten Mitarbeitenden besonders belastend macht, ist der Umstand, dass er gleichzeitig mit dem

Zeigefinger der anderen Hand auf eine Mitarbeiterin zeigt und diese anstarrt. Die betreffenden Mitarbeiterinnen fühlen sich dadurch als Objekt seiner (unterstellten) Begierde sexuell belästigt.

In der Beratung des Teams stellt sich heraus, dass Michael schon als junger Erwachsener dieses Verhalten gezeigt hat und es seit über fünfzehn Jahren keine diesbezüglichen Veränderungen gab. Verschiedene Änderungsmöglichkeiten wurden bereits erfolglos erprobt. Es scheint ein relativ stabiles Verhalten zu sein.

Das Team, in dem besonders eine Mitarbeiterin sich durch dieses Verhalten massiv belastet fühlt, hat bis jetzt so reagiert, dass Michael, wenn er dieses Verhalten gezeigt hat, mit seinem Rollstuhl aus dem Raum geschoben wurde und so von den Mitarbeitenden und der Gruppe getrennt wurde. D. h., dass er an gemeinsamen Mahlzeiten nur noch bedingt teilgenommen hat. Weiterhin hat man versucht, Michael von dieser Kollegin fernzuhalten, indem er beispielsweise morgens länger in seinem Zimmer verweilen musste und nicht am Frühstück teilnehmen konnte, wenn diese Mitarbeiterin es begleitete. Der Klient Michael wurde in seinen Rechten auf Teilhabe deutlich beschränkt.

Welche Widerstände gegen sexuelle Selbstbestimmung können hier vermutet werden? Eine zu starke Berücksichtigung der Wünsche einer Kollegin in Verbindung mit den Begrenzungen des Klienten scheinen ein als Kollegialität getarnter Widerstand zu sein. Rechte und Bedarfe des Klienten werden hier – in unangemessener Form – untergeordnet. Weiterhin wird von den Beteiligten argumentiert, dass eine Veränderung des Verhaltens für den Klienten hilfreich und zu dessen eigenem Schutz sei. Die getroffenen Maßnahmen sollten als negative Konsequenz den Klienten zu einer Verhaltensänderung führen. Dies ist über Monate hinweg nicht eingetreten – an der Argumentation wird trotzdem festgehalten. In der Diskussion im Team spielt der Schutz der anderen Bewohnerinnen und Bewohner vor diesem sexualisierten Verhalten eine ebenso große Rolle. An keiner Stelle im Teamgespräch konnten jedoch die besondere Belastung oder Belästigungen der Mitbewohner:innen dargestellt werden. Belastet zeigen sich vor allem die Mitarbeitenden. Der Widerstand wird fachlich getarnt als Schutzauftrag.

In der Beratung konnte das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und die Würde des Klienten in den Vordergrund gestellt werden, sodass als spätere Konsequenz der Kollegin angeraten wurde, die Wohngruppe zu wechseln.

Diese konkreten Beispiele ließen sich auch durch Forschungsergebnisse aus der Befragung von Mitarbeitenden stützen (vgl. Ortland 2016). An dieser Stelle soll stattdessen der Fokus auf m.E. notwendige Veränderungen in den Organisationen gelegt werden.

Erklärungsideen gegen Veränderungen

Aus der Perspektive von Change Management, also des Wissens um Veränderungsprozesse in Organisationen, gibt es hilfreiche Impulse zum Umgang mit Widerständen. Doppler und Lauterburg (2014) definieren Widerstand wie folgt: „Von Widerstand kann immer dann gesprochen werden, wenn vorgesehene Entscheidungen oder getroffene Maßnahmen, die auch bei sorgfältiger Prüfung als sinnvoll, ‚logisch‘ oder sogar dringend notwendig erscheinen, aus zunächst nicht ersichtlichen Gründen bei einzelnen Individuen, bei einzelnen Gruppen oder bei der ganzen Belegschaft auf diffuse Ablehnung stoßen, nicht unmittelbar nachvollziehbare Bedenken erzeugen oder durch passives Verhalten unterlaufen werden“ (ebd. 354).

Für die Begründung der Widerstände geben sie verschiedene Erklärungen (ebd. 355):

- Es wurde nicht verstanden, worum es geht.
- Es wurde verstanden, worum es geht, aber es wird nicht geglaubt, was vermittelt wurde.
- Es wurde verstanden, worum es geht, und auch geglaubt, was vermittelt wurde, aber es werden keine positiven Konsequenzen erwartet.

Die gegenwärtige Situation in der Organisation bietet in der Regel Stabilität und Sicherheit. Das bedeutet, dass alle wissen, was zu tun ist, da Abläufe festgelegt, Routinen erlebbar und Ziele klar sind. Durch einen Veränderungsprozess entstehen Verunsicherungen, durch die die gefühlte Stabilität und Sicherheit aufgelöst werden. Da bei Veränderungsprozessen häufig das zu erreichende Ziel noch nicht so klar beschrieben werden kann wie der aktuelle Zustand, ist die Reaktion zurückhaltend und die Motivation für Veränderungen gering. Die Beteiligten wissen nicht genau, was auf sie zukommt. Das verunsichert, macht ängstlich, und gerade in Zeiten von Personalmangel und hoher Arbeitsbelastung gibt es weniger Bereitschaft, sich auf diese Prozesse einzulassen.

Meine These zur aktuellen Situation in der Eingliederungshilfe: Organisationen befinden sich in vielen verschiedenen Veränderungsprozessen, die verunsichern. Auch im Bereich der sexuellen Selbstbestimmung braucht es einen Veränderungsprozess aus einer bisherigen, als sicher und stabil erlebten Situation.

Doppler und Lauterburg (2014, 357) beschreiben aktiven und passiven Widerstand, der sich symptomatisch verbal oder nonverbal zeigen kann. Ihre Auflistung macht deutlich, dass die Enttarnung des Widerstandes eine Herausforderung bedeuten kann. Im Bereich des nonverbalen passiven Widerstandes nennen sie: Unaufmerksamkeit, Müdigkeit, Fernbleiben, innere Emigration und Krankheit. Verbal kann sich passiver Widerstand durch Schweigen, Bagatellisieren, Blödeln, ins Lächerliche ziehen oder durch das Debattieren von Unwichtigem zeigen.

In Situationen des Übergangs kann es bei den Beteiligten durch die erlebte Verunsicherung – „Was muss ich denn tun? Wie soll ich jetzt handeln? Was ist richtig/falsch?“- zu einem Gefühl des Kontrollverlusts kommen. Als Folge wird die vorherige Situation glorifiziert – „Vorher/früher war alles besser.“ – und es entstehen Konflikte zwischen Mitarbeitenden, die den Prozess beschleunigen wollen, und anderen, die durch ihre Verunsicherung in die offenen/aktiven oder verdeckten/passiven Widerstände gehen. Diese Konflikte sind keine fachlichen Konflikte und folglich auch nicht fachlich zu lösen. Für entsprechende Ängste braucht es Anerkennung: durch Orte und Zeiten der Benennung und ein Ernstnehmen von Mitarbeitenden in ihrem jeweiligen Erleben. Dialoge ermöglichen Verständigung.

Die vier Grundsätze des Widerstandes, die Doppler und Lauterburg (2014, 363f) formulieren, fassen zentrale Aspekte zusammen:

- „Es gibt keine Veränderungen ohne Widerstand!“
- „Widerstand enthält immer eine `verschlüsselte Botschaft`!“
- „Die Nichtbeachtung von Widerstand führt zu Blockaden!“
- „Mit dem Widerstand, nicht gegen ihn gehen!“

Zu der `verschlüsselten Botschaft` führen die Autoren Folgendes aus: „Wenn Menschen sich gegen etwas sinnvoll oder notwendig Erscheinendes sträuben, haben sie irgendwelche Bedenken, Befürchtungen oder Angst. → *Die Ursachen für Widerstand liegen im emotionalen Bereich!*“ (ebd. 363, Hervorhebungen im Original).

Zentrale Fragen für Veränderungsprozesse zu mehr sexueller Selbstbestimmung für Erwachsene mit Behinderungen in organisationalen Wohn- und Arbeitssettings liegen nach dieser Argumentation vor allem im Bereich des Umgangs mit verschiedenen Emotionen.

Es gilt, in den Organisationen, aber vor allem in den verschiedenen Teams und Wohn- oder Arbeitsgruppen, darüber in einen konstruktiven Austausch zu kommen. Freiräume, die die gegenseitige Mitteilung von Verunsicherungen, Ängsten, Wünschen etc. möglich machen, können Entlastungen und Klarheit bringen. Nicht nur Mitarbeitende, sondern auch die Menschen mit Behinderungen sowie die An- und Zugehörigen sollten in diese Austauschprozesse aktiv einbezogen werden.

Die Beratung von Teams durch externe Fachleute zu Themen sexueller Selbstbestimmung kann anlassbezogen die Möglichkeit zum Austausch über diesbezügliche Emotionen bieten. Ein möglicher Vorteil dieser anlassbezogenen Vorgehensweise liegt in der Chance, sich über Emotionen auszutauschen, aber auch in der Möglichkeit, auf einer Sachebene zu bleiben. Da es ein Sachthema (sexuelle Selbstbestimmung) gibt, hat jede:r Teilnehmende an dem Austausch die Möglichkeit, den Grad der Öffnung in dieser (in der Regel nicht selbst gewählten Gruppe) selbst zu bestimmen. Dieses Vorgehen kann helfen, Widerstände zu lösen und mehr Offenheit für ein notwendiges eigenes Entwicklungstempo anzubieten.

Neben diesem Blick auf die emotionale Seite des Widerstandes soll abschließend noch der Blick auf die fachliche Seite gelegt werden: Was bedeutet es, wenn bspw. in Wohneinrichtungen „mehr sexuelle Selbstbestimmung“ realisiert werden soll? Woran ist erkennbar, dass die Veränderung vonstattengeht und gelungen ist? Was bedeutet das konkret für alle Beteiligten – Erwachsene mit Behinderungen, Mitarbeitende, An- und Zugehörige?

In dem Forschungsprojekt „Reflexion, Wissen, Können“ wurden von Jennessen, Ortland und Römisch (2020) „Leitlinien gelingender sexueller Selbstbestimmung“ formuliert. Hier wurde versucht, eine solche Zielperspektive in und durch Diskussionen mit Mitarbeitenden aus Wohneinrichtungen sowie Menschen mit Behinderungen in den Blick zu nehmen (vgl. Jennessen, Ortland, Römisch 2020).

In der ersten Leitlinie für die Perspektive der Mitarbeitenden ist formuliert: „Erwachsene Menschen mit Behinderungen leben ihre Sexualität selbstbestimmt und werden dabei bedarfsorientiert, alters- und entwicklungsgemäß begleitet. Sie sind Expertinnen und Experten für sämtliche Belange ihrer Sexualität. Alle Menschen haben das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. In Wohneinrichtungen werden unter Beteiligung der Bewohnerinnen, Bewohner und Mitarbeitenden die notwendigen Bedingungen geschaffen, die für die Umsetzung dieses Rechts notwendig sind. Eine Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner erfolgt individuell und abgestimmt auf die von ihnen benannten oder ggf. bei eingeschränkter Mitteilungsfähigkeit bei ihnen vermuteten Bedarfe. Leitend sind die Wünsche der Bewohnerinnen und Bewohner selbst. Sexuelle Selbstbestimmung ist begrenzt durch das Recht auf Unversehrtheit anderer.“ (Jennessen, Ortland, Römisch 2020, 27).

In der ersten Leitlinie für die Perspektive der Bewohnerinnen und Bewohner ist in leichter Sprache formuliert: „Alle Menschen haben das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Alle Menschen dürfen über ihre Sexualität selbst bestimmen. Erwachsene Menschen kennen ihre Wünsche und Bedürfnisse am besten. Das gilt für Menschen mit Behinderungen. Das gilt für Menschen ohne Behinderungen. Manche Menschen mit Behinderungen brauchen Unterstützung für ihr Sexual-Leben. So soll es sein: Alle Menschen mit Behinderungen können Unterstützung verlangen. Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterstützen sie dabei.“ (ebd. 28).

Aus diesen exemplarischen Leitlinien wird deutlich, dass aus der fachlich richtigen Zielperspektive noch kein konkretes Handlungsziel abzuleiten ist und nur vage Bilder konkreter Verände-

rungen für den Alltag entstehen. Die Realisierung sexueller Selbstbestimmung hält durch ihre Komplexität und vor allen Dingen durch die oft sexualfeindlichen Biografien der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besondere Herausforderungen bereit.

Die Veränderungsperspektive zu mehr sexueller Selbstbestimmung führt eben nicht zu mehr Eindeutigkeit oder nur zu positiven Veränderungen. Mehr sexuelle Selbstbestimmung führt nicht zwangsläufig zu mehr Freude, Zufriedenheit und Glück. Sexuelle Selbstbestimmung beinhaltet ebenso Traurigkeit, Enttäuschung und Liebeskummer. Sexuelle Selbstbestimmung fordert persönlich heraus und mutet Weiterentwicklung zu.

Sexuelle Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht. Deshalb geht es nicht darum, *ob* sie realisiert wird, sondern *wie* sie realisiert wird –gegen aktive oder passive Widerstände in Organisationen. Partizipative Beteiligungen am Veränderungsprozess, Ernstnehmen von Ängsten und Unsicherheiten, Austauschmöglichkeiten zu verschiedenen Emotionen oder erzählbare Visionen, um die Zielperspektive klarer werden zu lassen, können unterstützen und Widerstände minimieren. Werden kleine Erfolge sichtbar, können sie andere nach sich ziehen.

Gelingt es, gute Bedingungen sexueller Selbstbestimmung zur Normalität werden zu lassen, kann mit Sebastian Knorr, einem Experten in eigener Sache, formuliert werden: „Ich habe im Laufe meines Lebens wirklich gute Bedingungen gehabt, um meine Sexualität zu erleben. Und ich bin sehr glücklich darüber, denn ich weiß, dass es auch im 21. Jahrhundert noch längst keine Normalität für geistig und schwer mehrfachbehinderte Menschen ist, Sexualität zu erleben“ (Knorr, Blume 2010, 178). Herr Knorr, ein Mann mit zugeschriebener kognitiver Beeinträchtigung, Rollstuhlfahrer und ohne verständliche Lautsprache, hat dies mit seiner Assistentin im Jahr 2010 auf der Fachtagung der Stiftung „Leben pur“ in seinem Vortrag „Sexualität – Auch ich habe ein Recht darauf“ so formuliert. Grund genug, mutig aktiv zu werden und die Herausforderung anzunehmen.

Literatur

- Avanti donne, Interessenvertretung Frauen und Mädchen mit Behinderung (Hrsg.) (2020): Ganz Frau. Weibliche Sexualität, Liebe und Behinderung. Dübendorf: rona-Druck.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011) (Hrsg): Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. Köln: Eigenverlag.
- Doppler, K.; Lauterburg, C. (2014): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten (13. Auflage). Frankfurt/New York: Campus-Verlag.
- Jennessen, S.; Ortland, B.; Römisch, K. (2020): ReWiKS-Grundlagen: Projektüberblick, Forschungs- und Entwicklungsprozess, Materialien. Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Herausgeberin: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln: Eigenverlag.
- Knorr, S.; Blume, U. (2010): Sexualität – Auch ich habe ein Recht darauf. In: Maier-Michalitsch, N.; Grunick, G. (Hrsg.): Leben pur – Liebe, Nähe, Sexualität bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen. Düsseldorf, verlag selbstbestimmtes leben, 172-178.
- Ortland, B. (2016): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Stuttgart, Kohlhammer.
- Ortland, B. (2020): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik (2. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–31 January 2002, Geneva.

Geschlechtlichkeit und Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung – Auffälliges Sexualverhalten, Heirat, Kinderkriegen, Sterilisation und Sexualbegleitung aus Sicht der Betreuungskräfte

Lotte Habermann-Horstmeier

Zitierweise:

Habermann-Horstmeier, L. (2024): Geschlechtlichkeit und Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung – Auffälliges Sexualverhalten, Heirat, Kinderkriegen, Sterilisation und Sexualbegleitung aus Sicht der Betreuungskräfte. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGb Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGb, S.17-38.

1. Einleitung

Menschen mit geistiger Behinderung (MmGB) sind keine geschlechtslosen oder asexuellen Wesen. Über viele Jahrzehnte hinweg wurde Geschlechtlichkeit und Sexualität bei MmGB im wissenschaftlichen Diskurs jedoch kaum thematisiert und in der Praxis ignoriert, verschämt beiseitegeschoben oder unterdrückt. Auch wenn sich hier inzwischen einiges ändert: Die Forschenden in diesem Bereich betonen zu Recht, dass es immer noch viel zu wenig belastbare, praxisbezogene Forschung gibt, die sich insbesondere mit der Geschlechtlichkeit und Sexualität von Menschen mit stärkeren intellektuellen und sozio-emotionalen Einschränkungen beschäftigt.

Auch die meist stärker beeinträchtigten MmGB in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe³ haben sexuelle Bedürfnisse (Habermann-Horstmeier 2021b). Viele suchen körperliche Nähe, einige wünschen sich aber auch eine partnerschaftliche Beziehung, in der sie sich aufgehoben fühlen (Habermann-Horstmeier 2021d). Bei beidem können, müssen aber nicht unbedingt sexuelle Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Menschen mit geistiger Behinderung äußern ihre Bedürfnisse und Wünsche auf verschiedenste Weise, wobei die Art und der Grad der intellektuellen und sozio-emotionalen, ggf. auch der psychischen und körperlichen Einschränkungen eine große Rolle spielt.

Betreuungskräfte in der Behindertenarbeit sind täglich hiermit konfrontiert. Sie selbst bringen ihre eigenen Vorstellungen von Sexualität und Partnerschaft, vom Umgang mit Schwangerschaftsverhütung etc. mit. Diese Vorstellungen können z. B. von kulturellen, ethisch-moralischen, religiösen oder ideologischen Sichtweisen geprägt sein. Auch Vorurteile und Wissen bzw. Nicht-Wissen können hierbei eine Rolle spielen. Eine erfahrene, in einer stationären Wohneinrichtung tätige Fachkraft beschrieb in der im Jahr 2019 durchgeführten Studie „Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung in Wohneinrichtungen: die Sicht der Betreuungskräfte“ (GMGB), welches Spannungsfeld sich hieraus ergeben kann:

„Das Thema Sexualität wird in unserer Einrichtung nicht thematisiert. Wir betreuen überwiegend Menschen mit umfassenden und wesentlichen körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen. Sexualität wird reduziert auf die Ausführung des Geschlechtsakts. Bedürfnisse nach Körperberührung und emotionaler und körperlicher Nähe werden eigentlich total ausgeklammert. Dabei bin ich der Meinung, dass tägliche, regelmäßige Körperberührungen ein menschliches Grundbedürfnis sind, dem in der Behindertenhilfe mit pädagogischen Konzepten wie Snoezelen usw. begegnet wird. Ein weiteres Problem ist die Angst davor, die

³ jetzt: besondere Wohnformen

professionelle Distanz zu verlassen, wenn man den Menschen mit Beeinträchtigungen körperlich zu nah kommt, oder einfach Ekel vor der Berührung.“ (ID11)

Im Folgenden werden einige Ergebnisse dieser überwiegend quantitativen Studie, an der Betreuungskräfte aus zahlreichen Behinderteneinrichtungen in Deutschland teilnahmen, vorgestellt und diskutiert (s. dazu u. a. Habermann-Horstmeier 2021c).

2. Die GMGB-Studie

Studienpopulation: An der GMGB-Studie⁴ nahmen 245 Betreuungskräfte aus kirchlichen (57,1 %), privaten nicht-kirchlichen (38,8 %) und staatlichen Behinderteneinrichtungen (3,3 %) teil. Die meisten waren in Wohnheimen (mit interner Tagesstruktur; 54,3 %) tätig, andere arbeiteten in Wohnstätten (ohne Tagesstruktur; 9,8 %), in Außen-Wohngruppen bzw. im betreuten Wohnen (15,5 %) sowie in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe (Werkstätten für behinderte Menschen [WfbM], Tagesförderstätten bzw. in mehreren Einrichtungsarten; 18,4 %). Es waren Teilnehmer:innen aus allen 16 Bundesländern, die v. a. Menschen mit unterschiedlichen Graden einer geistigen Behinderung (67,8 %) betreuten. Deutlich weniger Befragte kreuzten an, dass sie sich überwiegend um Menschen mit leichter (7,4 %), mittlerer/schwerer (16,7 %) oder Schwerstmehrfachbehinderung (5,3 %) bzw. mit vorwiegend psychischer Beeinträchtigung (2,0 %) kümmerten. Abb. 1 zeigt, dass die Betreuungskräfte von Menschen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung sowie von schwerstmehrfachbehinderten Menschen erwartungsgemäß am häufigsten in Wohnheimen/Wohnstätten arbeiteten, während die Betreuer:innen von Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung fast ausschließlich im ambulanten Bereich tätig waren.

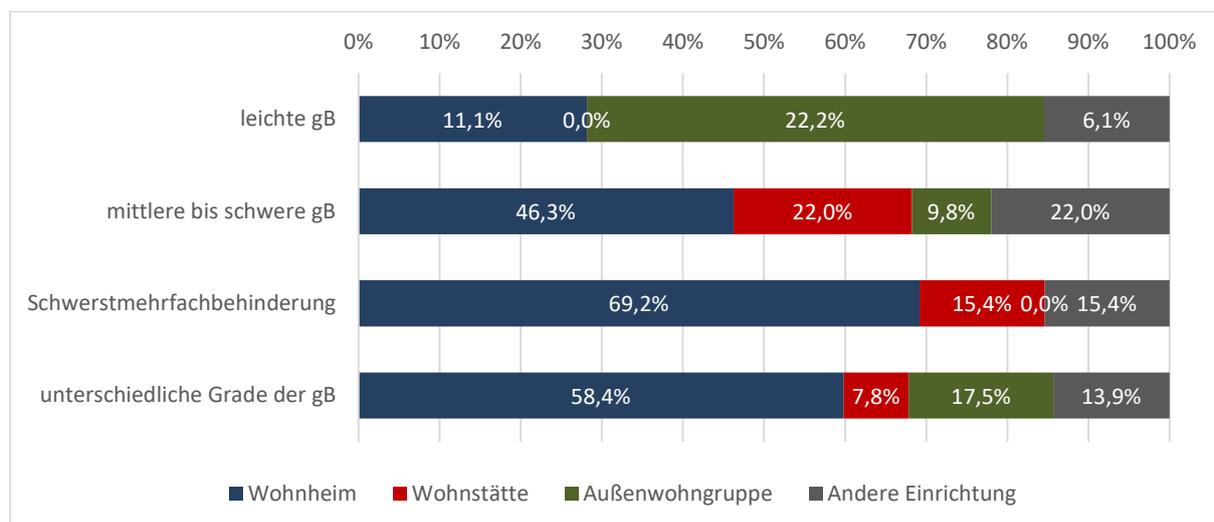


Abb. 1: Art der Einrichtung, in der die befragten Betreuungskräfte arbeiten, und Art der Behinderung der dort lebenden Bewohner/-innen [n = 245]

Gut drei Viertel der Studienteilnehmer:innen (75,9 %) waren Frauen. Die Proband:innen waren im Durchschnitt 41,2 Jahre alt [STAB \pm 12,3 J.; Min. 19 J.; Max. 63 J.; Median: 41 J.], wobei die teilnehmenden Männer durchschnittlich etwas älter waren als ihre Kolleginnen (σ : \emptyset 42,5 J.; \emptyset 40,8 J.). Fachkräfte aus den Bereichen Heilerziehungs-, Kranken- und Altenpflege bildeten mit 40,0 % die größte Gruppe, gefolgt von Leitungskräften (ab Gruppenleitung aufwärts; 33,9

⁴ GMGB = Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung – Die Sicht der Betreuungskräfte

%). Der Anteil der Auszubildenden war mit nur 3,7 % recht niedrig. Eine andere Funktion wie z. B. Wohnverbundleitung, psychologische oder sozialpädagogische Fachkraft, Sozialarbeiter:in, Arbeitserzieher:in, Fachdienst Pflege, Sexualpädagog:in, Autismusfachkraft, Praktikant:in, Werkstudent:in etc. gaben 21,2 % der Teilnehmenden an.

Methode: Für die im Jahr 2019 durchgeführte GMGB-Studie wurden 1.536 Leitungskräfte bzw. Wohngruppen von privaten, kirchlichen und staatlichen Behinderteneinrichtungen per E-Mail angeschrieben und gebeten, einen neu entwickelten Fragebogen zur Geschlechtlichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung auszufüllen und an ihre Mitarbeiter:innen weiterzugeben. Die E-Mail-Adressen wurden zuvor im Internet recherchiert. Die Teilnehmenden sandten uns die ausgefüllten Fragebögen per E-Mail, Fax oder Post zu. Da über den Fragebogen aus Datenschutzgründen keine direkten personenbezogenen Daten – wie etwa Post-, Fax- oder E-Mail-Adresse – erhoben wurden, ließ sich keine Rücklaufquote berechnen. Der Fragebogen bestand aus 58 überwiegend geschlossenen Fragen zu den Themen Partnerschaft, sexuelle Aktivität, sexuelle Gewalt, Schwangerschaftsverhütung, Menstruation, Monatshygiene und gynäkologische Untersuchung. Zudem wurde nach dem Wissen, den Einschätzungen und den Meinungen der Betreuungskräfte zu den genannten Themen gefragt. Der quantitative Teil der anonymisierten Daten wurde mit EpiData erfasst und mit der Statistiksoftware STATA ausgewertet. Neben uni- und bivariaten Analysen wurden Signifikanztests und in einigen Fällen auch Regressionsanalysen durchgeführt. Die Antworten auf die offenen Fragen wurden anschließend nach der Häufigkeit bestimmter Stichwortgruppen ausgewertet.

3. Wie gehen Betreuungskräfte mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung um?

Es gibt erst seit wenigen Jahren sowohl in Deutschland als auch international erste Forschung dazu, wie Betreuungskräfte mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung umgehen. Hierzu gehört etwa die Studie von Retznik et al. (2023), die sich mit der Sexualität und Geschlechtlichkeit von jungen MmGB im Alter von 14 bis 25 Jahren beschäftigt. Leider wird hier nicht zwischen den Erfahrungen der befragten Eltern (n = 34) und denen von professionellen Betreuungskräften (n = 8) unterschieden. Eine Studie von Rushbrooke et al. (2014) zeigt, dass (professionelle) Betreuungskräfte oftmals Probleme mit den sexuellen Bedürfnissen von erwachsenen MmGB haben. Die Autor:innen erörtern, dass hierbei die eigenen Ansichten der Betreuungskräfte eine Rolle spielen und sich auf den praktischen Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen von MmGB auswirken. Abbott und Howarth betonten bereits im Jahr 2006, dass sich Betreuungskräfte bei diesem Thema oftmals unsicher und unbehaglich fühlen. Diese bemängelten, hierfür nicht ausreichend geschult zu sein, sodass sie gezwungen seien, sich in erster Linie auf die eigenen Werte als Orientierung zu verlassen (Abbott/Howarth 2006). Mittlerweile gibt es in Deutschland viele Träger von Einrichtungen der Behindertenhilfe (wie z. B. die Stiftung Liebenau), die Leitlinien zum Umgang mit Sexualität und Behinderung bei MmGB⁵ erarbeitet haben. Inwieweit diese dann auch umgesetzt werden, ist unklar. Die Ergebnisse der im Folgenden vorgestellten Studie zur Geschlechtlichkeit bei MmGB in Wohneinrichtungen aus dem Jahr 2019 zeigen, dass sich ein Großteil der Beschäftigten in der Behindertenarbeit trotzdem bei diesem Thema nicht wohl und alleingelassen fühlt.

⁵ s. https://www.stiftung-liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/teilhabe/pdf/Fachtage/Kein_besonderes_Bed%C3%BCfnis/leitlinien-zum-umgang-mit-sexualitaet-und-behinderung-web.PDF

3.1 Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung als Tabu-Thema

„Ein immer noch tabuisiertes Thema. Menschen mit Behinderungen sind nicht asexuell. Bedürfnisse wie Zuneigung, Körperkontakt und Sex sind essentielle Dinge und müssen angesprochen und enttabuisiert werden!“ (ID 47)

Gut zwei Drittel der in der GMGB-Studie befragten Betreuungskräfte halten das Thema ‚Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung‘ für ein Tabu-Thema in der deutschen Gesellschaft (Abb. 2).

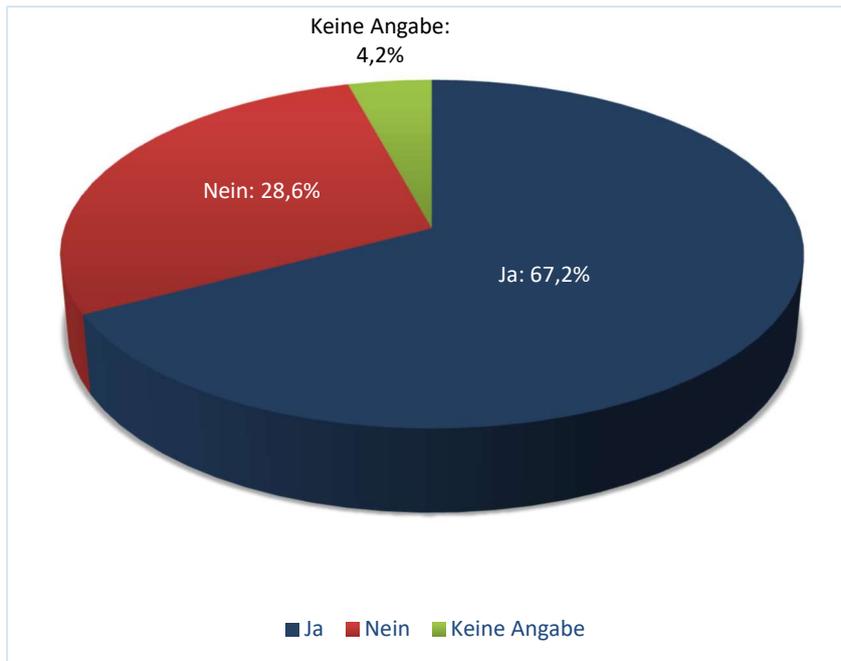


Abb. 2: Antwort der befragten Betreuungskräfte auf die Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema? [n = 238]

Überraschenderweise fand sich hier kein signifikanter Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Betreuungskräften sowie zwischen Betreuenden aus kirchlichen und anderen privaten Einrichtungen. Junge Betreuungskräfte (≤ 25 J.) waren jedoch deutlich seltener der Ansicht, dass es sich hierbei um ein Tabu-Thema handelt (Abb. 3, links). Aufgrund der recht geringen Anzahl an jungen Teilnehmenden ist der Unterschied zwischen den Altersgruppen jedoch statistisch nicht signifikant. Auch Auszubildende und „andere Fachkräfte“ sahen die Sexualität bei MmgB ebenfalls nicht so häufig als Tabu-Thema an (Abb. 3, rechts).

Stellvertretend für viele ihrer Kolleg/-innen steht hier die Aussage einer jungen, in einem Wohnheim tätigen Betreuerin:

„Für mich selber ist Sexualität bei Menschen mit Behinderung kein Tabuthema, aber für sehr viele andere schon. Ich würde mir wünschen, dass man mehr in diesem Bereich forscht, um dementsprechende Weiter-/Fortbildungen anbieten zu können, damit Mitarbeiter nicht unbedingt „in der Luft hängen“, da sie nicht weiterwissen. In der Einrichtung selber wünsche ich mir mehr Sexualtherapeuten, die auch dementsprechend mit den Klienten umgehen können.“

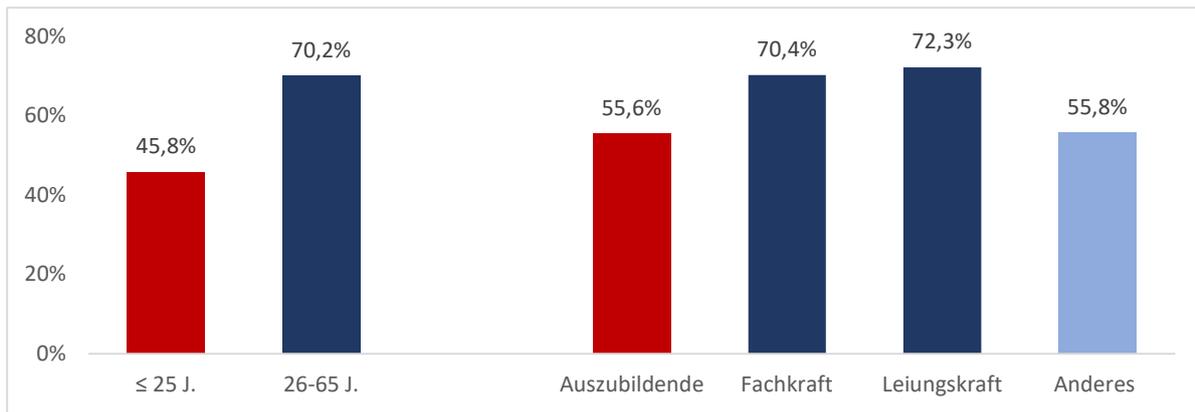


Abb. 3: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema? unterschieden nach Altersgruppen (links) und aktueller Tätigkeit in der Einrichtung (rechts). „Fachkräfte“ waren hiernach z. B. Heilerziehungspflege-, Krankenpflege- und Altenpflegekräfte, die als Betreuungskräfte tätig waren. Unter „Anderes“ wurden z. B. psychologische Fachkräfte, Arbeitserzieher:innen, Sozialarbeiter:innen, sexualpädagogische Fachkräfte etc. eingeordnet [n = 242; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die bei der Frage „Als was sind Sie gegenwärtig in dieser Einrichtung beschäftigt?“ keine Angaben gemacht hatten: n = 10; Pearson $\chi^2(6) = 12.2979$, $p = 0.056$]

Neben der allgemeinen beruflichen Erfahrung spielt hierbei wohl auch die eigene Betroffenheit (i. d. S., dass die von ihnen betreuten MmGB häufiger sexuelles Verhalten zeigen) bei dieser Einschätzung eine Rolle. So glaubten z. B. mehr Betreuungskräfte von sexuell aktiven Menschen mit geistiger Behinderung, bei denen Sexualität eine deutliche bzw. sehr große Rolle spielt, dass dies in Deutschland ein Tabu-Thema sei (Abb. 4). Anders sieht es dagegen bei Betreuungskräften aus, die angaben, dass Sexualität bei den von ihnen betreuten Menschen nur eine geringe Rolle spielt. Sie glaubten seltener, dass dies ein Tabu-Thema ist.

Dass diejenigen Betreuungskräfte, die im Laufe ihrer beruflichen Tätigkeit im Behindertenbereich schon einmal Fälle von sexueller Gewalt erlebt hatten, signifikant häufiger das Thema ‚Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung‘ für ein Tabu-Thema hielten, zeigt, dass auch die eigene Erfahrung bzw. die eigene emotionale Betroffenheit bei dieser Frage eine Rolle spielt. So stimmten 71,4 % der Befragten hier zu, die bereits sexuelle Gewalt im Zusammenhang mit den von ihnen betreuten MmGB bzw. in ihrer Einrichtung erlebt hatten, während es bei denjenigen, die dies noch nicht erlebt hatten, mit 64,8 % deutlich weniger waren (Pearson $\chi^2(4) = 155.2101$, $p \leq 0.001$).

Welche Rolle die eigene berufliche Erfahrung in diesem Zusammenhang spielt, zeigt sich z. B. darin, dass Betreuungskräfte seltener Sexualität bei MmGB als Tabu-Thema sahen, wenn sie nach eigener Einschätzung *sehr gut bzw. gut* mit auffälligem Sexualverhalten in der Öffentlichkeit umgehen können (61,9 %), während der Prozentsatz bei denjenigen, die *schlecht/sehr schlecht* damit umgehen können, bei 87,5 % lag (Pearson $\chi^2(12) = 180.4144$, $p \leq 0.001$).

Ähnliches zeigte sich bei der Frage, wie gut Betreuungskräfte nach eigenen Angaben mit sexuellen Regungen bei der Körperpflege umgehen können. Hier war der Prozentsatz derjenigen, die Sexualität bei MmGB als Tabu-Thema sahen, bei denen, die nach eigener Einschätzung *mittel/schlecht/sehr schlecht* mit sexuellen Regungen bei der Körperpflege umgehen können, mit 80,0 % deutlich höher als bei denjenigen, die *gut/sehr gut* damit umgehen können (66,7 %; Pearson $\chi^2(12) = 87.3782$, $p \leq 0.001$).

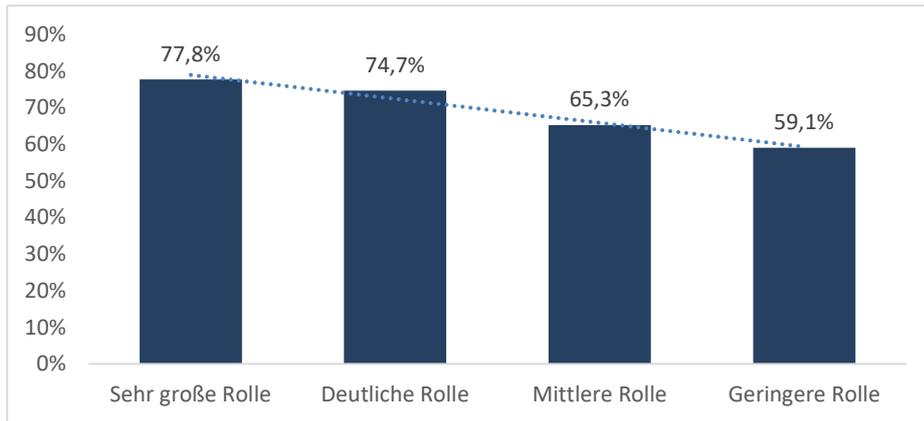


Abb. 4: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema?, unterschieden danach, welche Rolle Sexualität im Durchschnitt ihrer Ansicht nach im Leben der von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung spielt. [n = 235; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die „Spielt keine Rolle“ angekreuzt hatten: n=1 und die der Personen, die hier keine Angaben gemacht hatten: n=9; Pearson $\chi^2(10) = 179.1073$, $p \leq 0.001$]

Zudem stimmten mehr Betreuungskräfte der Aussage zu, dass Sexualität bei MmGB ein Tabu-Thema ist, die vorwiegend Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuen (Abb. 5), bzw. die zur Zeit der Befragung im Bereich der ambulanten Betreuung oder in Nicht-Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe tätig waren. Letztere kümmern sich wiederum häufiger um Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung (Abb. 6), während Menschen mit schwereren Behinderungsformen häufiger in stationären Wohneinrichtungen betreut werden (Pearson $\chi^2(12) = 43.1625$, $p \leq 0.001$; s. a. Abb. 1).

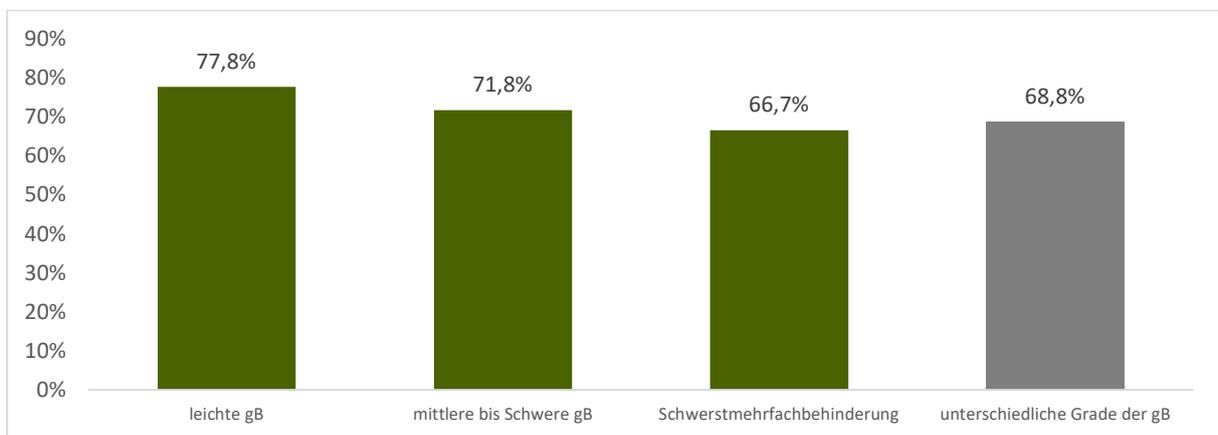


Abb. 5: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema?, unterschieden danach, welche Behinderungsarten die MmGB in der Einrichtung vorwiegend aufwiesen, in der die befragte Betreuungskraft tätig war. gB = geistige Behinderung [n = 229; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die vorwiegend Menschen mit psychischer Beeinträchtigung betreuten: n=1 und die der Personen, die hier keine Angabe gemacht hatten: n=10]

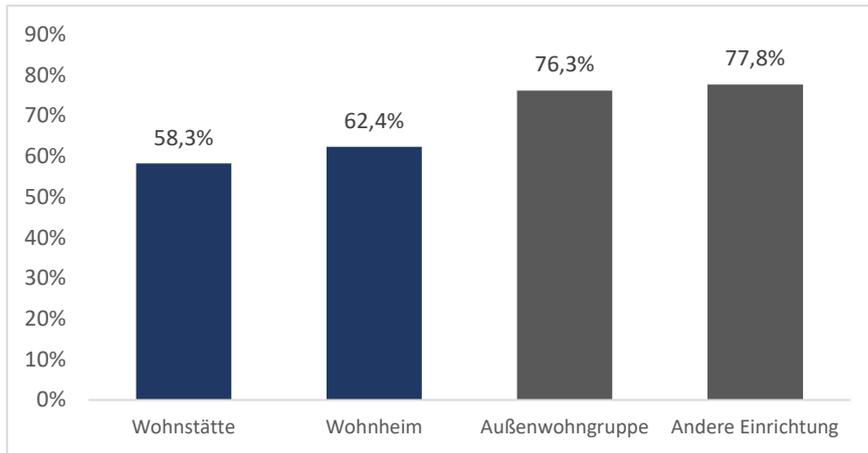


Abb. 6: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema?, unterschieden danach, welcher Art die Einrichtung war, in der die befragte Betreuungskraft tätig war. Wohnstätte = stationäre Einrichtung ohne Tagesstruktur; Wohnheim = stationäre Einrichtung mit interner Tagesstrukturierung; Außenwohngruppe schließt auch betreute Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen mit ein; Andere Einrichtungen: z. B. Werkstätten, externe Tagesstruktur, Beratungseinrichtungen [n = 231; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die hier keine Angabe gemacht hatten: n=9]

Betreuungskräfte, die Sexualität bei MmGB für ein Tabu-Thema hielten, waren häufiger der Ansicht, dass es in der Einrichtung die Möglichkeit der Sexualbegleitung⁶ geben muss (Pearson $\chi^2(4) = 142.6192$, $p \leq 0.001$) und dass die Kosten dafür von den Krankenkassen übernommen werden müssten (Pearson $\chi^2(4) = 145.4488$, $p \leq 0.001$). Zudem führten sie häufiger regelmäßig oder von Zeit zu Zeit Gespräche über Sexualität mit den von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung und deren Angehörigen (Abb. 7).

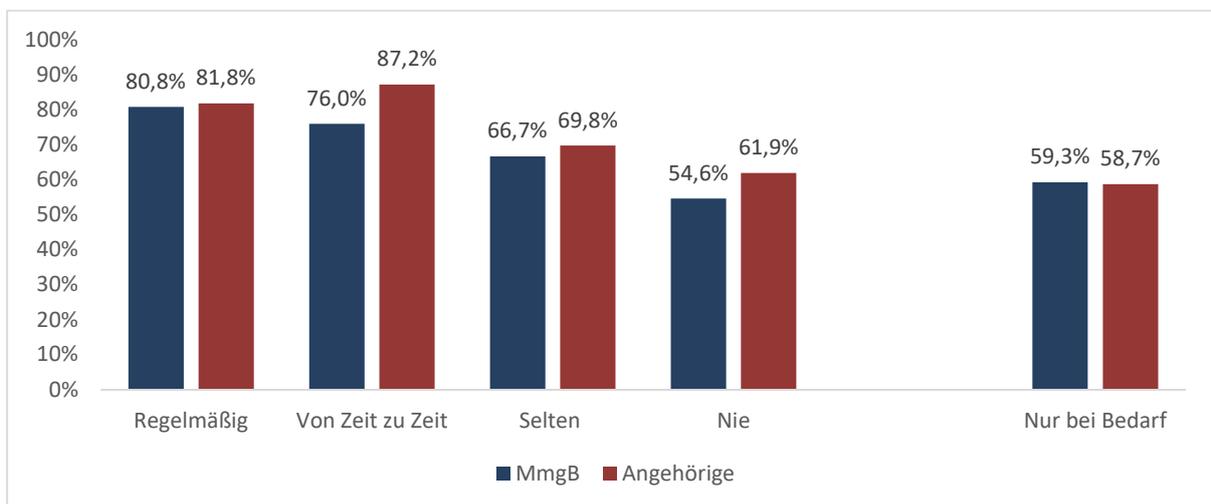


Abb. 7: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Frage: Halten Sie das Thema „Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung“ in Deutschland für ein Tabu-Thema?, unterschieden danach, wie häufig die Befragten Gespräche über Sexualität mit den von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung (Pearson $\chi^2(10) = 19.6983$, $p = 0.032$) und deren Angehörigen (Pearson $\chi^2(10) = 16.3239$, $p = 0.091$) führten. [n = 245; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die hier keine Angabe gemacht hatten: n=2]

⁶ Unter ‚Sexualbegleitung‘ versteht man die Möglichkeit für Menschen mit Behinderung, die keinen Partner haben, Sexualität gegen Bezahlung zu erfahren. Aufgabe der Sexualbegleitung ist es dabei auch, den Menschen mit Behinderung darin zu unterstützen, die eigene Sexualität zu finden und auszubilden.

3.2. Sexualverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Betreuungskräfte

Die meisten der befragten Betreuungskräfte waren der Ansicht, dass Sexualität bei den von ihnen betreuten MmGB im Durchschnitt eine mittlere (29,4 %) bzw. deutliche Rolle (33,9 %) spielt, erheblich weniger kreuzten an, dass sie durchschnittlich eine geringe (18,0 %) bzw. sehr große Rolle (14,7 %) spielt. 3,7 % der Teilnehmenden machten hier keine Angabe. Erwartungsgemäß waren die Fachkräfte, die Menschen mit schwereren Behinderungsformen betreuten, häufiger der Ansicht, dass Sexualität bei MmGB im Durchschnitt eine geringere Rolle spielt. Dass Sexualität bei MmGB eine sehr große/deutliche Rolle spielt, glaubten dagegen v. a. Studienteilnehmer:innen, die Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuten (Pearson $\chi^2(20) = 45.5475$, $p = 0.001$; Abb. 8). Hierbei überrascht es nicht, dass im Durchschnitt 38 % der Betreuungskräfte der Ansicht waren, dass einige Bewohner:innen überhaupt keine sexuellen Bedürfnisse haben. Dies waren häufiger Auszubildende (Abb. 9) sowie etwas mehr Männer als Frauen (37,1 % vs. 41,1 %).

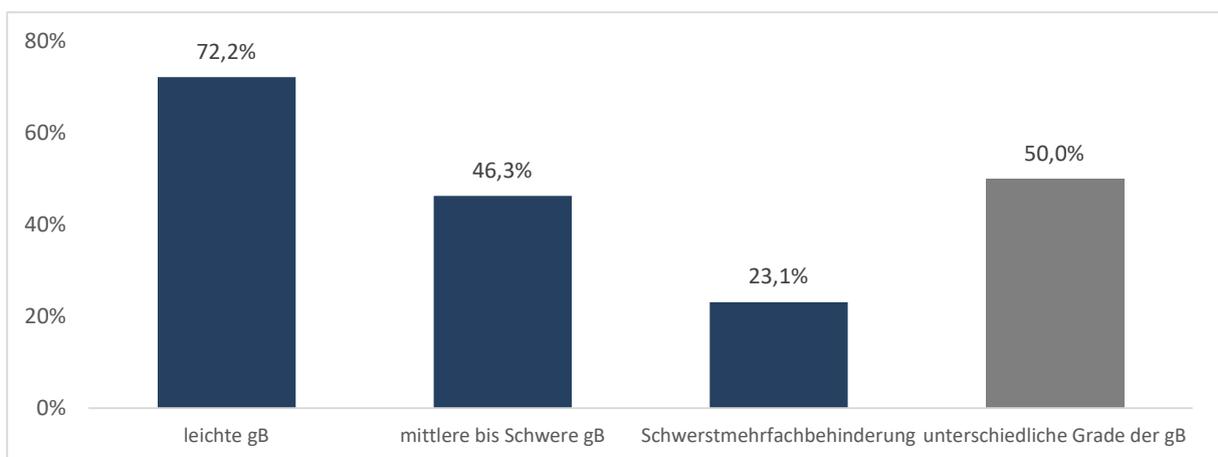


Abb. 8: Prozentsatz der Betreuungskräfte, die der Ansicht waren, dass Sexualität im Durchschnitt im Leben der von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung eine **sehr große/deutliche Rolle** spielt, unterschieden danach, welche Behinderungsarten die MmGB in der Einrichtung vorwiegend aufwies, in der die befragte Betreuungskraft tätig war. gB = geistige Behinderung [n = 238; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die vorwiegend Menschen mit psychischer Beeinträchtigung betreuten: n=5 und die der Personen, die hier keine Angabe gemacht hatten: n=9]

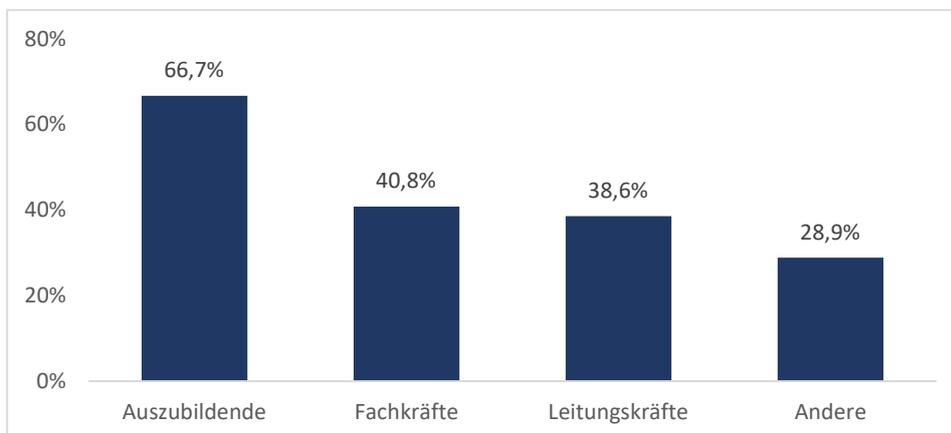


Abb. 9: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Aussage: Meiner Ansicht nach haben einige Bewohner:innen überhaupt keine sexuellen Bedürfnisse, unterschieden nach der aktuellen Tätigkeit in der Einrichtung. „Fachkräfte“ waren hiernach z. B. Heilerziehungspflege-, Krankenpflege- und Altenpflegekräfte, die als Betreuungskräfte tätig waren. Unter „Anderes“ wurden z. B. psychologische Fachkräfte, Arbeitserzieher:innen, Sozialarbeiter:innen, sexualpädagogische Fachkräfte etc. eingeordnet [n = 242; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die hier keine Angaben gemacht hatten: n = 17; Pearson $\chi^2(6) = 12.4391$, $p = 0.053$]

Schamgefühl: Der Aussage: *Meiner Ansicht nach haben einige Bewohner:innen kein Schamgefühl* stimmten knapp zwei Drittel (63,7 %) der befragten Betreuungskräfte zu. Es waren v. a. Studienteilnehmer:innen, die vorwiegend Menschen mit mittlerer bis schwerer geistiger Behinderung betreuten (85,4 %) und solche, die in Wohnheimen (75,0 %) bzw. Wohnstätten (66,2 %) tätig waren (Abb. 10). Auch waren es etwas mehr Frauen als Männer (65,6 % vs. 55,4 %) und mehr Auszubildende (77,8 %; Fachkräfte/Leitungskräfte: 66,3 %, Andere: 51,9 %).

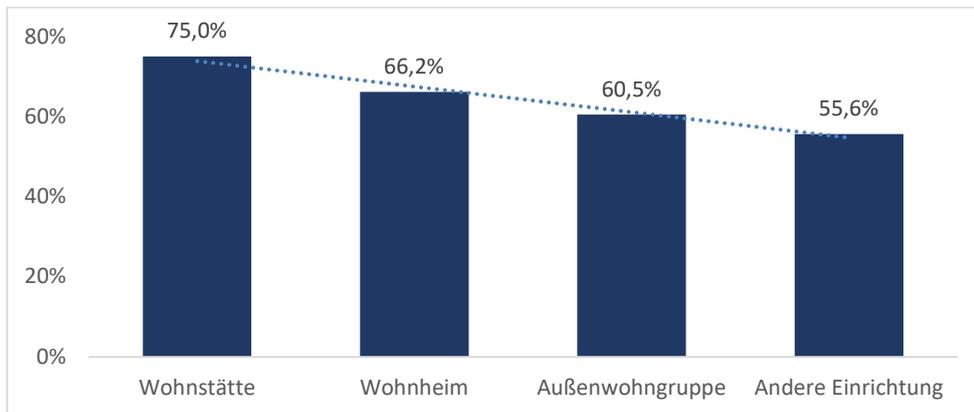


Abb. 10: Zustimmung der befragten Betreuungskräfte bei der Aussage: *Meiner Ansicht nach haben einige Bewohner:innen kein Schamgefühl*, unterschieden danach, welcher Art die Einrichtung war, in der die befragte Betreuungskraft tätig war. Wohnstätte = stationäre Einrichtung ohne Tagesstruktur; Wohnheim = stationäre Einrichtung mit interner Tagesstrukturierung; Außenwohngruppe schließt auch betreute Wohngemeinschaften und betreutes Einzelwohnen mit ein; Andere Einrichtungen: z. B. Werkstätten, externe Tagesstruktur, Beratungseinrichtungen. [n = 240; nicht berücksichtigt wurden die Antworten der Personen, die hier keine Angabe gemacht hatten: n=13; Pearson $\chi^2(6) = 14.4506$, $p = 0.025$]

Fast die Hälfte der Studienteilnehmer:innen (48,2 %) hielt einige der von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung in sexueller Hinsicht für distanzlos. Hier waren es häufiger Betreuungskräfte, die vorwiegend Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuten (55,6 % vs. Betreuende von schwerstmehrfachbehinderten Menschen: 38,5 %) und solche, die in Außenwohngruppen (52,6 %) bzw. anderen Einrichtungen wie Werkstätten etc. (64,4 %) tätig waren (Pearson $\chi^2(6) = 12.5107$, $p = 0.051$).

Auffälliges Sexualverhalten: Von den befragten Betreuungskräften gaben 44,1 % an, dass es unter den von ihnen betreuten Personen einige gebe, die ein in ihren Augen auffälliges Sexualverhalten zeigten. Es waren etwas mehr Frauen als Männer (46,2 % vs. 37,5 %), etwas häufiger Personen, die in anderen Einrichtungen wie Werkstätten etc. tätig waren (53,9 %), die Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuten (55,6 %) sowie Betreuungskräfte aus kirchlichen Einrichtungen (47,9 %), die dies ankreuzten. Im Rahmen der darauffolgenden offenen Frage *Wenn ja, können Sie uns kurz Näheres dazu mitteilen?* berichteten Studienteilnehmer:innen vom Ansprechen von Fremden auf der Straße oder im Bus mit anzüglichen Bemerkungen, von „unsittlichem“ Anfassen fremder Personen, von häufigem Konsum von Pornografie, von exzessivem Masturbieren bis hin zu Gruppensex, Sex mit Tieren, SM-Sex, Prostitution und sexueller Gewalt (Tab. 1; s. Habermann-Horstmeier 2021a, b). Die zuletzt genannten sexuellen Auffälligkeiten wurden jedoch recht selten und v. a. von Betreuungskräften aus dem ambulanten Bereich genannt. Auf die Bitte, kurz mitzuteilen, welche Reaktionen der Umwelt sie bisher auf ein solches Verhalten erlebt haben, berichteten Betreuungskräfte von Ignorieren, peinlich berührten Blicken, Befremden, Irritation, Angst, Unverständnis,

Empörung, Wut und Verständnislosigkeit, Schockiertsein, Angewidertsein und Ekel, von Forderungen nach Eindämmung/Verbot, von Gewaltandrohung, vom Ruf nach der Polizei bis hin zu forensischem Strafvollzug plus chemischer Kastration. Nur einzelne Befragte berichteten auch von Verständnis bzw. Unterstützungsangeboten.

Tab. 1: Auf die offene Frage „Gibt es unter den von Ihnen betreuten Männern und Frauen mit geistiger Behinderung Personen, die Ihrer Ansicht nach ein auffälliges Sexualverhalten zeigen? Wenn ja, welches?“ antworteten insgesamt 84 der 245 befragten Betreuungskräfte (= 34,3 %). Die Tabelle zeigt die häufigsten Antworten in absteigender Reihenfolge. ACHTUNG: Der Prozentsatz der Nennungen bezieht sich auf die 84 Betreuungskräfte, die diese Frage beantwortet haben, nicht auf die Gesamtzahl der Studienteilnehmer:innen. (Quelle: Habermann-Horstmeier 2021b)

Art des auffälligen Sexualverhaltens	Prozentsatz der Nennung [n = 84]
Masturbieren in der Öffentlichkeit, Spielen mit/Reiben an Geschlechtsteilen	38,1 %
Sexuelles Bedrängen von Mitarbeiterinnen, (meist intellektuell stärker eingeschränkten) Mitbewohnerinnen oder Fremden (Übergriffigkeit)	27,4 %
Geschlechtsteile zeigen, Entkleiden in der Öffentlichkeit (Exhibitionismus)	19,0 %
Sexuelle Kontakte zu mehreren Partnern/wechselnden Partnern, sehr starke sexuelle Aktivität	15,5 %
Pädophile Neigungen bis hin zum Kindesmissbrauch	14,3 %
Extrem häufiges Masturbieren, Masturbieren sofort an Ort und Stelle, Masturbieren mit Gegenständen	10,7 %
Sexualisierte Sprache, respektlose Sprache, Frauen werden sexualisiert	9,5 %
Pornographie-Konsum, Nacktbilder im Zimmer etc.	7,1 %
Fetischismus (mit Fuß, Gummistiefeln, OP-Kleidung, Ausscheidungen)	7,1 %
Übersteigerter Sexualtrieb	6,0 %
Prostitution, sich anbieten	6,0 %
Sexuelle Gewalt bis hin zur Vergewaltigung	6,0 %

Mehr als die Hälfte der Befragten (= 53,1 %) hatte schon erlebt, dass die von ihnen betreuten Personen sexuelles Verhalten ihnen gegenüber oder gegenüber anderen Betreuer:innen gezeigt hatten. Dies berichteten etwa gleich viele Frauen und Männer, jedoch häufiger Betreuungskräfte aus stationären Einrichtungen (Wohnheim: 51,9 %, Wohnstätte: 66,7 %, Außenwohngruppen: 36,8 %), Betreuungskräfte, die Menschen mit mittlerer bis schwerer geistiger Behinderung sowie Schwerstmehrfachbehinderung betreuten (61,1 %) und Betreuende aus nicht-kirchlichen privaten Einrichtungen (64,2 % vs. kirchliche Einrichtungen: 46,4 %; Pearson $\chi^2(4) = 8.9882$, $p = 0.061$). Hier antworteten 104 der 245 Befragten (42,4 %) auf die Bitte Wenn ja, können Sie uns kurz Näheres dazu mitteilen. Insgesamt 39,4 % dieser 104 Studienteilnehmer:innen nannten an der Stelle das Berühren von Brust, Gesäß/Po, Intimbereich oder Haaren und beschrieben dies als „unsittliche Berührung“, „übergriffiges Verhalten“ oder „Grapschen“. Andere erwähnten das Anstarren von Brüsten bzw. das Starren in den Ausschnitt sowie den Versuch, die Betreuungsperson zu streicheln oder zu küssen (auf den Mund oder die Hand). Auch zu enge und zu intensive Umarmungen, die als sexuell motiviert eingeordnet

wurden, wurden genannt. Es waren überwiegend weibliche Betreuungskräfte, die davon berichteten, dass sie zudem bestimmte Sprüche, Witze, Bemerkungen und Anspielungen als sexuell übergriffig oder anzüglich empfunden hatten. Urheber waren hier meist Männer mit geistiger Behinderung.

Von 12,5 % der 104 Betreuenden wurde zudem das Masturbieren in Gegenwart einer Betreuungskraft genannt. Dabei sprachen sie auch das Entblößen von Schambereich oder erigiertem Penis, das offensichtlich sexuelle Empfinden bzw. die Erektion bei der Körperpflege und das sexuell motivierte Reiben am Körper der Betreuungskraft an. Einige Betreuungskräfte betonten dabei, dass sie dazu mit Vorwänden in das Zimmer des Bewohners gelockt wurden. Andere ergänzten, dass die Masturbierenden dabei kein Schamempfinden zeigten (vgl. dazu Retznik et al. 2023). Einige Betreuungskräfte beschrieben auch ein sexuelles Verhalten, bei dem offensichtlich der Wunsch des MmGB nach einer konkreten sexuellen Beziehung mit der Betreuungskraft im Vordergrund stand. Sie schilderten z. B. „Anmachversuche“ und sexuelle Angebote, berichteten von Bitten um Umarmung, Küssen und intimer Berührung sowie vom Äußern konkreter sexueller Wünsche wie Geschlechtsverkehr oder Oralsex. Allerdings komme es auch immer wieder vor, dass sich MmGB in ihre Betreuungskräfte verliebten, ohne dass hier sexuelle Wünsche im Vordergrund ständen. Den Beschreibungen lässt sich entnehmen, dass sexuell motiviertes Verhalten deutlich häufiger von männlichen, seltener von weiblichen Personen mit geistiger Behinderung ausging. Vielfach, jedoch nicht ausschließlich richtete es sich an jüngere weibliche Betreuungskräfte.

3.3 Umgang mit auffälligem Sexualverhalten bei Menschen mit geistiger Behinderung

Eine Fachkraft aus einer Tagesförderstätte fasste den Umgang mit auffälligem Sexualverhalten aus ihrer Sicht mit folgenden Worten zusammen:

„Mitbetreute ignorieren es, Betreuer unterbinden es, Passanten schauen verschämt weg.“ (ID74)

Doch wie schätzen Betreuungskräfte ihren eigenen Umgang mit auffälligem Sexualverhalten bei den von ihnen betreuten MmGB ein? Hier gaben etwas mehr als die Hälfte (51,8 % von n = 245) an, dass sie *sehr gut* (8,2 %) bzw. *gut* (43,7 %) damit umgehen könnten, wenn Bewohner:innen ein solches Verhalten *in der (Wohn-)Gruppe* zeigen. Nur 2,0 % meinten, schlecht damit umgehen zu können. Insgesamt 19,2 % der befragten Betreuungskräfte berichteten, dass „ihre“ Bewohner:innen kein solches Verhalten zeigen, 4,5 % machten hier keine Angaben (Abb. 11). Es waren häufiger Betreuungskräfte aus stationären Wohneinrichtungen (69,6 %) sowie mehr Männer als Frauen (60,7 % vs. 48,4 %), die von sich sagten, dass sie *gut* oder *sehr gut* damit fertigwerden. 34,5 % der ambulant Betreuenden gaben an, dass „ihre“ MmGB kein solches Verhalten im Wohnbereich zeigten.

Noch etwas größer war die Gruppe der Betreuungskräfte, die meinte, dass sie *sehr gut* (23,7 %) bzw. *gut* (42,5 %) damit umgehen können, wenn ein Bewohner/eine Bewohnerin *nackt durch die Wohngruppe läuft* (Abb. 10). Mindestens 14,3 % der Befragten ordneten damit das Nackt-durch-die-Wohnung-Laufen nicht als auffälliges Sexualverhalten ein. Hier gab es zwischen weiblichen und männlichen Betreuenden keinen signifikanten Unterschied im Antwortverhalten. Nur 0,6 % der Befragten aus stationären Wohneinrichtungen gaben an, dass die von ihnen betreuten MmGB kein solches Verhalten zeigten, während der Prozentsatz im Bereich der ambulanten Betreuung mit 31,6 % und in den anderen Einrichtungen (z. B. Werkstätten, externe Tagesstruktur, Beratungseinrichtungen) mit 42,2 % deutlich höher lag (Pearson $\chi^2(18) = 47.7121$, $p \leq 0.001$).

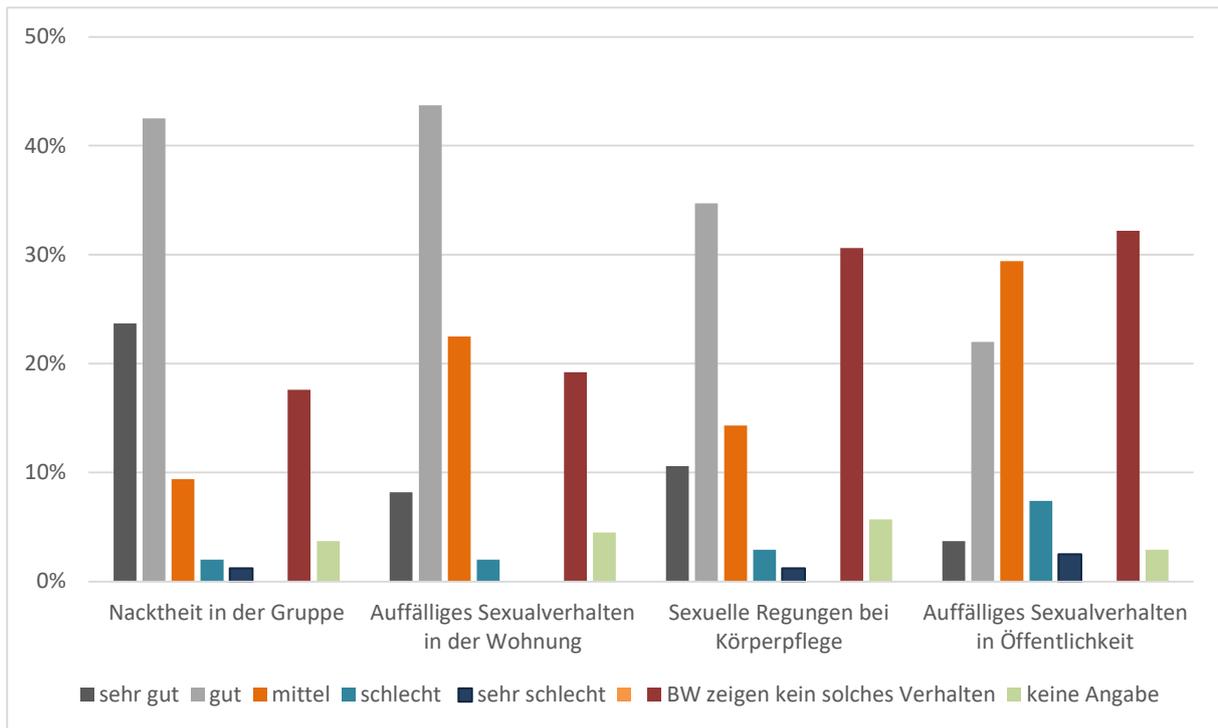


Abb. 11: Antworten auf die Fragen: Wie gut können Sie damit umgehen, wenn a) ein von Ihnen betreuter Bewohner/eine von Ihnen betreute Bewohnerin nackt durch die Wohngruppe läuft? [n = 245, keine Angabe: n = 9], b) die von Ihnen betreuten Bewohner:innen ein auffälliges Sexualverhalten in der Gruppe zeigen? [n = 245, keine Angabe: n = 11], c) die von Ihnen betreuten Bewohner:innen bei der Körperpflege eindeutige sexuelle Regungen (z. B. Erektion des Penis) zeigen? [n = 245, keine Angabe: n = 14], und d) die von Ihnen betreuten Bewohner:innen ein auffälliges Sexualverhalten in der Öffentlichkeit zeigen? [n = 245, keine Angabe: n = 7]. BW = Bewohner:in

Gut 45 % der befragten Betreuungskräfte konnten nach eigenen Angaben auch *sehr gut* (10,6 %) oder *gut* (34,7 %) mit eindeutig sexuellen Regungen *bei der Körperpflege* umgehen (Abb. 10). Hier gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den Geschlechtern sowie hinsichtlich der Trägerschaft der Einrichtungen, in denen die Befragten tätig waren. Deutliche Unterschiede zeigten sich jedoch bei der Art bzw. dem Grad der geistigen Behinderung der Personen, die von den Betreuungskräften vorwiegend betreut wurden. Es waren vor allem Betreuungskräfte von Menschen mit einer mittleren bzw. schweren geistigen Behinderung (58,5 %) sowie von schwerstmehrfachbehinderten Menschen (76,9 %; Pearson $\chi^2(24) = 40.0400$, $p = 0.021$) und Befragte, die in stationären Wohneinrichtungen (Wohnstätte: 58,3 %, Wohnheim: 56,4 %; Pearson $\chi^2(18) = 46.1492$, $p \leq 0.001$) tätig waren. Diejenigen, die angaben, dass die von ihnen betreuten Menschen kein solches Verhalten zeigen, waren überwiegend in der ambulanten Betreuung (55,3 %) bzw. in den anderen Einrichtungen (Werkstätten, externe Tagesstruktur, Beratungseinrichtungen etc.; 44,4 %) tätig.

Fast 30 % der Betreuungskräfte (29,4 %) berichteten, dass sie nur „so *mittel*“ damit zurechtkommen, wenn Bewohner:innen auffälliges Sexualverhalten *in der Öffentlichkeit* zeigen. Darüber hinaus gaben knapp 10 % an, damit *schlecht* (7,4 %) oder *sehr schlecht* (2,5 %) fertigzuwerden. Ein Drittel der Betreuungskräfte (32,2%) kreuzte an, dass „ihre“ Bewohner:innen kein solches Verhalten in der Öffentlichkeit zeigen. Somit war nur ein Viertel der Befragten der Ansicht, dass sie mit dem auffälligen Sexualverhalten der von ihnen betreuten Mmgb in der Öffentlichkeit *gut* (22,0 %) oder *sehr gut* (3,7 %) umgehen können. Männer tendierten bei dieser Frage eher zu extremeren Antworten (*gut/sehr gut*: ♂ 33,9 % vs. ♀ 22,6 %; *schlecht/sehr*

schlecht: ♂ 16,1 % vs. ♀ 8,1 %), Frauen ordneten sich hier eher bei *mittel* ein (♂ 19,6 % vs. ♀ 32,8 %). Während sich Personen, die im stationären Bereich tätig waren, eher bei *mittel* einordneten (Wohnstätte: 45,8 %, Wohnheim: 28,6 %), gaben Betreuungskräfte im ambulanten Bereich (50,0 %) und solche aus anderen Einrichtungen (31,1 %) häufiger an, dass die von ihnen betreuten Personen *kein* solches Verhalten zeigten. Sie kreuzten auch etwas häufiger an, dass sie *schlecht* oder *sehr schlecht* damit umgehen könnten (Pearson $\chi^2(24) = 35.9619$, $p = 0.055$).

Relativ niedrig war der Prozentsatz der Betreuungskräfte, der glaubte, *sehr gut* (4,1 %) oder *gut* (33,9 %) damit umgehen zu können, wenn sich ein Bewohner/eine Bewohnerin in sie/ihn verliebt. Ein Fünftel (20,8 %) kam nach eigenen Angaben nur *so mittel* damit zurecht. Mehr Frauen (32,3 %) als Männer (26,8 %) gaben an, dass die von ihnen betreuten Personen kein solches Verhalten zeigten, sodass zu vermuten ist, dass eher Frauen mit geistiger Behinderung sich in ihre Betreuungskraft verlieben.

Insgesamt scheint es bei der Beantwortung dieser Fragen für die Betreuenden also eine Rolle gespielt zu haben, ob sich das auffällige Sexualverhalten im geschlossenen Raum der Wohngruppe oder in der Öffentlichkeit abspielt, ob sie selbst bereits Erfahrung mit einem solchen Verhalten haben sammeln können und ob sie – wie beim Thema Verliebtsein – dadurch persönlich betroffen sind bzw. sich dadurch persönlich berührt fühlen.

3.4 Heirat, Kinderkriegen, Sterilisation und Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht der Betreuungskräfte

Unter den Betreuungskräften von MmgB gibt es, wie zu erwarten, durchaus unterschiedliche Meinungen und Einstellungen zu bestimmten Themen, die die Geschlechtlichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung betreffen (z. B. Heirat, Kinderkriegen, Sterilisation, Sexualbegleitung).

Heiraten: Ein Großteil der Betreuenden (83,7 %) stimmte der Aussage zu, dass alle Menschen mit geistiger Behinderung die Möglichkeit haben sollten zu heiraten, sofern sie das möchten (Abb. 12, oben). Hier war der Anteil bei Studienteilnehmer:innen, die vorwiegend Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung betreuten, mit 69,2 % niedriger als bei den übrigen Betreuungskräften. Das gleiche gilt für Betreuungskräfte aus kirchlichen Einrichtungen (80,7 %) im Vergleich zu solchen aus nicht-kirchlichen privaten Einrichtungen (88,4 %; Pearson $\chi^2(6) = 14.4453$, $p = 0.025$), während der Anteil im ambulant betreuten Bereich mit 94,7 % höher war als z. B. bei Betreuungskräften in stationären Einrichtungen (Wohnstätte/Wohnheim: 79,6 %; Pearson $\chi^2(8) = 14.1121$, $p = 0.079$).

Kinder bekommen: Fast umgekehrt sieht es bei der Frage aus, ob alle Menschen mit geistiger Behinderung auch Kinder bekommen können sollen, sofern sie das möchten. Hier stimmten nur 31,4 % der Betreuenden der Aussage zu, 64,1 % lehnten dies ab (Abb. 12, unten). Es waren etwas mehr Männer als Frauen, die diese Frage verneinten (37,5 % vs. 30,1 %), mehr Betreuungskräfte im ambulanten Bereich (42,1 % vs. 30,6 % im stationären Bereich; Pearson $\chi^2(8) = 14.1870$, $p = 0.077$) und auch mehr Leitungskräfte (34,9 % vs. Auszubildende: 22,2 % und Fachkräfte: 28,6 %). Betreuungskräfte, die dieser Aussage zustimmten, hielten Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung auch häufiger für ein Tabu-Thema in Deutschland (37,0 %). Von den 205 Personen, die zustimmten, dass alle MmgB heiraten können sollten, sofern sie das möchten, waren 62,4 % jedoch nicht der Ansicht, dass alle MmgB Kinder bekommen können sollten, sofern sie das möchten.

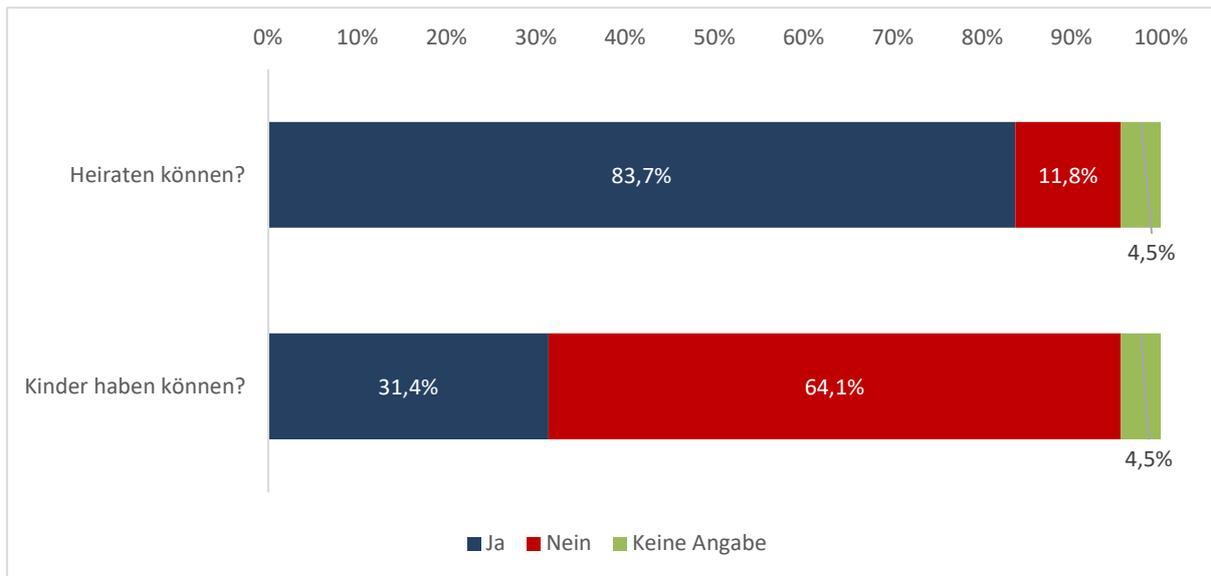


Abb. 12: Antworten auf die Fragen: Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu? a) Alle Menschen mit geistiger Behinderung sollen heiraten können, sofern sie das möchten. (oben), b) Alle Menschen mit geistiger Behinderung sollen Kinder bekommen können, sofern sie das möchten. (unten). [n = 245]

Fast alle Betreuungskräfte, die der Aussage zustimmten, dass alle MmGB auch Kinder bekommen können sollten, sofern sie das möchten (n = 77) waren auch der Ansicht, dass der Staat die Pflicht hat, diese Menschen mit geistiger Behinderung dabei umfassend zu unterstützen (93,5 %). Auch die Hälfte derjenigen (50,3 %), die der Aussage nicht zugestimmt hatten, sah den Staat in der Pflicht, MmGB umfassend dabei zu unterstützen, wenn diese Kinder bekommen möchten. Es waren insgesamt etwas mehr Frauen als Männer (63,4 % vs. 58,9 %), mehr Auszubildende (77,8 %), mehr junge (≤ 25 J.: 75,0 %), andererseits aber auch mehr ältere Betreuungskräfte (> 55 J.: 72,7 %), mehr Studienteilnehmer:innen, die vorwiegend Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuten (77,8 % vs. z. B. Betreuungskräfte von Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung: 53,9 %; Pearson $\chi^2(10) = 24.0108$, $p = 0.008$), die dieser Ansicht waren. Dass es nicht die Angelegenheit des Staates, sondern die der Angehörigen sein sollte, MmGB darin zu unterstützen, die Kinder bekommen möchten, dachten nur 2,5 % der befragten Betreuungskräfte. Ein junger Betreuer im ambulanten Bereich erläuterte seine Vorstellungen zum Thema Kinderkriegen bei MmGB folgendermaßen:

„Der Kinderwunsch ist in der Tat ein nicht unerhebliches Problem, da es keine oder wenig mir bekannte Einrichtungen gibt, die Menschen mit Behinderung mit Kindern betreuen. Gleichzeitig sind sich die Betroffenen in den seltensten Fällen über die Konsequenzen für sich und das Kind bewusst (darf man das Kind behalten, was sind Unterstützungsangebote, wie viel Arbeit macht ein Kind). Was passiert zum Beispiel, wenn das Kind älter wird? Gerade wenn die Eltern geistig behindert sind und das Kind nicht, wird es die Eltern zwangsläufig irgendwann intellektuell überholen, was der seelischen und geistigen Entwicklung des Kindes schaden kann. Hier gilt es also immer das Wohl des Kindes gegen das Recht auf selbstbestimmtes Leben der potenziellen Eltern abzuwägen.“ (ID 83)

Ungewollte Schwangerschaft: Gut die Hälfte der Proband:innen (56,3 %) stimmte der Aussage zu, dass es bei einem Menschen mit geistiger Behinderung nicht zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen muss. Auch hier waren es wieder mehr Frauen als Männer (59,7 % vs. 48,2 %), die diese Aussage teilten, mehr junge (≤ 25 J.; 70,8 %) und ältere Betreuungskräfte (> 55 J.; 63,6 %), mehr Personen, die Menschen mit einer leichteren geistigen Behinderung betreuten (61,1 % vs. Betreuungskräfte z. B. von Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung: 38,5 %;

Pearson $\chi^2(10) = 23.6585$, $P = 0.009$) und weniger Leitungskräfte (48,1 % vs. z. B. Fachkräfte: 59,2 %).

Sexualbegleitung: Überraschenderweise stimmten 75,5 % der befragten Betreuungskräfte der Aussage zu, dass MmGB, die keinen Partner/keine Partnerin haben, die Möglichkeit der Sexualbegleitung in der Einrichtung haben sollten (Abb. 13 oben). Es waren etwas mehr Betreuungskräfte aus privaten nicht-kirchlichen Einrichtungen (82,1 %), wobei die Zustimmung auch in kirchlichen Einrichtungen mit 72,1 % erstaunlich hoch war (Pearson $\chi^2(6) = 17.1416$, $p = 0.009$). Der Unterschied zwischen weiblichen (74,2 %) und männlichen Betreuenden (78,6 %) war hier nicht sehr groß. Besonders hoch war die Zustimmung bei den älteren Betreuungskräften (> 55 J.: 81,2 %), bei den Fachkräften ohne Leitungsfunktion (77,6 %). Eine junge, weibliche Fachkraft aus einer stationären kirchlichen Einrichtung erläuterte ihre Vorstellungen hierzu folgendermaßen:

„Ich bin der Meinung, dass eine Sexualbegleitung auch Bewohnern ermöglicht werden sollte, die einen Partner haben, zwecks einer umfassenden Aufklärung. Wie benutze ich ein Kondom? Wie funktioniert Selbstbefriedigung? Oft ist es mit Erklären alleine nämlich nicht getan, etwas für Menschen mit einer geistigen Behinderung begreiflich zu machen, und so kommt es z. B. auch vor, dass Bewohner sich bei der Selbstbefriedigung oder beim Sex mit ihrem Partner verletzen, da sie nicht wissen, was sie tun. Und so eine Art der Unterstützung, die über das reine Erklären hinausgeht, kann und sollte meiner Meinung nach auch nicht vom betreuenden Personal getätigt werden.“ (ID 69)

Nur knapp die Hälfte der Befragten (47,4 %) hielt es jedoch für richtig, dass die Kosten einer solchen Sexualbegleitung von den Krankenkassen übernommen werden sollten (Abb. 13 unten).

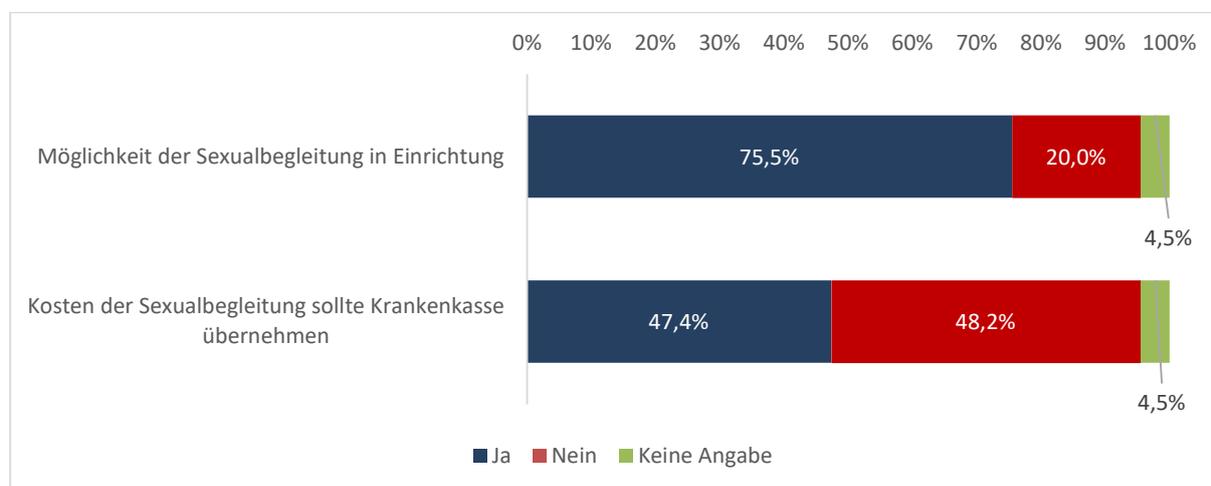


Abb. 13: Antworten auf die Fragen: Welchen der folgenden Aussagen stimmen Sie zu? a) Menschen mit geistiger Behinderung, die keinen Partner haben, sollten die Möglichkeit der Sexualbegleitung in der Einrichtung haben. (oben) und b) Die Kosten einer Sexualbegleitung sollten bei Menschen mit geistiger Behinderung, die keinen Partner haben, von den Krankenkassen übernommen werden. (unten). [n = 245]

Unter den 185 Personen, die zustimmten, dass MmGB ohne Partner:in die Möglichkeit der Sexualbegleitung in der Einrichtung haben sollten, war dieser Anteil mit 59,5 % etwas höher. Es waren insgesamt prozentual etwas mehr Frauen als Männer (49,5 % vs. 41,1 %), mehr ältere Betreuungskräfte (> 55 J.: 54,6 %), mehr Studienteilnehmer:innen, die vorwiegend Menschen mit einer leichten geistigen Behinderung betreuten (61,1 % vs. z. B. Betreuungskräfte von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungsarten: 44,0 %; Pearson $\chi^2(10) = 25.6317$, $p =$

0.004) und deutlich mehr Betreuungskräfte aus privaten als aus kirchlichen Einrichtungen (53,7 % vs. 45,0 %; Pearson $\chi^2(6) = 17.3850$, $p = 0.008$), die zustimmten, dass die Kosten von der Krankenkasse übernommen werden sollten.

Sterilisation: Das Thema Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung ist in Deutschland aufgrund seiner NS-Geschichte besonders heikel. Eine Sterilisation von "einwilligungsunfähigen" Erwachsenen ist nur dann möglich, wenn die konkrete Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht, dies dem natürlichen Willen der Person entspricht (d. h. die betroffene Person muss irgendwie zu erkennen geben, dass sie selbst die Sterilisation will. Zeigt sie Ablehnung oder Gegenwehr – auch allgemein gegen ärztliche Maßnahmen – schließt dies eine Sterilisation aus) und eine Genehmigung durch ein Betreuungsgericht erfolgt ist (BGB § 1830). Das Gesetz, das die Sterilisation ohne die Zustimmung der Person mit einer Behinderung "in Ausnahmefällen" erlaubte, wurde Ende 2020 aufgehoben. In vielen EU-Ländern sieht die Situation anders aus. Obwohl die Mehrheit der EU-Mitgliedsstaaten die Istanbul-Konvention⁷ unterzeichnet hat, die eine Sterilisation nur mit Zustimmung der Frau erlaubt, gibt es noch immer mehr Mitgliedsstaaten, die Zwangssterilisationen bei MmGB erlauben, als Länder, die dies unter Strafe stellen.

Auch viele der im Rahmen der GMGB-Studie befragten Betreuungskräfte waren sich hier offensichtlich nicht ganz sicher. Einerseits gaben 56,3 % der Befragten an, dass sie eine Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung *grundsätzlich nicht richtig* finden. Andererseits bejahten jedoch 57,6 % der Betreuer:innen, dass bei MmGB eine Sterilisation ohne große gerichtliche Hindernisse möglich sein sollte, wenn diese *selbst in der Lage seien, hierüber zu entscheiden* (Abb. 14, oben). Hier stimmten 46,8 % derjenigen, die eine Sterilisation von MmGB grundsätzlich nicht für richtig hielten ($n = 138$), der Aussage zu, dass eine Sterilisation ohne große gerichtliche Hindernisse möglich sein sollte, wenn die betroffenen MmGB selbst in der Lage seien, hierüber zu entscheiden (Pearson $\chi^2(4) = 268.9815$, $p \leq 0.001$). Eine Sterilisation von MmGB grundsätzlich nicht richtig fanden etwa gleich viele weibliche wie männliche Betreuungskräfte (55,9 % vs. 58,9 %). Bei dieser Aussage gab es keine großen Unterschiede hinsichtlich des Alters der Befragten, allerdings stimmten etwas mehr Betreuende aus kirchlichen Einrichtungen der Aussage zu als Betreuende aus nicht-kirchlichen privaten Einrichtungen (58,6 % vs. 54,7 %; Pearson $\chi^2(6) = 11.7620$, $p = 0.067$). Etwas weniger Frauen als Männer (56,5 % vs. 60,7 %) waren der Ansicht, dass für MmGB eine Sterilisation ohne große gerichtliche Hindernisse möglich sein sollte, wenn diese selbst in der Lage sind, hierüber zu entscheiden. Es waren auch weniger Betreuungskräfte, die vorwiegend Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung betreuten (46,2 % vs. z. B. Betreuende von Menschen mit mittlerer/ schwerer geistiger Behinderung: 61,0 %; Pearson $\chi^2(10) = 16.3513$, $p = 0.090$).

Zudem stimmten 25,3 % der Befragten der Aussage zu, dass eine Sterilisation von MmGB nur dann nicht richtig sei, wenn sie ohne deren Zustimmung bzw. ohne die Zustimmung der rechtlich Betreuenden durchgeführt wird. Auch dieser Aussage stimmten weniger Betreuungskräfte zu, die – vorwiegend Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung betreuten (7,7 % vs. z. B. Betreuende von Menschen mit mittlerer/ schwerer geistiger Behinderung: 34,2 %; Pearson $\chi^2(10) = 19.3347$, $p = 0.036$) und weniger Teilnehmende aus kirchlichen Einrichtungen (22,9 % vs. 27,4 % aus nichtkirchlichen privaten Einrichtungen; Pearson $\chi^2(6) = 13.0175$, $p = 0.043$). Überraschenderweise stimmten dieser Aussage auch 24,2 % der Befragten zu, die zuvor angekreuzt hatten, dass sie eine Sterilisation von MmGB grundsätzlich nicht richtig finden

⁷ Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (*Istanbul-Konvention*). Council of Europe Treaty Series — No 210, 2011. <https://rm.coe.int/1680462535>

(Pearson $\chi^2(4) = 290.1490$, $p \leq 0.001$). Es könnte also sein, dass diese die Aussage, eine Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung sei grundsätzlich nicht richtig, dahingehend interpretiert hatten, dass dort eine Zwangssterilisation bzw. Sterilisation ohne Zustimmung gemeint gewesen sei.

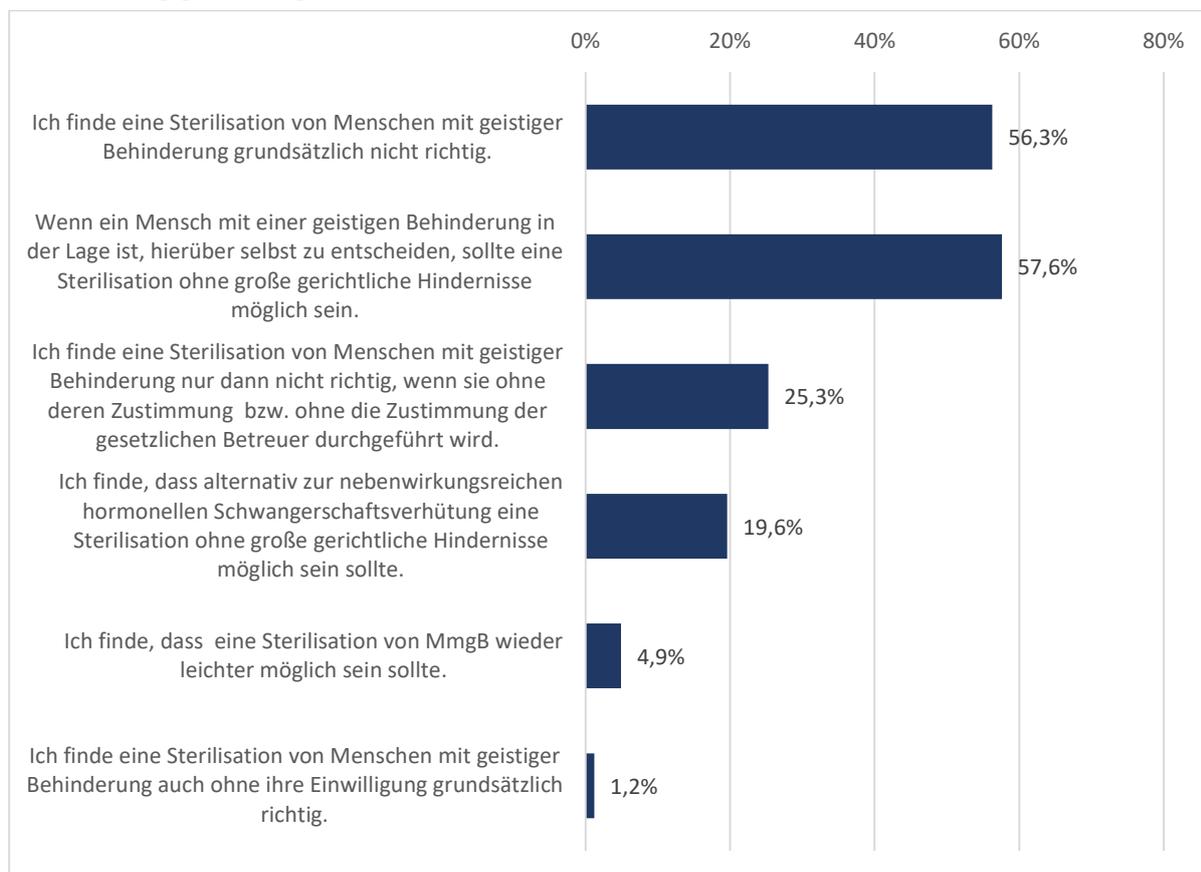


Abb. 14: Zustimmung zu verschiedenen Aussagen zum Thema Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung. [n= 245; keine Angabe: n =12]

Der Aussage, dass alternativ zur nebenwirkungsreichen hormonellen Schwangerschaftsverhütung (d. h. aus gesundheitlichen Gründen) bei Frauen mit geistiger Behinderung eine Sterilisation ohne große gerichtliche Hindernisse möglich sein sollte, stimmte fast ein Fünftel der Befragten (19,6 %) zu. Nur knapp 5 % waren der Ansicht, dass eine Sterilisation von MmGB wieder leichter möglich sein sollte, weil eine Schwangerschaft für die betroffenen Frauen und deren Angehörige mit zu großen Belastungen verbunden wäre, und nur 3 Frauen aus der Gruppe der 245 Befragten (1,2 %) waren darüber hinaus der Ansicht, dass eine Sterilisation von MmGB auch ohne deren Einwilligung grundsätzlich möglich sein sollte.

4. Einflussfaktoren auf den Umgang der Betreuungskräfte mit dem sexuellen Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung

„Es stellt sich die Frage, wie man die Balance zwischen richtigen Maßnahmen, Unterstützung und Angeboten findet, ohne dabei ungewünschtes Verhalten wie Übergriffe oder unangemessenes Verlangen zu fördern. Sprich, wie man ein sozial angepasstes Verhalten zur sexuellen Befriedigung, Befriedigung von Zärtlichkeiten und Beziehungen fördern kann.“ (ID61)

Betrachtet man sich die Aussagen der Betreuungskräfte zur Geschlechtlichkeit und Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung näher, zeigen sich eine ganze Reihe von Faktoren, die

offensichtlich Einfluss auf die Vorstellungen der Betreuungskräfte bezüglich der Geschlechtlichkeit und des sexuellen Verhaltens der von ihnen betreuten MmGB haben, sodass sie deren Umgang hiermit beeinflussen (Abb. 15). Von zentraler Bedeutung ist hierbei die eigene berufliche Erfahrung und das persönliche Betroffensein, etwa weil sexuell motiviertes Verhalten im Beisein der Betreuungskraft stattfand oder an sie gerichtet war. Die Art der beruflichen Erfahrung ist selbstverständlich auch davon abhängig, welche Art und welchen Grad einer geistigen Behinderung die von ihnen betreuten Menschen haben. Entsprechendes gilt auch für die Art der Einrichtung, in der diese betreut werden. So unterscheiden sich die gemachten Erfahrungen in stationären Wohneinrichtungen sicherlich von denen in Tageseinrichtungen oder in der ambulanten Betreuung, nicht zuletzt auch deshalb, weil sich Art und Grad der geistigen Behinderung der dort betreuten Menschen unterscheiden. Auch die berufliche Funktion bzw. Position kann hier erheblichen Einfluss haben. Je höher die berufliche Position ist, desto geringer ist oftmals der direkte Kontakt zu den zu betreuenden MmGB, nicht jede Leitungskraft kommt zudem ursprünglich aus der Behindertenarbeit. Selbstverständlich hat auch das eigene Alter Einfluss auf den Umgang der Betreuungskräfte mit der Geschlechtlichkeit und dem sexuellen Verhalten von MmGB. Ältere Betreuende haben üblicherweise im Verlauf ihres Lebens deutlich mehr Erfahrungen, meist auch in unterschiedlichen Bereichen machen können. So kann etwa persönliches Betroffensein zu einer emotionalen Betroffenheit führen, was das Verhalten der Betreuungskraft in einer solchen Situation und darüber hinaus stark beeinflussen kann. Für viele Betreuende spielt auch der Ort, an dem das als sexuell eingeschätzte Verhalten stattfindet, eine große Rolle. So ist es für eine Mehrheit weniger problematisch, wenn das Verhalten im geschützten Raum (d. h. in der Wohngruppe bzw. der Wohnung des MmGB) stattfindet als in der Öffentlichkeit. Hier spielen auch die eigenen ethisch-moralischen oder religiösen Vorstellungen eine Rolle, die den Umgang mit der Geschlechtlichkeit und dem sexuellen Verhalten der zu betreuenden Menschen stark prägen können. Bei einigen Aspekten der Geschlechtlichkeit scheint auch das eigene Geschlecht der Betreuungskraft relevant zu sein. So können sich etwa das privat erworbene Wissen und die privaten Erfahrungen als Frau bzw. Mann auf den Umgang mit der Geschlechtlichkeit und Sexualität der von ihnen betreuten MmGB auswirken. Im Rahmen der Antworten auf die offenen Fragen der hier vorgestellten Studie wurde immer wieder auch die mangelnde Aus-, Fort- oder Weiterbildung der Betreuungskräfte in diesem Bereich angesprochen, sodass diese beim Umgang mit der Geschlechtlichkeit und Sexualität der zu betreuenden MmGB oftmals auf das privat erworbene Wissen und die eigenen Erfahrungen zurückgreifen müssen. Viele Befragte betonten dabei, dass es leider in vielen Einrichtungen noch immer an der entsprechenden Ausbildung fehle. Zudem würden nur selten Fort- und Bildungsmaßnahmen in diesem Themenbereich angeboten. Auch fehle es an praxisorientierter Forschung.

Erstaunlicherweise wurde in diesem Zusammenhang von den Befragten nur selten die sehr große intellektuelle und sozio-emotionale Heterogenität der MmGB angesprochen, die einen ausgesprochen großen Einfluss auf die sexuellen Bedürfnisse und Wünsche der Menschen hat. Das spiegelt leider die gegenwärtigen Verhältnisse wider, bei denen sowohl in der Praxis als auch im Rahmen von Studien und Publikationen (z. B. Parchomiuk 2022, Brkić-Jovanović et al. 2021) meist nicht hiernach unterschieden wird. Eine Ausnahme machen hier De Wit et al. (2022), die betonen: „Moreover, the sexual needs of some subgroups of people with intellectual disabilities received scarce attention.“ [dt.: „Außerdem wurden die sexuellen Bedürfnisse einiger Untergruppen von Menschen mit geistiger Behinderung kaum beachtet.“, Anm. d. R.]

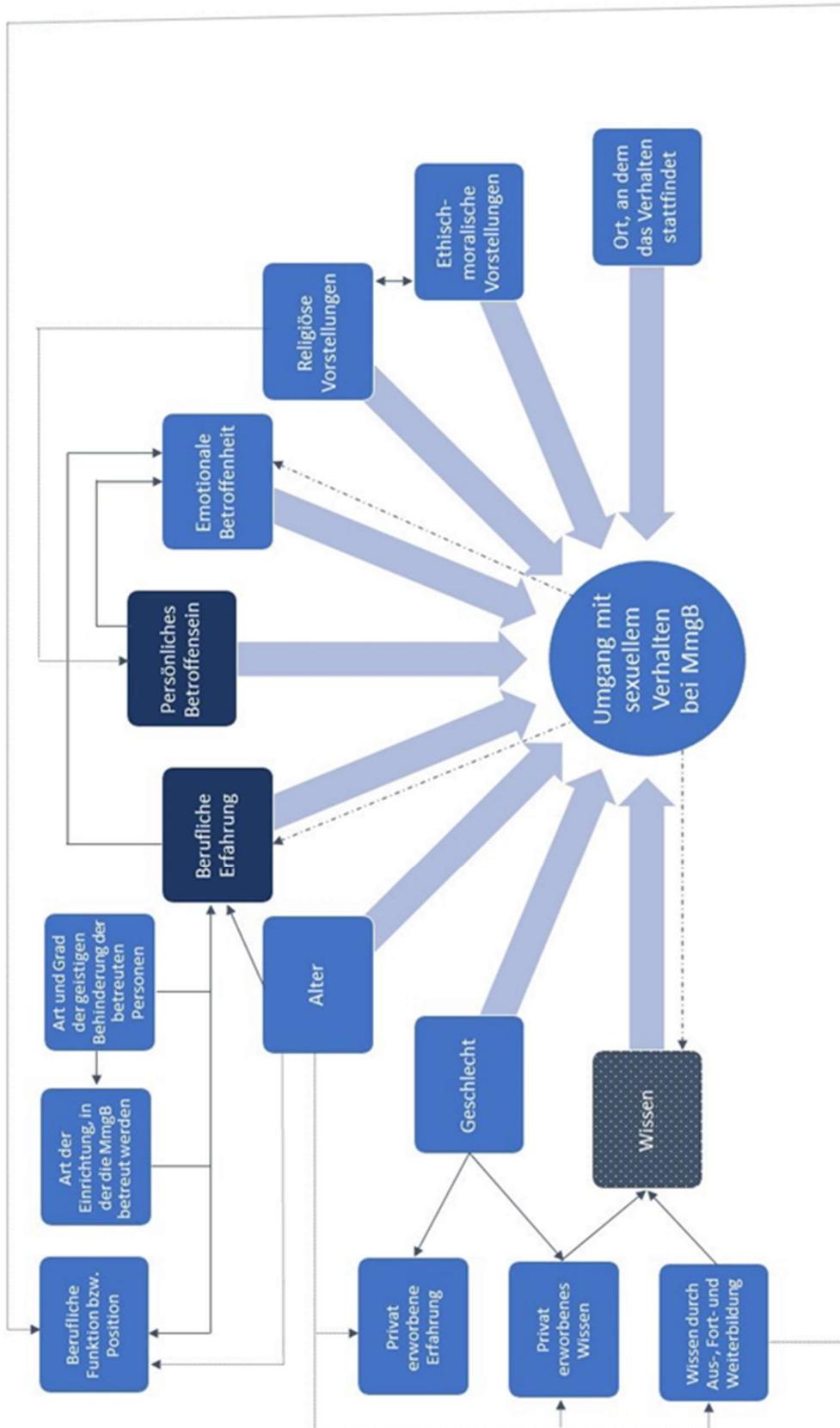


Abb. 15: Faktoren, die Einfluss auf den Umgang der Betreuungskräfte mit dem sexuellen Verhalten der von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung haben. Im Zentrum stehen dabei einerseits die berufliche Erfahrung und das persönliche Betroffensein, andererseits das bisher erworbene Wissen zu diesem Themenbereich. Die gestrichelten Linien zeigen einen möglichen, die durchgezogenen Linien einen wahrscheinlichen Einfluss. (Quelle: eigene Darstellung; s. a. Habermann-Horstmeier 2021b)

An sich sollte für die im Behindertenbereich tätigen Personen selbstverständlich sein, dass die Art der Behinderung und die oft ausgeprägte Diskrepanz zwischen körperlichem, sozio-emotionalem und intellektuellem Entwicklungsstand bei MmGB erheblichen Einfluss auf die Art der sexuellen Bedürfnisse und Wünsche sowie auf die Möglichkeiten, diese umzusetzen, haben können. Bei MmGB läuft die vorgeburtliche und frühkindliche Entwicklung in bestimmten Bereichen anders, verzögert oder unvollständig ab, sodass auch in sexueller Hinsicht unterschiedliche Entwicklungsstufen erreicht worden sein können bzw. noch erreicht werden können. Nach dem Konzept der sozio-emotionalen Entwicklung (*SEO-Konzept*) nach Došen (2018) sowie Sappok und Zepperitz (2019) kann die Suche nach der eigenen geschlechtlichen Identität, die Entwicklung eines eigenen Körperbildes, das Lernen eines adäquaten Umgangs mit Nähe und Distanz und ein basales Verständnis von Sexualität und Körperlichkeit erst in der Phase *SEO 4* (Referenzalter: 3 – 7 Jahre) beginnen (Tab 2). Zuvor, in der Phase *SEO 3* (Referenzalter 1,5 – 3 Jahre), findet die Entdeckung der eigenen Genitalien statt, etwas später entwickelt sich das Schamgefühl in Bezug auf die eigene Nacktheit (Phase *SEO 3-4*; Referenzalter ca. 2,5 – 5 Jahre). Bei der Entwicklung des Schamgefühls spielt allerdings auch eine Rolle, dass sich dieses vielfach auch deshalb kaum entwickeln kann, weil die betroffenen MmGB in ihrem alltäglichen Leben auch in intimen Bereichen immer wieder auf die Unterstützung ihrer Angehörigen und Betreuungskräfte angewiesen sind.

Tab. 2: Schema der SEO-Phasen nach Došen (2018) sowie Sappok & Zepperitz (2019). Dem zugeordnet ist der Versuch einer Einteilung nach dem Grad der intellektuellen Behinderung und dem Intelligenzquotienten (IQ). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass es bei Menschen mit geistiger Behinderung auch ausgeprägte Diskrepanzen zwischen körperlichem, sozio-emotionalem und intellektuellem Entwicklungsstand geben kann. (Quelle: eigene Darstellung; s. a. Habermann-Horstmeier 2021b).

	SEO-Phase 1	SEO-Phase 2	SEO-Phase 3	SEO-Phase 4	SEO-Phase 5
Referenzalter *	0 - 6 Monate	6 - 18 Monate	1,5 - 3 Jahre	3 - 7 Jahre	7 - 12 Jahre
Entwicklungsstufen	Integration von Wahrnehmung und äußeren Strukturen	Soziale Bindungen	Ich-Du-Differenzierung	Ich-Bildung	Kompetitives und moralisches Ich
	Kein eigenes Körper-Ich	Bildung einer Vertrauensbasis	Persönlichkeitsaufbau	Lernen aus Erfahrung	Logisches Denken
		Ausprobieren eigener Fähigkeiten	Sichere Objektpermanenz	Soziale Regeln und Akzeptanz	Streben nach Autonomie
				Gruppenfähigkeit	
Grad der intellektuellen Behinderung (IB)	Schwerste IB		Schwere IB	Mittelgradige IB	Leichte IB
Intelligenzquotient (IQ)	Bis 20		20 - 35	35 - 50	50 - 70
* Referenzalter: Das SEO-Konzept ordnet das sozio-emotionale Leistungsniveau von erwachsenen Menschen mit Geistiger Behinderung dem Lebensalter zu, in dem das entsprechende Leistungsspektrum im Verlauf der kindlichen Entwicklung erreicht wird (vereinfachende Zuordnung). Es betrachtet Menschen mit geistiger Behinderung dabei grundsätzlich nicht als Kinder, sondern als erwachsene Menschen, die im Bereich der Kognition, der Emotion, der psychosozialen Entwicklung etc. unterschiedliche Entwicklungsgrade erreicht haben.					

All dies hat zur Folge, dass eine Sexualaufklärung im eigentlichen Sinne mit der Förderung von sexueller Selbstbestimmung – so, wie sie auch im Nicht-Behindertenbereich stattfindet – meist erst bei Personen mit einer fortgeschritteneren sozio-emotionalen Entwicklung (ab Phase *SEO 5*) möglich ist.

Eine Fachkraft, die in einer kirchlichen Wohnstätte vorwiegend Menschen mit mittlerer und schwerer geistiger Behinderung betreute, betonte daher in diesem Zusammenhang:

„Sie [d. h. die betroffenen MmGB] verstehen Zusammenhänge nicht, können auch nach Weiterbildungen körperliche Reaktionen nur bedingt einordnen.“ (ID 209)

Im praktischen Umgang miteinander ist es von entscheidender Bedeutung, dass die sexuellen oder vom Umfeld als sexuell eingeordneten Verhaltensäußerungen von MmGB im Alltag nur dann richtig verstanden werden können, wenn der sozio-emotionale Entwicklungsstand des jeweiligen Menschen dabei berücksichtigt wird. Die von den Betreuungskräften oft angesprochene mangelnde Scham bei MmGB kann in vielen Fällen darauf zurückzuführen sein, dass der betroffene MmGB aufgrund seines sozio-emotionalen Entwicklungsstandes das Gefühl der Scham in Bezug auf Nacktheit gar nicht kennen kann. Das Spielen mit den Geschlechtsteilen kann Ausdruck der Entdeckung der eigenen Genitalien in Phase SEO 3 sein, bei der es den ausführenden MmGB vielleicht noch gar nicht möglich ist, hierbei zwischen Öffentlichkeit und geschütztem Raum zu unterscheiden. Auch die oft monierte Distanzlosigkeit und das „unsittliche“ Anfassen fremder Personen kann damit zusammenhängen, dass hier die Phase SEO 4 (noch) nicht erreicht wurde. Allerdings heißt das nicht, dass entsprechende Verhaltensweisen von MmGB in jedem Fall auf ein noch nicht erreichtes Level an sozio-emotionaler Entwicklung zurückzuführen sind.

Die geschilderte Diskrepanz zwischen körperlicher, intellektueller und sozio-emotionaler Entwicklung bei MmGB sowie die mangelnden Kenntnisse der Umwelt hinsichtlich dieser Zusammenhänge können oft zu Ressentiments seitens der Gesellschaft und zu Fehleinschätzungen durch Angehörige und Betreuungskräfte führen. Für Betreuungskräfte in der Behindertenarbeit ist es daher ganz besonders wichtig, bei jedem der von ihnen betreuten MmGB auch den Grad der sozio-emotionalen Entwicklung mit den entsprechenden typischen Verhaltensweisen zu kennen. Nur so können sie Menschen mit geistiger Behinderung dabei unterstützen, ihre Geschlechtlichkeit und Sexualität so zu leben, dass es deren Bedürfnissen und Wünschen entspricht.

5. Zitierte und weiterführende Literatur zum Thema

- Abbott D, Howarth J (2006). Still Off-Limits? Staff Views on Supporting Gay, Lesbian and Bisexual People with Intellectual Disabilities to Develop Sexual and Intimate Relationships? *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*; 20(2): 116-126
- Banaszczuk Y (2017). Körperliche Selbstbestimmung. Bloß kein Baby: Frauen mit geistiger Behinderung haben bei der Verhütung keine Wahl. *VICE Deutschland*, 24.10.2017; <https://www.vice.com/de/article/gyjb34/kein-baby-frauen-mit-geistiger-behinderung-verhuetung-sexualitaet> (Zugriff: 13.10.2023)
- Brkić-Jovanović N, Runjo V, Tamaš D, Slavković S, Milankov V (2021). Persons with Intellectual Disability: Sexual Behaviour, Knowledge and Assertiveness. *Zdr Varst*; 18;60(2):82-89. doi: 10.2478/sjph-2021-0013
- Carnaby S, Cambridge P (2002). Getting personal: an exploratory study of intimate and personal care provision for people with profound and multiple intellectual disabilities. *Journal of intellectual disability research*. 2002; 46(Pt 2):120–132
- de Wit, W., van Oorsouw, W., & Embregts, P. (2022). Sexuality, education and support for people with intellectual disabilities: A systematic review of the attitudes of support staff and relatives. *Sexuality and Disability*, 40(2), 315-346. doi.org/10.1007/s11195-021-09724-w

- Delisle B (2014). Verhütung für Jugendliche mit geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Kinder- und Jugendgynäkologie. In: Oppelt PG, Dörr, HG (Hrsg.). Kinder- und Jugendgynäkologie. Stuttgart: Thieme, S. 480-483
- Došen A (2018). Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe
- Evans DS, McGuire BE, Healy E, Carley SN (2009). Sexuality and personal relationships for people with an intellectual disability. Part II: staff and family carer perspectives. *Journal of Intellectual Disability Research*; 53(11): 913-921
- Grundmann S (2003). Partnerschaft und Sexualität bei geistig behinderten Menschen. Eine Befragung von MitarbeiterInnen von Behinderteneinrichtungen zu ihrem Umgang mit dem Sexualleben von Betreuten. Diplomarbeit. München: Grin Verlag.
- Habermann-Horstmeier L (2021a). „Es wurde erst festgestellt, als eine Schwangerschaft offensichtlich wurde“ – Sexualität und Gewalt bei Menschen mit geistiger Behinderung. *NOVAcura* 2021a; 52(6): 29-35
- Habermann-Horstmeier L (2021b). „Für mein Kind ist das nichts.“ – Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. *NOVAcura* 2021b; 52(2): 34-40
- Habermann-Horstmeier L (2021c). „Für mich selber ist Sexualität bei Menschen mit Behinderung kein Tabuthema, aber für sehr viele andere schon“ Zum Umgang von Betreuungskräften mit der Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung. *NOVAcura* 2021c; 52(4): 29-35
- Habermann-Horstmeier L (2021d). „Ja, die vermisst mich halt. Die hat mich halt total lieb.“ – Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. *NOVAcura* 2021d; 52(1): 39-43
- Lin LP, Lin PY, Chu CM, Lin JD (2011). Predictors of caregiver supportive behaviors towards reproductive health care for women with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil*; 32(2):824–9. doi.org/10.1016/j.ridd.2010.10.015
- Parchomiuk M (2022). Sexuality of People with Intellectual Disabilities: A Proposal to use the Positive Sexuality Model. *Sexuality & Culture*; 26: 418–448. doi.org/10.1007/s12119-021-09893-y
- Retznik L, Wienholz S, Höltermann A, Conrad, I, Riedel-Heller SG (2023). “It Gives Me, as her Caregiver, a Sense of Security.” Young People with Intellectual Disability and Their Experiences with Sexuality, Menstruation, Gynecological Treatment and Contraception: A Follow-up Analysis of Parents’ and Caregivers’ Perspectives. *Sex Disabil*; 41, 97–116. doi.org/10.1007/s11195-022-09770-y
- Rushbrooke E, Murray CD, Townsend S (2014). What difficulties are experienced by caregivers in relation to the sexuality of people with intellectual disabilities? A qualitative meta-synthesis, *Research in Developmental Disabilities*; 35(4): 871-886. doi.org/10.1016/j.ridd.2014.01.012
- Sappok T, Zepperitz S (2019). Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. 2. Aufl. Bern: Hogrefe
- Sappok T, Zepperitz S, Barrett BF, Došen A (2018). SEED – Skala der Emotionalen Entwicklung - Diagnostik. Ein Instrument zur Feststellung des emotionalen Entwicklungsstandes bei Personen mit intellektueller Entwicklungsstörung. Bern: Hogrefe
- Schwarz P (2008). Einstellungen von MitarbeiterInnen der Lebenshilfe NÖ zur Sexualität geistig behinderter Menschen. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.). Studienrichtung: Psychologie. Universität Wien
- Wilson NJ, Frawley P (2016). Transition staff discuss sex education and support for young men and women with intellectual and developmental disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*; 41(3): 209-221

Sexuelle und reproduktive Rechte behinderter Menschen im Kontext der rechtlichen Betreuung, Eingliederungshilfe und medizinischen Versorgung

Julia Zinsmeister

Zitierweise:

Zinsmeister, J. (2024): Sexuelle und reproduktive Rechte behinderter Menschen im Kontext der rechtlichen Betreuung, Eingliederungshilfe und medizinischen Versorgung. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGb Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGb, S.39-57.

1. Einleitung

Menschen mit der Diagnose einer Intelligenzminderung sehen sich in Deutschland vielfach darin behindert, ihr Beziehungs- und Sexualleben so zu gestalten, wie dies ihren Bedürfnissen und Vorstellungen entspricht. Sie leben überdurchschnittlich oft bis ins höhere Erwachsenenalter im elterlichen Haushalt oder einer besonderen Wohnform,⁸ d.h. in einer Umgebung, die ihnen vergleichsweise wenig Privatheit und Möglichkeiten zu Solosex oder der Begegnung mit potenziellen Beziehungs- oder Sexpartner:innen bietet. Ihre Wünsche nach einer eigenen Familie stoßen vielfach auf Vorbehalte und strukturelle Barrieren. Angehörige, rechtliche Betreuer:innen, Leitungsverantwortliche und Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe und dem Gesundheitswesen neigen u.a. aus Sorge und Angst vor Haftung dazu, die verbleibenden Autonomieräume behinderter Menschen weiter zu beschränken.⁹ Aus dem Bedürfnis heraus, sich rechtlich abzusichern, handeln sie dabei oft rechtswidrig. So drohen Einrichtungsträgern, deren Mitarbeitende unbefugt Informationen über das Privat- und Sexualleben von Bewohner:innen an Außenstehende (dazu zählen grundsätzlich auch deren rechtliche Betreuer:innen) weitergeben, empfindliche Bußgelder (Art. 83 DSGVO) und den Mitarbeiter:innen ggf. ein Strafverfahren wegen Verstoßes gegen ihre strafrechtliche Schweigepflicht (§ 203 StGB). Die gezielte Desinformation einer Person, um sie zur Einwilligung in ihre Sterilisation zu bewegen, erfüllt den Tatbestand der (Beihilfe zur) schweren Körperverletzung (nach § 226 Abs. 1 Nr. 1 StGB), die mit Freiheitsstrafe von nicht unter drei Jahren bestraft wird.

Deutschland sieht sich international der Kritik ausgesetzt, Menschen mit Behinderungen in ihrem Wohnumfeld einem hohen Maß an Zwang und Fremdbestimmung auszusetzen und insbesondere Frauen und Mädchen mit Behinderungen nicht hinreichend vor Zwangsabtreibungen, -sterilisationen und Gewalt in und außerhalb von Institutionen zu schützen.¹⁰ Der Fachausschuss der Vereinten Nationen für die Rechte behinderter Menschen hat Deutschland im Jahr 2023 zum zweiten Mal aufgefordert sicherzustellen, dass behinderte Menschen selbst entscheiden können, wo, wie und mit wem sie leben wollen (Art. 19 UN-Behindertenrechtskonvention, kurz UN-BRK), und dass sie nicht länger ohne ihre freie und informierte Zustimmung empfangnisverhütenden Maßnahmen, Schwangerschaftsabbrüchen und Sterilisationen

⁸ BMAS 2021, S.341.

⁹ Ortland 2016.

¹⁰ UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2015; ders., Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany 3 Oct 2023 CRPD/C/DEU/CO/2-3, para. 25, 29, 35, 44. Online <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g23/190/54/pdf> (Zugriff 20.05.2024).

ausgesetzt werden dürfen.¹¹ Deutschland müsse dem in Art. 23 UN-BRK hervorgehobenen Recht behinderter Menschen auf Ehe und Elternschaft besser Geltung verschaffen und das Modell der unterstützten Entscheidungsfindung in allen Angelegenheiten, die das Heim- und Familienleben betreffen, fördern.¹² Der deutsche Gesetzgeber hat in den vergangenen Jahren verschiedene gesetzliche Änderungen vorgenommen, um diesen Anforderungen besser Rechnung zu tragen.

Der Beitrag beleuchtet den Stellenwert der sexuellen und reproduktiven Rechte behinderter Menschen in der rechtlichen Betreuung, Eingliederungshilfe und Gesundheitsversorgung und die konkreten Anforderungen, die sich daraus an das Handeln der Unterstützungs- und Behandlungspersonen ergeben.

2. Sexuelle und reproduktive Rechte behinderter Menschen

Zum Recht der Einzelnen auf Selbstbestimmung zählt auch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung. Es wird durch Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz und das europäische und internationale Recht gewährleistet¹³ und verkörpert die Befugnis einer Person, „darüber zu bestimmen, ob, mit wem, auf welche Weise und unter welchen Bedingungen sie Sex hat, und ob und in welchen Grenzen sie Einwirkungen anderer Personen auf ihre Entscheidungen und Handlungen zulässt.“¹⁴

Sexuelle Autonomie in dem beschriebenen Sinne ist nur denjenigen möglich, die sich sexuell betätigen können, ohne hierfür sozial sanktioniert bzw. staatlich verfolgt, zu etwas gezwungen oder dabei verletzt, infiziert oder ungewollt schwanger zu werden.¹⁵ Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung ist daher eng mit dem Recht auf geschlechtliche sowie reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit verknüpft. Die geschlechtliche Selbstbestimmung hat besondere Relevanz für diejenigen, deren geschlechtliche Identität nicht dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht entspricht und die lange gezwungen waren, ihre wahre Identität zu unterdrücken oder sich geschlechtsangleichenden bzw. -zuweisenden Operationen zu unterziehen. Inzwischen ist nicht nur wissenschaftlich, sondern auch rechtlich anerkannt, dass es nicht nur zwei biologische Geschlechter, sondern eine Vielzahl von Varianten der Geschlechtsentwicklung und Geschlechtsidentitäten gibt, die es als gleichwertig anzuerkennen gilt.¹⁶ Das Recht behinderter Menschen auf reproduktive Selbstbestimmung wird explizit in Art. 23 Abs. 1 lit. b) des Übereinkommens der Vereinten Nationen über die Rechte behinderter Menschen (UN-BRK) hervorgehoben und sichert ihnen die Freiheit, sich verantwortungsvoll, frei und ohne Diskriminierung, Zwang oder Gewalt für oder gegen ein oder mehrere Kinder zu entscheiden – sei es durch Fortpflanzung oder Übernahme der Verantwortung für ein Kind im Wege der Vormundschaft, Pflegschaft oder Adoption.¹⁷ Art. 23 Abs. 1 lit. c) UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten darüber hinaus, die Grundbedingungen zu schaffen, damit behinderte Menschen von dieser Freiheit Gebrauch machen zu können.

¹¹ Ibid. para. 38.

¹² Ibid. para. 52.

¹³ Valentiner 2024.

¹⁴ Valentiner 2021.

¹⁵ Zinsmeister 2017, S. 71.

¹⁶ Bundesärztekammer 2015, S. 1 (2); BVerfG Beschluss vom 10. 10.2017 – 1 BvR 2019/16 = BVerfGE 147, 1. Mit der Verabschiedung des Selbstbestimmungsgesetzes (SBGG) vom 12.04.2024 wurde nun ein wichtiger Schritt zur Anerkennung vollzogen (Bundestags-Drucksache 20/9049).

¹⁷ Zur verfassungsrechtlichen Einordnung: Wapler 2018, S.190.

Dazu zählen

- der Schutz ihrer reproduktiven Gesundheit durch den gleichberechtigten Zugang zu barrierefreier, altersgerechter Information und Aufklärung über Sexualität, sexuell übertragbare Krankheiten, Fortpflanzung und Familienplanung,
- der Zugang zu möglichst zuverlässigen und gesundheitsschonenden Verhütungsmitteln und -methoden.
- Schwangere sollen eine sichere medizinische Versorgung und Hebammenhilfe vor, während und nach der Schwangerschaft erhalten oder aber die Möglichkeit, die Schwangerschaft sicher und legal abzuberechen.¹⁸

Art. 23 Abs. 2 UN-BRK ruft darüber hinaus die kollektive Verantwortung für Kinder in Erinnerung und verpflichtet die Vertragsstaaten, Eltern mit Behinderungen angemessen bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung zu unterstützen.

Deutschland in der internationalen Kritik

Von der Umsetzung dieser Vorgaben ist Deutschland noch weit entfernt. Sexuelle, geschlechtliche und reproduktive Selbstbestimmung setzt Autonomie im Alltag voraus und bereits diese wird vielen Menschen mit Unterstützungsbedarf nicht ermöglicht, sei es aus Mangel an Ressourcen oder aus Paternalismus, d.h. der Position mutmaßlich besseren Wissens heraus.¹⁹ Dies gilt vor allem für Menschen, die gemeinhin als „geistig behindert“ beschrieben werden, diese Bezeichnung aber vielfach als diskriminierend ablehnen²⁰ und die ich aus Respekt vor ihrem Recht auf Selbstdefinition und in Abkehr vom medizinischen Modell von Behinderung in diesem Beitrag als Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten bezeichnen werde.

Studien liefern Hinweise, wonach sich viele Leitungs- und Fachkräfte in besonderen Wohnformen für ermächtigt halten, die sozialen und sexuellen Kontakte der erwachsenen Bewohner:innen zu regulieren, z.B. Besuche über Nacht auf das Wochenende zu beschränken oder an die Bedingung der hormonellen Verhütung zu knüpfen.²¹ In besonderen Wohnformen werden einem Teil der Bewohnerinnen²² hormonelle Kontrazeptiva gegen deren Willen oder ohne deren Wissen und vielfach sogar ohne konkretes Schwangerschaftsrisiko verabreicht,²³ darunter auch Depotpräparate (z.B. die sog. Dreimonatsspritze), die bei nichtbehinderten Frauen aufgrund der starken Nebenwirkungen und Risiken kaum zum Einsatz kommen.²⁴ Zudem sind Frauen mit Behinderungen im Vergleich mit der weiblichen Durchschnittsbevölkerung überdurchschnittlich häufig sterilisiert.²⁵

Rechtliche Betreuer:innen, Mitarbeitende sozialer Einrichtungen und Ärzt:innen begründen Eingriffe in die sexuelle und reproduktive Freiheit behinderter Menschen regelmäßig damit, dass die Betroffenen nicht fähig seien, ihre Sexualität situationsangemessen zu gestalten (z.B.

¹⁸ UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte 2016.

¹⁹ Zinsmeister 2013, S. 51.

²⁰ Göthling 2010, 24.

²¹ Hoffmann 2019, S. 52f.

²² gemeint sind weiblich gelesene Personen. Zur Empfängnisverhütung anderer Geschlechter im Kontext von Behinderung und außerhalb von Einrichtungen liegen bislang keine aussagekräftigen Daten vor.

²³ Schröttle & Hornberg 2014, S. 55f; Schröttle et al. 2024, S. 59; Habermann-Horstmeier 2020, S.10.

²⁴ BZgA Verhütungsverhalten Erwachsener 2018.

²⁵ für Deutschland: Schröttle et al. 2012/2013, S. 245; Schröttle et al. 2024, S.59 für Österreich: Mayrhofer et al. 2019, S. 284

so, dass sich Mitbewohner:innen und Mitarbeitende nicht davon gestört fühlen),²⁶ selbst autonome Entscheidungen zu treffen und sich vor sexualisierter Gewalt oder ungewollten Schwangerschaften zu schützen. Sie wollen sie davor bewahren, Kinder zu zeugen und zur Welt zu bringen, für die sie nach Einschätzung ihrer Unterstützer:innen nicht angemessen sorgen können.²⁷

Setzt das Recht auf Selbstbestimmung die Fähigkeit zur Selbstbestimmung voraus?

„Autonomie“, stellt Elisabeth Holzleithner fest, „bezeichnet keinen statischen Zustand, sondern einen fortlaufenden Prozess von Gelingen und Scheitern. Eingezwängt zwischen Anforderungen von verschiedenen Seiten – Begehrlichkeiten, Verboten, Normen, Verheißungen, Übergriffen – ist es für Personen jedweden Geschlechts niemals einfach, sich selbst in der Dimension des Sexuellen unbefangen kennen zu lernen, unbeschadet aufzuwachsen und sexuell autonom zu leben und zu handeln.“²⁸

Um ihre Sexualität selbstbestimmt und sozial verantwortlich gestalten können, benötigen Menschen notwendigerweise Lernerfahrungen – und hierfür, so Ortland, „Lernmöglichkeiten mit sich selbst und anderen.“²⁹ Menschen, die als geistig behindert gelten, werden diese Lernmöglichkeiten vielfach vorenthalten mit der Begründung, sie seien nicht fähig, davon Gebrauch zu machen. Durch diese Begrenzung ihrer Lebens- und Erfahrungsräume werden, wie Trescher in seinen Studien eindrucksvoll herausgearbeitet hat, Menschen weiter geistig behindert.³⁰ Behinderung kann daher nicht nur als Zustand der Beeinträchtigung, sondern muss zugleich auch als institutionell hervorgebrachte Praxis verstanden werden.³¹

Sexuelle Autonomie ist für jeden Menschen schwer zu erlangen und nur bedingt von kognitiven und körperlichen Fähigkeiten abhängig. Um sexuell autonom handeln zu können, müssen die Einzelnen empfänglich für die eigenen Bedürfnisse und ggf. die ihres Gegenübers und in der Lage sein, diesen Bedürfnissen Ausdruck zu verleihen bzw. Rechnung zu tragen. Im sexuellen Kontakt mit anderen müssen sie die innere Bereitschaft und Fähigkeit entwickeln, die Nähe eines anderen Menschen zuzulassen und eigene Wünsche und Grenzen zu benennen. Ob und in welchem Maße die Einzelnen dies können, hängt nicht allein von ihrem „emotionalen Alter“³², sondern auch von ihren biographischen Erfahrungen, ihrem Wissen und natürlich der konkreten Situation und ihrem Gegenüber ab.

Menschenrechte gelten universal, sie sind weder an bestimmte Kompetenzen geknüpft, noch muss man sie sich verdienen. Sie dienen *gerade* auch dem Schutz derjenigen, denen die Fähigkeit zur Freiheitsausübung abgesprochen wird. Sind Menschen behinderungsbedingt mutmaßlich oder tatsächlich nicht in der Lage, von ihren Rechten Gebrauch zu machen, kommt die Gewährleistungs- und Schutzfunktion der Menschenrechte zum Tragen.³³ In der UN-BRK hat sich Deutschland verpflichtet, die tatsächlichen Voraussetzungen zu schaffen, die Menschen mit Behinderungen zur selbstbestimmten Lebensführung und zur vollen gleichberech-

²⁶ Ortland 2016, S. 75 f. 77 f., die feststellt, dass Mitarbeitende entsprechend öffentlich gezeigte sexuelle Verhaltensweisen bei weiblich gelesenen Personen als störender einstufen als bei männlich gelesenen Personen.

²⁷ Hoffmann 2019, Römisch 2011.

²⁸ Holzleithner 2016, S. 45.

²⁹ Ortland 2020, S. 62.

³⁰ Trescher 2017 S. 240.

³¹ *ibid.*

³² Sappok/Zepperitz 2019

³³ Eingehend hierzu Zinsmeister 2017.

tigten Teilhabe an der Gesellschaft benötigen: Dazu zählen einerseits die Anerkennung und Förderung ihrer individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die Sicherung ihrer Entscheidungs- und Entfaltungsspielräume und der Abbau der einstellungs- und umweltbedingten Barrieren, die sie an der gleichberechtigte Teilhabe hindern, sowie andererseits die Sicherung von Schutzmechanismen, die sie möglichst wenig ihrer Freiheit beeinträchtigen. So müssen gem. Art. 19 lit. a) UN-BRK auch Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf „gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“, und dürfen nicht verpflichtet werden, „in besonderen Wohnformen zu leben“. Die gemeinde-nahe Infrastruktur muss barrierefrei und inklusiv gestaltet und Menschen bei Bedarf persönliche Assistenz zur Verfügung gestellt werden. Art. 22 UN-BRK verpflichtet die Vertragsstaaten, Menschen mit Behinderungen effektiv vor willkürlichen und rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihr Familienleben, ihre Wohnung und sonstige Privatheit zu bewahren. Dazu zählen natürlich auch Eingriffe in ihr Sexualleben. Gem. Art. 16 UN-BRK haben Deutschland und alle anderen Vertragsstaaten geeignete Maßnahmen zu ergreifen, um Menschen mit Behinderungen innerhalb als auch außerhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschließlich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen. Explizit werden dabei u.a. die staatlichen Pflichten zur Information und Aufklärung von Menschen mit Behinderungen, ihr gleichberechtigter, d.h. auch barrierefreier Zugang zu Schutzdiensten und -einrichtungen und die Überwachung aller Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, durch unabhängige Behörden genannt.

Maßnahmen zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung behinderter Menschen dürfen diese jedoch nicht entmündigen. Wie Menschen zu schützen sind, die bestimmte Gefahren (mutmaßlich) beeinträchtigungsbedingt nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können, wird im Betreuungs- und Sozialrecht konkretisiert.

3. Zum Einfluss rechtlicher Betreuer:innen auf die Sexualität, Verhütung und Familienplanung betreuter Menschen

Volljährige Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten sind grundsätzlich selbst für sich verantwortlich. Ihr Wille ist stets beachtlich. Die Entmündigung behinderter Menschen und die Vormundschaft über Erwachsene wurde vor rund 35 Jahren abgeschafft und durch die rechtliche Betreuung ersetzt. Können Volljährige ihre Angelegenheiten behinderungsbedingt nicht allein regeln, soll das Betreuungsgericht ihnen erforderlichenfalls eine rechtliche Betreuung an die Seite stellen (§ 1814 BGB). Diese hat keinen Einfluss auf ihre Fähigkeit, selbst Entscheidungen zu treffen und wirksame Rechtshandlungen (z.B. Vertragsabschlüsse) vorzunehmen.³⁴

Rechtliche Betreuung ist auf die erforderliche Rechtsfürsorge beschränkt

Rechtliche Betreuer:innen unterstützen die Betreuten innerhalb der ihnen gerichtlich zugewiesenen Aufgabenbereiche, ihre Angelegenheiten *rechtlich* so zu besorgen, dass sie im Rahmen ihrer Möglichkeiten ihr Leben nach eigenen Wünschen gestalten können (§ 1821 Abs. 1 Satz 2 und Abs. 2 BGB). Rechtlich zu besorgen sind behördliche und vertragliche Angelegenheiten, die Geltendmachung von Unterlassens- oder Schadensersatzansprüchen oder die Einwilligung in freiheitsentziehende Maßnahmen oder medizinische Eingriffe, nicht aber Entscheidungen, die die allgemeine Lebensführung wie z.B. die Freizeitgestaltung, Kontaktpflege oder Mediennutzung betreffen. Die Rechtsfürsorge ist wiederum auf das *erforderliche Maß* zu beschränken, § 1814 Abs. 3 BGB. Erforderlich ist die Rechtsfürsorge durch rechtliche

³⁴ zur Geschäftsfähigkeit *Beetz* 2022.

Betreuer:innen nur, wenn und soweit die betreute Person zur Regelung ihrer Angelegenheiten auf Unterstützung bei der Entscheidungsfindung angewiesen ist und sie diese nicht durch eine Fachberatungsstelle, ihre persönliche Assistenz, durch Mitarbeitende der Eingliederungshilfe oder Personen aus ihrem persönlichen Umfeld erhalten kann. In § 17 Abs. 4 SGB I hat der Gesetzgeber klargestellt, dass die Unterstützung durch soziale Einrichtungen und Dienste Vorrang vor der rechtlichen Betreuung hat.³⁵ In der sozialen Praxis gehen bisher aber selbst ausgebildete Fachkräfte oft rechtsirrig davon aus, dass vorrangig oder sogar ausschließlich rechtliche Betreuer:innen die Angelegenheiten der Betreuten zu regeln oder gar zu entscheiden hätten. In diesen Fällen wird rechtlichen Betreuer:innen mehr Macht und Einfluss zugeschrieben, als ihnen rechtlich zusteht (was auch in der verbreiteten Bezeichnung der rechtlichen Betreuung als gesetzliche Betreuung zum Ausdruck kommt) und werden die Betreuten behandelt, als seien sie noch rechtlich unmündig („da müssen wir erst deinen gesetzlichen Betreuer fragen“). Dem Risiko einer solch diskriminierenden Infantilisierung dürften vor allem Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten ausgesetzt sein, für die vielfach deren Eltern zu ihren rechtlichen Betreuer:innen bestellt werden. Dies birgt die Gefahr, dass die Eltern, ihre erwachsenen Kinder die rechtliche Betreuung als fortgesetztes Erziehungsverhältnis missverstehen und ihnen dadurch die Ablösung voneinander erschwert wird.

Rechtliche Betreuung dient vorrangig der Unterstützung bei der Entscheidungsfindung

Rechtliche Betreuer:innen haben keinen Erziehungsauftrag, sondern unterstützen im Bedarfsfall erwachsene Bürger:innen bei deren Entscheidungsfindung. Es besteht ein essenzieller Unterschied zur elterlichen Sorge: Eltern sollen ihre Kinder in alle diese betreffenden Entscheidungen einbeziehen und auf Einvernehmen hinwirken, § 1626 Abs. 2 BGB, sie haben aber weiterhin rechtlich die Entscheidungsmacht, solange sie von dieser zum Wohl des Kindes Gebrauch machen, § 1627 Satz 1 BGB. Rechtliche Betreuung dient hingegen dazu, es den Betreuten durch rechtliche Entscheidungshilfen zu ermöglichen, ihre eigenen Lebensentwürfe zu verwirklichen, mögen diese den rechtlichen Betreuer:innen auch noch so unvernünftig erscheinen. Zur unterstützten Entscheidungsfindung gehört, die Betreuten zu ermutigen und ihnen dabei zu helfen, sich ihrer eigenen Wünsche und Präferenzen bewusst zu werden und sich gegen Manipulation zu behaupten. Rechtliche Betreuer:innen sollen sicherstellen, dass sich die Betreuten barrierefrei und ergebnisoffen über ihre Entscheidungsoptionen und deren jeweilige Vor- und Nachteile informieren und diese ggf. unverbindlich ausprobieren können, um sich am Ende entsprechend ihrer eigenen Präferenzen und Wertvorstellungen für eine dieser Optionen zu entscheiden.

Rechtliche Betreuer:innen sind an die Wünsche der Betreuten gebunden

Die Wünsche und Entscheidungen der Betreuten sind auch dann zu respektieren, wenn sie den rechtlichen Betreuer:innen unvernünftig erscheinen. Hinwegsetzen dürfen sich rechtliche Betreuer:innen über die Wünsche allenfalls aus zwei Gründen: Gem. § 1821 Abs. 3 Nr. 1 BGB sind Wünsche nicht umzusetzen, soweit die Betreuten selbst oder ihr Vermögen hierdurch *erheblich* gefährdet würden und sie diese Gefahr aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung nicht – also auch nicht mit Unterstützung – erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können. *Erheblich* ist eine Selbstschädigung nur, wenn den Betreuten eine erhebliche und langfristige Verschlechterung ihrer Vermögens- und Lebenssituation droht, z.B. ein schwerer und irreversibler Gesundheitsschaden, der ihr Leben verkürzen oder erheblich beeinträchtigen wird, Wohnungslosigkeit oder der dauerhafte Verlust ihrer wirtschaftlichen Existenzgrund-

³⁵ Eingehender Brosey in Brosey/Lesting/Loer/Marschner 2022, B. V.4. Rn. 54 ff.

lage.³⁶ Diese Gefahr muss *konkret* drohen. Eine nur abstrakte Gefahr reicht nicht aus.³⁷ Nr. 1 setzt weiterhin voraus, dass die betreute Person diese konkrete und erhebliche Gefahr *krankheits- oder behinderungsbedingt* nicht erkennt oder nicht nach dieser Einsicht handeln kann. Liegen diese Voraussetzungen vor und duldet eine Entscheidung keinen Aufschub, sind die rechtlichen Betreuer:innen ausnahmsweise nicht an den Wunsch gebunden, sondern zur ersetzenden Entscheidung befugt. Sie haben sich dabei gem. § 1821 Abs. 4 BGB aber am *mutmaßlichen Willen* der Betreuten zu orientieren und nicht mehr, wie § 1901 BGB dies noch bis 31.12.2022 vorsah, an deren (vermeintlich) objektiven Wohl.³⁸

Rechtliche Betreuer:innen sind gemäß § 1821 Abs. 3 Nr. 2 BGB ausnahmsweise auch dann nicht an die Wünsche der Betreuten gebunden, wenn ihnen deren Umsetzung nicht zuzumuten ist. Nicht zuzumuten ist es rechtlichen Betreuer:innen, dass sie sich haftbar oder strafbar machen, z.B. indem sie falsche Angaben gegenüber Behörden machen. Sie müssen insofern auch nicht *aktiv* zu einer von den Betreuten gewünschten, erheblichen Selbstschädigung beitragen.³⁹ Zumutbar ist es rechtlichen Betreuer:innen hingegen, Angelegenheiten der Betreuten auch dann zu erledigen, wenn sie ihren eigenen ethischen oder religiösen Wertvorstellungen und Prinzipien widersprechen.⁴⁰ Sehen sie sich aufgrund ihrer inneren Überzeugungen nicht in der Lage, sich an den Wünschen der Betreuten zu orientieren, liegt kein Fall der Unzumutbarkeit, sondern eine mangelnde Eignung für die Betreuung – zumindest dieser Angelegenheit – und damit ein Grund für einen (partiellen) Betreuer:innenwechsel vor.⁴¹

Handeln für Betreute, deren möglicher Wunsch und Willen nicht ermittelt werden kann

Können die Betreuten beeinträchtigungsbedingt auch mit Unterstützung nicht in die Lage versetzt werden, ihre Entscheidungen selbst zu treffen, oder ist ihr Umfeld außerstande, ihren Willen zu erkennen, haben die rechtlichen Betreuer:innen gemäß § 1821 Abs. 4 BGB ihren mutmaßlichen Willen zu ermitteln und anstelle der Betreuten die Entscheidung zu treffen, die diesem am besten Geltung verschafft. Der mutmaßliche Wille ist anhand konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln und hierzu ggf. das soziale und professionelle Umfeld der Betreuten einzubeziehen: Lassen frühere Äußerungen bzw. Reaktionen oder ihre weltanschaulichen oder religiösen Überzeugungen Rückschlüsse zu, was sie jetzt in der aktuellen Situation wünschen?

Sind Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung rechtlich zu betreuen?

Rechtliche Betreuer:innen sollen die Betreuten in den ihnen zugewiesenen Aufgabenbereichen bei der Stellung von Anträgen, bei Vertragsverhandlungen und bei der Führung ihres Bankkontos oder eines Gerichtsprozesses unterstützen und dies nur in dem Maß, wie es erforderlich ist. Sie können weder (mit)bestimmen, wie und wo die Betreuten ihre Freizeit verbringen, noch haben sie Einfluss auf deren Sexualleben, Mediennutzung oder Ernährung.⁴² Im Aufgabenbereich „Aufenthaltsbestimmung“ unterstützen sie die Betreuten lediglich entsprechend deren Wünschen bei der *rechtsgeschäftlichen* bzw. behördlichen Veränderung ihres

³⁶ Bundestags-Drucksache (BT-Drs.) 19/24445, 252.

³⁷ MüKoBGB/Schneider BGB § 1821 Rn. 29 ff.

³⁸ Loer in Brosey/Lesting/Loer/Marschner, Rn. 185.

³⁹ Jurgleit/Kieß zu § 1821 Rn. 53.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ BT-Drs. 19/24445, S.253. Zum Rechtsschutz der Betreuten gegen widerrechtliches Betreuer:innenhandeln Zinsmeister 2024.

⁴² Das gilt auch dann, wenn der rechtlichen Betreuung nach dem bis 31.12.2022 geltenden Recht der umfassende Aufgabenkreis der „Personensorge“ übertragen war, vgl. § 1901 Abs.1 BGB.

Aufenthalts, z.B. bei der Ummeldung des Wohnsitzes. Betreute müssen ihre rechtlichen Betreuer:innen aber natürlich nicht um Erlaubnis fragen, wenn sie im Rahmen von Unternehmungen, Urlauben oder ähnlichem einen Ortswechsel planen.

Die eigene Sexualität ist nicht „rechtlich zu besorgen“ und damit dem Einfluss rechtlicher Betreuer:innen entzogen. Mitarbeitende in besonderen Wohnformen sind schon aus diesem Grunde nicht befugt, Informationen über das Sexualleben der Bewohner:innen an deren rechtliche Betreuer:innen weiterzugeben, es sei denn, die Bewohner:innen hätten in diese Weitergabe eingewilligt oder es liegt, wie im Falle konkreter Anhaltspunkte eines bevorstehenden sexuellen Übergriffs, ein rechtfertigender Notstand vor (§ 31 BtOG).

Rechtlich zu besorgen sind, bezogen auf das Sexualleben der betreuten Person, allenfalls Angelegenheiten wie z.B. der Erwerb von Sexspielzeug und pornografischem Material oder die vertragliche Vereinbarung sexueller Dienstleistungen. Fallen die genannten Angelegenheiten im Bereich des Aufgabenkreises „Vermögenssorge“ in die Zuständigkeit eines/r rechtlichen Betreuer:in, ist es deren Aufgabe, die Betreuten zu beraten, wie sie ausreichend Geld für die geplanten Ausgaben ansparen können. Die Entscheidung, ob die einmalige Inanspruchnahme von Sexualbegleitung es wert ist, auf den geplanten Kurzurlaub oder die regelmäßigen Kinobesuche zu verzichten, treffen die Betreuten jedoch allein auf Grundlage ihrer eigenen Präferenzen und Wertvorstellungen. Wie alle Menschen werden auch Betreute im Laufe ihres Lebens die ein oder andere Entscheidung treffen, die sie später bereuen und deren Konsequenzen sie tragen müssen. Gleichberechtigte Teilhabe meint nicht nur Teilhabe an Chancen, sondern auch an Risiken.

Betreute haben ein grundrechtlich geschütztes Recht auf freie Wahl und Gestaltung ihrer sozialen und sexuellen Kontakte. Diese Kontakte sind allenfalls dann „rechtlich zu besorgen“, wenn die Betreuten sich gegen aufgedrängte Kontakte oder Besuche zur Wehr setzen müssen, ihre Unterlassungsansprüche aber nur mit Unterstützung ihrer rechtlichen Betreuer:innen geltend machen können (§ 1834 Abs. 1 1. Alt. BGB). In diesem Fall muss das Betreuungsgericht die rechtlichen Betreuer:innen durch gesonderten Beschluss ausdrücklich zur Umgangsbestimmung ermächtigen (§ 1815 Abs. 2 Nr. 4 BGB). Wie die rechtliche Betreuung die Betreuten bei der Regelung ihres Umgangs zu unterstützen hat, regelt § 1834 BGB. Danach darf sie nur Einfluss nehmen, wenn die Betreuten dies wünschen oder ihnen eine konkrete und erhebliche Gefahr für ihre körperliche und seelische Unversehrtheit oder ihr Vermögen droht, die sie krankheits- oder behinderungsbedingt selbst nicht erkennen oder nicht nach dieser Einsicht handeln können (§ 1821 Abs. 3 Nr. 1 BGB). Bejaht wird eine solch *konkrete* und *erhebliche* Gefahr von Rechtsprechung und Literatur z.B. dann, wenn Betreute von Angehörigen psychisch massiv in einer sie gesundheitlich *konkret* schädigenden Weise unter Druck gesetzt werden,⁴³ sie sich beeinträchtigungsbedingt nicht von einer respektive einem sie misshandelnden Partner:in lösen können⁴⁴ oder abhängigkeiterkrankte Menschen vor dem Kontakt mit Dealer:innen bewahrt werden sollen.⁴⁵ Betreute Menschen können aber nicht daran gehindert werden, bei Bekannten zu übernachten und dort Alkohol zu konsumieren⁴⁶ oder sich bei einvernehmlichen, sexuellen Kontakten der Gefahr einer Schwangerschaft auszusetzen.⁴⁷ Gemäß dem im Betreuungsrecht geltenden Erforderlichkeitsgrundsatz ist milderem Mitteln

⁴³ BayObLG Beschluss v. 13.10.1999 – 3 Z BR 296/99, BeckRS 1999, 30921207.

⁴⁴ Weitere Beispiele bei *Schneider* FamRZ 2022, 1 und *Engelfried* BtPrax 2022, 77-80.

⁴⁵ AG Brandenburg Beschluss v. 10.11.2022 – 85 XVII 127/20 = NJW-RR 2023, 154.

⁴⁶ AG Brandenburg Beschluss v. 10.11.2022 – 85 XVII 127/20 = NJW-RR 2023, 154.

⁴⁷ Jürgens/Brosey zu BGB § 1834 Rn. 5.

allerdings stets der Vorzug zu geben. Umgangskontakten in Anwesenheit von schützenden Dritten („begleiteter Umgang“) ist darum der Vorzug zu geben vor dem Verbot des Umgangs mit manipulativen Dritten.⁴⁸ Das Risiko der finanziellen Ausbeutung der Betreuten durch eine Bezugsperson kann auch durch einen Einwilligungsvorbehalt nach § 1825 BGB minimiert werden. Die genannten gesetzlichen Grenzen der Einflussnahme der Betreuungsperson auf Umgangskontakte der Betreuten gelten auch für Kontakte mittels sozialer Medien.⁴⁹

Die Entscheidung über die Empfängnisverhütung

Empfängnisverhütende Maßnahmen, die die Vergabe von Hormonen oder einen operativen Eingriff erfordern, dürfen nur mit informierter bzw. aufgeklärter Einwilligung der Patient:innen vorgenommen werden, §§ 630d BGB, 228 StGB. Die Aufklärung obliegt den Behandler:innen. Sie müssen gem. § 630e BGB die Patient:innen so über die für die Einwilligung wesentlichen Umstände und ihre Behandlungsoptionen aufklären, dass diese die Tragweite ihrer Entscheidung erkennen und sich auf Grundlage ihrer eigenen Wertvorstellungen (z.B. Haltung zum Schwangerschaftsabbruch) und Präferenzen (z.B. Kinderwunsch) für oder gegen die Behandlung entscheiden und zwischen möglichen Behandlungsoptionen wählen können. Die Aufklärung muss für die konkreten Patient:innen verständlich sein (§ 630e Abs. 2 Nr. 3 BGB). Für die barrierefreie Aufklärung von Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten und/oder geringen Deutschkenntnissen existiert inzwischen eine Vielzahl von geeigneten Aufklärungsmaterialien, z.B. von pro familia sowie das Informationsportal www.zanzu.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Ob Patient:innen einwilligungsfähig sind, kann erst nach einer entsprechenden Aufklärung beurteilt werden. Bleiben Zweifel, sollten die Patient:innen an eine Fachberatungsstelle mit zielgruppengerechtem Angebot verwiesen werden. Die Bundesärztekammer empfiehlt, mit der Behandlung so lange wie möglich zuzuwarten, um den Patient:innen Gelegenheit zu geben, die Entscheidung zu einem anderen Zeitpunkt in besserer Verfassung bzw. mit Unterstützung durch andere Personen zu treffen.⁵⁰

Sind sich die Patient:innen der Tragweite ihrer Entscheidung laienhaft bewusst, so sind die Behandler:innen selbst dann an diese Entscheidung gebunden, wenn sie ihnen unvernünftig oder selbstschädigend erscheint. Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten haben in gleichem Maße wie Nichtbehinderte die Freiheit, sich für eine ungesunde Lebensführung zu entscheiden oder selbst solche Heilbehandlungen abzulehnen, die aus medizinischer Sicht lebensnotwendig erscheinen („Freiheit zur Krankheit“)⁵¹ und sie können wie alle Menschen ein Kind austragen, ohne sich zuvor einem Elterneignungstest unterziehen zu müssen.

Können Patient:innen selbst entscheiden, ist für stellvertretende Entscheidungen ihrer rechtlichen Betreuer:innen kein Raum. Soweit sie auch im Wege der unterstützten Entscheidungsfindung nicht rechtzeitig in die Lage versetzt werden können, unaufschiebbare Entscheidungen zu treffen, muss ggf. eine rechtliche Betreuung angeordnet bzw. müssen die hierfür bereits eingesetzten rechtliche Betreuer:innen tätig werden, um dem (mutmaßlichen) Willen der Betreuten Geltung zu verschaffen.

⁴⁸ *Jurgeleit/Meier* zu § 1834 Rn. 2.

⁴⁹ *Jürgens/Brose* zu § 1834 Rn. 3.; BayObLG FamRZ 2003, 962.

⁵⁰ *Bundesärztekammer Dtsch Ärztebl* 2019; 116 (22): A-1133 / B-933 / C-921.

⁵¹ BVerfG, Beschluss v. 08. Juni 2021 – 2 BvR 1866/17 = BVerfGE 158, 131-169. Ausgenommen sind Eingriffe, die als sittenwidrig einzustufen sind (§ 228 StGB) oder Sterilisationen Minderjähriger, da diese gem. § 1631c BGB stets verboten sind

Betreuungsrechtlich gilt es zu beachten, dass die Einnahme bzw. Injektion hormoneller Kontrazeptiva oder der Einsatz einer Spirale zum Zwecke der Schwangerschaftsverhütung oft mit multiplen gesundheitlichen Belastungen und Risiken einhergehen⁵² und weder Heileingriff noch Therapie sind. Sie fallen nicht in den betreuungsrechtlichen Aufgabenkreis der Gesundheitsvorsorge, sondern betreffen die höchstpersönliche Frage, ob ein Mensch sein zukünftiges Leben mit oder ohne (eigenes) Kind gestalten will. Um es rechtlichen Betreuer:innen zu ermöglichen, die Betreuten bei der Umsetzung ihrer persönlichen Entscheidung, z.B. beim Abschluss des Behandlungsvertrags mit den Ärzt:innen, zu unterstützen, muss das Betreuungsgericht ihnen explizit den Aufgabenkreis Familienplanung zuweisen.⁵³ Eine rechtliche Betreuung wird in diesem Bereich gem. § 1815 Abs. 1 Satz 2 BGB aber nur selten erforderlich sein, da bundesweit ein dichtes Netz an Fachberatungsstellen und Fachzentren für die Sexualberatung, Familienplanung und Schwangerschaftskonfliktberatung existiert,⁵⁴ deren Informations- und Beratungsangebot sich zunehmend auch gezielt an Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten richtet. Die Fachberater:innen dort sind aufgrund ihrer methodischen und fachlichen Kompetenzen und ihrer professionellen Distanz in besonderem Maße qualifiziert, Betreute ergebnisoffen und kompetent bei der Familienplanung bzw. der Auswahl der passenden Verhütungsmethode zu unterstützen, so dass ergänzende Unterstützung durch die rechtlichen Betreuer:innen vielfach entbehrlich sein dürfte. Sollte für den Bereich der Familienplanung ausnahmsweise doch eine rechtliche Betreuung erforderlich sein, hat das Gericht die persönliche Eignung der Betreuer:innen für diese Aufgabenwahrnehmung sicherzustellen. Sie müssen bereit und in der Lage sein, den Lebensentwürfen der Betreuten Geltung zu verschaffen. Den Eltern der Betreuten wird es hier möglicherweise an der erforderlichen Distanz fehlen, denn die Entscheidung der Betreuten für oder gegen eine Schwangerschaft betrifft sie unmittelbar und kann ihre Sorge begründen, als Großeltern erneut in (Mit-)Verantwortung für ein Kind genommen zu werden. Der Aufgabenbereich sollte daher bevorzugt Berufsbetreuer:innen übertragen werden (§ 1817 BGB), die über Fachkunde im Bereich der reproduktiven Rechte verfügen und die Betreuten auch über staatliche Unterstützungsleistungen für Eltern mit Behinderungen (z.B. Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe oder der Elternassistenz) informieren können.

4. Ermöglichung sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung in besonderen Wohnformen und durch ambulante Dienste

Aufgabe der Eingliederungshilfe und aller anderen Leistungen der Rehabilitation und Teilhabe ist es, die Selbstbestimmung behinderter Menschen und „ihre volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken“ (§ 1 Satz 1 SGB IX). Die zuständigen Leistungsträger und die von ihnen mit der Ausführung der Leistungen betrauten Einrichtungen und Dienste haben die Rechte behinderter Menschen auf geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung daher nicht nur zu respektieren, sondern gezielt zu fördern und Maßnahmen zu ergreifen, um es den Adressat:innen zu ermöglichen, selbstbestimmt im eigenen Wohnraum und ihrem Sozialraum zu leben, soziale Kontakte zu knüpfen, Bindungen einzugehen und ggf. eine

⁵² Habermann-Horstmeier 2020, S. 10, 13 ff.

⁵³ hierzu und zur Sterilisation einwilligungsfähiger Betreuter gem. § 1830 BGB eingehend *Zinsmeister* KJ (56) 2023, 56-68.

⁵⁴ alleine der Verband pro familia e.V. hat bundesweit über 200 Beratungsstellen und digitale und gedruckte Informationsangebote in Leichter Sprache.

Familie zu gründen (§ 113 SGB IX). Einrichtungen und Dienste müssen den Leistungsberechtigten gem. § 8 Abs. 3 SGB IX möglichst viel Raum zur eigenverantwortlichen Gestaltung ihrer Lebensumstände lassen.

Dies gestaltet sich in ambulanten Settings sehr viel leichter als in institutionalisierten Wohnformen. Diese zeichnet ein hohes Machtungleichgewicht aus, das mit der Gefahr der Fremdbestimmung und des Machtmissbrauchs einhergeht.

Verschiedene Gesetze sollen darum die Rechtsposition der Bewohner:innen besonderer Wohnformen stärken: Die Landesjugendämter wachen über den Schutz der Rechte von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderungen in stationären Einrichtungen (§§ 45 ff. SGB VIII). Das Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG) des Bundes stärkt die vertraglichen Rechte erwachsener Bewohner:innen. Wohnangebote für Erwachsene, die an die Inanspruchnahme von Eingliederungsleistungen geknüpft sind, sind zudem der Einrichtungsaufsicht der Bundesländer unterworfen, die ebenfalls dafür Sorge tragen soll, dass die Rechte der Adressat:innen gewahrt werden.⁵⁵ In einigen Landesgesetzen wird das Recht auf Achtung ihrer geschlechtlichen bzw. sexuellen Identität und Selbstbestimmung bzw. sexuellen Orientierung dabei explizit genannt.⁵⁶ In Wohngruppen und -gemeinschaften kommt darüber hinaus den Hausordnungen und Gewaltschutzkonzepten eine wichtige Funktion zu. Die Heimordnungsgesetze der Länder sichern den Bewohner:innen das Recht, an deren Entwicklung mitzuwirken. Auch im SGB IX finden sich konkrete Vorgaben an die menschenrechtskonforme Ausgestaltung der Rehabilitation und Teilhabe in und außerhalb von Einrichtungen. So sichert § 78 Abs. 3 SGB IX behinderten Menschen das Recht, auf Grundlage des Teilhabepplans selbst über die konkrete Gestaltung ihrer Assistenz hinsichtlich deren Ablauf, Ort und Zeitpunkt der Inanspruchnahme zu entscheiden. Auf Wunsch der Adressat:innen ist ihnen ein Leben außerhalb besonderer Wohnformen zu ermöglichen und können sie in diesem Fall verlangen, bei der Gestaltung ihrer sozialen Beziehungen und in der persönlichen Lebensplanung individuell von einer Assistenz unterstützt zu werden (§§ 104 Abs. 3 Satz 4 SGB IX). Die Einrichtungen und Dienste müssen konkrete und geeignete Maßnahmen zum Schutz vor Gewalt ergreifen und hierzu ein Schutzkonzept entwickeln (§ 37a SGB IX). Eltern mit Behinderungen sind im Bedarfsfall Elternassistenz (§ 78 Abs. 3 SGB IX) und ggf. weitere Sozialleistungen, z.B. durch die öffentliche Jugendhilfe, zu gewähren.

Zur Stellung der Fachkräfte in der Eingliederungshilfe

Mit der Bezeichnung von Mitarbeitenden der Eingliederungshilfe als „Assistent:innen“ (§§ 78, 113 SGB IX) wollte der BTHG-Gesetzgeber verdeutlichen, dass diese den eingliederungshilfeberechtigten Menschen auf Augenhöhe begegnen müssen. Sie sind rechtlich nicht befugt, erwachsenen Menschen mit Behinderungen Vorschriften in Bezug auf deren persönliche Lebensführung zu machen, sondern können sie allenfalls beraten und bei der Umsetzung ihrer eigenen Lebensentwürfe unterstützen. Einrichtungen und Dienste müssen die Assistenz personenzentriert erbringen, d.h. sie werden nur in dem Maße aktiv, wie dies erwünscht ist, und orientieren sich dann an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Adressat:innen. Das schließt deren sexuelle Bedürfnisse mit ein. Den Adressat:innen ist hierzu möglichst viel

⁵⁵ Zinsmeister 2022, S. 359 ff.

⁵⁶ Vgl. nur § 1 Nr.3 WTPG BW v. 20.5.2014 GBl. 2014, 241; § 1 Nr.3 WTG Berlin v. 4.5.2021 GVBl. 2021, 417; § 1 Nr.3 HambWBG v. 13.12.2009 idF 4.10.2018 HambGVBl. 2018, 336; § 1 Abs.1 Nr.2 WTG LSA v. 17.11.2011 GVBl. LSA 2011, 136; § 1 Abs.2 WTG NRW v. 2.10.2014 idF G z Änderung des WTG sowie des Ausführungsg zum SGB IX v. 13.04.2022 GV.NRW 2022, 711.

Raum für ungestörte sexuelle Betätigung alleine oder mit anderen zu sichern.⁵⁷ Von Pflegehandlungen, die von den zu Pflegenden nicht gewünscht und abgelehnt werden, ist Abstand zu nehmen und nach akzeptablen Alternativen zu suchen (z.B. dem Abbrausen ohne Waschlappen oder dem Einsatz einer anderen Pflegeperson).

Sexualassistenz durch Mitarbeitende

Passive Sexualassistenz ist den Mitarbeitenden zur Unterstützung erwachsener Personen erlaubt. Darunter fallen Unterstützungshandlungen, bei denen die Mitarbeitenden nicht unmittelbar in die sexuelle Interaktion einbezogen sind, wie z.B. das Besorgen eines Diaphragmas oder Sextoys oder die Fahrt einer behinderten Frau zu einer Sexualbegleiterin. Jugendlichen dürfen Verhütungsmittel und Sextoys beschafft, es darf ihnen aber kein Zugang zu Pornografie gewährt werden (§ 184 StGB). Übernachtungen von unter 16jährigen bei ihren Partner:innen oder deren Übernachtung bei den unter 16jährigen müssen mit den Personensorgeberechtigten abgestimmt werden (§ 180 Abs. 1 Satz 2 StGB) und es sollten Jugendlichen unter 16 Jahren keine Kontakte zu Sexarbeiter:innen und Sexualbegleiter:innen vermittelt werden, da hier die Grenze zur Strafbarkeit nach § 180 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 StGB überschritten sein könnte.⁵⁸

Passive Sexualbegleitung ist eine personenzentrierte Hilfe, die auf Wunsch der Adressat:innen zu erbringen ist, sofern sie nicht ausnahmsweise unzumutbar erscheint. Mitarbeitenden ist es nicht zuzumuten, sondern strafrechtlich verboten, Bewohner:innen auf deren Wunsch hin Missbrauchsabbildungen (sog. Kinder- oder Jugendpornografie) zu verschaffen. Grenzen der Zumutbarkeit können sich auch aus § 7 Abs. 1 i.V.m §§ 1, 3 Abs. 4 Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz (AGG) ergeben. Danach können Beschäftigte von den Arbeitgeber:innen verlangen, am Arbeitsplatz nicht mit unerwünschten sexuellen Handlungen, Äußerungen und pornografischen Abbildungen konfrontiert zu werden. Wer sich als Arbeitsplatz allerdings das Schlafzimmer anderer Menschen wählt, kann nicht erwarten, dort von deren Intimleben gänzlich verschont zu werden.

Bei der *aktiven Sexualassistenz* sind Mitarbeitende und Pflegekräfte in sexuelle Interaktionen der Adressat:innen aktiv einbezogen.⁵⁹ Das kann Hilfe bei der Masturbation, die Anleitung bei der Nutzung von Sextoys oder die Unterstützung eines mobilitätsbehinderten Paares bei der sexuellen Begegnung sein. Aktive Sexualassistenz in einem laufenden Aufsichts-, Beratungs-, Betreuungs-, und Behandlungsverhältnis kann den Tatbestand des sexuellen Missbrauchs nach §§ 174, 174a Abs. 2 StGB und § 174c Abs. 1 und 2 StGB erfüllen.⁶⁰ Die Strafbarkeit richtet sich dabei entscheidend nach dem Charakter der Unterstützung: Sind behinderte Menschen von ihren Unterstützungspersonen de facto in hohem Maße abhängig, entscheiden z.B. die Mitarbeitenden und nicht die Menschen selbst, wann ihnen auf der Toilette oder bei der Kommunikation mit Außenstehenden assistiert wird, so ist die vom Gesetzgeber angestrebte Begegnung auf Augenhöhe⁶¹ strukturell nicht gegeben. Die strukturelle Abhängigkeit von der Hilfe kann nur überwunden werden, wenn Menschen mit Behinderung – z.B. im sogenannten Arbeitgeber*innenmodell – tatsächlich die Auswahl-, Anleitungs- und Organisationskompetenz über ihre Assistenz erlangen („Persönliche Assistenz“). In einem solchen Setting wird aktive Sexual-

⁵⁷ Eingehend Maier-Michalitsch/Grunick 2011.

⁵⁸ Zur Kritik MüKo/Renzikowski zu § 180 Rn.12 ff.

⁵⁹ Walter 2004, S.11 f.

⁶⁰ BGH, Urteil v. 14. 4. 2011 – 4 StR 669/10 = NJW 2011, 1891.

⁶¹ Vgl. die Gesetzesbegründung zu Neufassung des § 78 SGB IX durch das BTHG: BT-Drs. 18/9522, 261.

assistenz regelmäßig keinen rechtlichen Bedenken begegnen, in allen anderen Settings sollte aktive Sexualassistenz nur von externen Dienstleister:innen angeboten werden.

Haus- und Besuchsrecht in besonderen Wohnformen

Träger besonderer Wohnformen können es den Bewohner:innen nicht verbieten, Besuch über Tag und/oder Nacht zu empfangen, auch wenn es sich bei dem Besuch um Sexarbeiter:innen oder Sexualbegleiter:innen handelt. Das Hausrecht an ihren Räumen steht allein den Bewohner:innen zu.⁶² Sie bestimmen wie alle Mieter:innen selbst, wem sie wann und wie lange Zutritt zu ihrem Privatbereich gewähren.⁶³ Entsprechende Regelungen in den Heimordnungsgesetzen einzelner Bundesländer (vgl. § 11 Abs. 2 BlnWTG, § 15 Abs. 1 Nr.5 LWTG Rheinland-Pfalz) sind deklaratorischer Natur. Ihr Fehlen in anderen Landesgesetzen stellt das Hausrecht der in diesen Ländern lebenden Heimbewohner:innen nicht in Frage,⁶⁴ denn WG- und Wohnheimzimmer fallen immer in den Schutzbereich des Grundrechts der Bewohner:innen auf Unverletzlichkeit der Wohnung (Art. 13 GG).⁶⁵ Pauschale Begrenzungen der Besuchszeiten in Verträgen und Hausordnungen sind daher stets grundrechtswidrig.⁶⁶ Bei mehrfach belegten Zimmern üben die Bewohner:innen das Hausrecht gemeinsam aus, bei Konflikten im Innenverhältnis kommt dem Einrichtungsträger und seinen Mitarbeitenden eine moderierende Rolle zu.⁶⁷ Selbst wenn es gelingt, Kompromisse zu finden, bleiben der Möglichkeit der Einzelnen, in einem mehrfachbelegten Zimmer stundenweise ungestört Besuch zu empfangen, allerdings enge Grenzen gesetzt – umso wichtiger ist die in Art. 19 UN-BRK getroffene Feststellung, dass kein behinderter Mensch verpflichtet werden kann, in einer besonderen Wohnform zu leben. Ohne oder gegen den Willen der Bewohner:innen dürfen Besuche vom Träger nur untersagt oder beschränkt werden, wenn dies unerlässlich ist, um eine unzumutbare Beeinträchtigung ihrer Interessen oder der ihrer Mitbewohner:innen bzw. des Einrichtungsbetriebes abzuwenden.⁶⁸ Dies wäre zu bejahen, wenn z.B. ein Besucher wiederholt trotz Abmahnung das Zusammenleben auf dem Wohnbereich durch lautes Geschrei, Beschimpfungen, Beleidigungen und Bedrohungen der Bewohner:innen oder Mitarbeiter:innen stört⁶⁹ oder eine Besucherin die Gesundheit eines Bewohners gefährdet, indem sie ihm seine Medikamente wegnimmt oder die Ernährung über die Sonde unterbricht.⁷⁰

Der Schutzbereich des Art. 13 GG umfasst auch Gemeinschaftsräume, wenn diese auch Wohnzwecken der Bewohner:innen dienen, wie z.B. das gemeinsame Ess- und Wohnzimmer oder die Wohngruppenküche. Nutzungseinschränkungen sind nur zulässig, wenn sie in einer Hausordnung geregelt sind, die Bestandteil des Wohn- und Betreuungsvertrags geworden ist. Die Hausordnung unterliegt der Mitbestimmung der Bewohner:innen. Die Regeln müssen verhältnismäßig sein: Die bestimmungsgemäße Nutzung der Gemeinschaftsräume durch die einzelnen Bewohner:innen darf nur in dem Maße eingeschränkt werden, wie dies zum Schutz

⁶² OVG Berlin-Brandenburg v. 16. 10.2009 – 6 N 25/08 = NZM 2010, 675.

⁶³ LG Münster Beschluss v. 12.12.2013 – 5 T 610/13 = BeckRS 2014, 17172

⁶⁴ Höfling 2004, S. 54.

⁶⁵ BGH, Urteil v. 10. 8. 2005 – 1 StR 140/05 = NSTz 2005, 700 (Krankenhauszimmer); Jarass in Jarass/Pieroth, Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland Kommentar 17. Aufl. 2022, Art.13 Rn. 4

⁶⁶ Ibid., ebenso Höfling 2004, S. 50.

⁶⁷ Höfling 2004, S. 42.

⁶⁸ BVerfG v. 25.1.2023 – 2 BvR 2255/22 Rn. 25; LG Münster, Beschluss v. 12.12.2013, 5 T 610/13 = BeckRS 2014, 17172; OLG Düsseldorf v. 28. 2. 1991 5 U 279/90 = FamRZ 1991, 1181.

⁶⁹ LG Münster Beschluss v. 12.12.2013 – 5 T 610/13 = BeckRS 2014, 17172.

⁷⁰ Höfling 2004, S. 53.

höherrangiger Interessen der Gemeinschaft und ggf. des Trägers erforderlich ist. So kann z.B. eine Besuchseinschränkung zur Nachtzeit nicht mit dem Schutz der Nachtruhe begründet werden, sondern wäre es ausreichend, die Bewohner:innen und ihre Besucher:innen zur Einhaltung von Zimmerlautstärke zu verpflichten.

Auch kirchliche Träger müssen den Besuch von Sexarbeiter*innen in ihren Einrichtungen dulden. Zwar schützt Art. 140 GG iVm Art. 137 Weimarer Reichsverfassung (WRV) das Selbstbestimmungsrecht der Religionsgemeinschaften und genießen kirchliche Träger gemäß Art. 4 Abs. 2 GG Religionsausübungsfreiheit, die sich auch auf ihre karitative Tätigkeit erstreckt.⁷¹ Sie können diese Rechte aber gemäß Art. 137 WRV nur „innerhalb der Schranken des für alle geltenden Gesetzes“ – d.h. unter Achtung der Grundrechte der Leistungsberechtigten – ausüben, zu deren Achtung und Förderung sie sich als Leistungserbringer ausdrücklich verpflichtet haben und hierfür auch staatlich vergütet werden.⁷²

5. Sexualbegleitung im Sperrgebiet?

Leben Menschen mit Behinderungen in einem Sperrbezirk, können sich Sexualbegleiter:innen und Sexarbeiter:innen aus ordnungsrechtlichen Gründen an einem Hausbesuch gehindert sehen. Sperrgebiete können von den Landesregierungen "zum Schutze der Jugend oder des öffentlichen Anstandes" eingerichtet werden,⁷³ um die Ausübung bestimmter oder aller Formen der Prostitution zu verbieten. Als Prostitution wird die wiederholte Vornahme sexueller Handlungen gegen Entgelt mit oder vor wechselnden Partner:innen definiert.⁷⁴ Viele Angebote der aktiven Sexualassistenz/Sexualbegleitung für Menschen mit Behinderungen sind demnach als Prostitution einzustufen. Sperrgebiete sind aber, wie auch das BVerfG betont, nur in dem Umfang gerechtfertigt, in dem tatsächlich Belästigungen von Anwohner:innen zu erwarten sind, z.B. unbeteiligte Passant:innen in der Nähe des Straßenstrichs von Freier:innen angesprochen werden könnten oder es durch das Anfahren und Abfahren von Freier:innen zu erhöhtem Verkehrsaufkommen kommt.⁷⁵ Das OVG Saarlouis⁷⁶ und der VGH Kassel⁷⁷ haben ein solches Risiko bei der Wohnungsprostitution verneint. Hausbesuche von Sexualbegleiter:innen und anderen Sexarbeiter:innen verlaufen noch unauffälliger als die Wohnungsprostitution, da sie nur in zeitlich großen Abständen stattfinden. Ihr Verbot käme für einige Menschen, die ihre sexuelle Autonomie nur mit Hilfe sexueller Dienstleistungen verwirklichen können, faktisch einem generellen Sexverbot gleich. Dies wäre ein sachlich nicht begründeter staatlicher Eingriff in das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen nach Art. 2 Abs. 1 GG.⁷⁸ Eine entsprechende rechtliche Klarstellung in den Sperrgebietsverordnungen wäre wünschenswert.

⁷¹ BVerfG, Beschluss v. 17. 10. 2007 – 2 BvR 1095/05

⁷² BVerfGE 32, 98 (106 f.); 69, 1 (33 f.)

⁷³ Art. 297 des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch

⁷⁴ MüKo/Renzikowski zu § 180a StGB Rn.22.

⁷⁵ BVerfG, Beschluss vom 28. 4. 2009 – 1 BvR 224/07 = NVwZ 2009, 905; BVerwG, Urteil vom 17.12.2014 – 6 C 28.13 BeckRS 2015, 50324

⁷⁶ OVG Saarlouis Urteil v. 30.06.2020 – 2 C 70/20;

⁷⁷ VGH Kassel Urteil v. 31.1.2013 – 8 A 1245/12, BeckRS 2013, 48070.

⁷⁸ eingehend *Valentiner* 2024.

6. Finanzierung der Sexualbegleitung

Im Jahr 2022 sprach das Sozialgericht Hannover einem behinderten Mann Sexualbegleitung als Leistung zur sozialen Teilhabe zu.⁷⁹ In der Begründung hieß es, § 76 Abs. 2 SGB IX sei ein offener Leistungskatalog. Bei der Sexualbegleitung handele es sich um Maßnahmen, die der Verbesserung seiner Lebensqualität dienten und elementare Grundbedürfnisse befriedigten. Die Entscheidung ist noch nicht rechtskräftig⁸⁰ und lässt einige Fragen offen. Zur Leistung verurteilt wurde ein Träger der gesetzlichen Unfallversicherung. Die Entscheidung hat aber auch hohe Relevanz für die Träger der Eingliederungshilfe, denn die Leistungen zur sozialen Teilhabe fallen überwiegend in deren Zuständigkeit. Voraussetzung für einen Anspruch auf Sexualbegleitung als Leistung zur sozialen Teilhabe ist, dass sie notwendig ist, um die persönliche Entwicklung der Person ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern, § 4 SGB IX.

Um die Notwendigkeit diskutieren zu können, soll zunächst grundlegend geklärt werden, ob es Aufgabe des Staates ist, Menschen Sex zu ermöglichen. Dies wird in der Literatur im Grundsatz bejaht, da das Grundrecht auf sexuelle Selbstbestimmung nicht nur eine Abwehr- und Schutzfunktion hat, sondern auch die Pflicht des Staates begründet, Menschen die Mindestvoraussetzungen zu sichern, die sie benötigen, um sich in irgendeiner Weise sexuell betätigen zu können.⁸¹ Um Menschen mit Behinderungen diese Mindestvoraussetzungen zu sichern, müssen der Staat und seine Sozialleistungsträger die strukturellen und einstellungsbedingten Barrieren abbauen, die die einzelnen in ihren Möglichkeiten der sozialen und sexuellen Interaktion beschränken, und zugleich behinderte Menschen individuell so unterstützen, dass sie von den sich dann eröffnenden Teilhabemöglichkeiten möglichst selbstbestimmt Gebrauch machen können.⁸² Hierzu dienen die Leistungen zur sozialen Teilhabe. Dem Staat kann dabei allerdings nicht das allgemeine Risiko auferlegt werden, dass sich Menschen ihre Wünsche in Bezug auf eine erfüllte Sexualität oder Partner:innenschaft bzw. andere Formen der sozialen Gemeinschaft nicht erfüllen können, weil ihnen das passende Gegenüber dazu fehlt. Zudem hat sich der Staat jeglicher Normierung des Geschlechtlichen und Sexuellen zu enthalten.⁸³ Die Einzelnen können daher keine bestimmte Form der Sexualität beanspruchen, sondern nur, dass ihnen ein Mindestmaß an sexueller Betätigung ermöglicht wird.⁸⁴ Auf Leistungen zur sozialen Teilhabe in Form von Sexualbegleitung angewiesen sind diejenigen Menschen, die dieses Mindestmaß behinderungsbedingt nicht entwickeln können. Das sind in erster Linie (a) Menschen, die aufgrund einer fortgeschrittenen Muskelschwäche, Spastik, Lähmung oder vergleichbaren Beeinträchtigungen nicht in der Lage sind, alleine oder mit ihren Partner*innen sexuell zu agieren, (b) Menschen, denen ihre Umwelt nur auf diesem Wege vermitteln kann, wie sie sich und andere stimulieren können, ohne sich oder die andere Person dabei zu verletzen sowie (c) Menschen, die durch psychosoziale Blockaden z.B. in Folge von Missbrauch

⁷⁹ SG Hannover v. 11.7.2022 – S 58 U 134/18.

⁸⁰ LSG Niedersachsen (L 3 U 114/22).

⁸¹ *Zinsmeister* 2017, S. 71 (87); *Bittner*, Anmerkung zu LSG Bayern, Urteil v. 6.2.2020 NZS 2020, 317, Fuchs/Ritz/Rosenow/Rosenow zu § 113 SGB IX Rn. 54; Knickrehm/Rademacker/*Nebe* Sozialgesetzbuch XIV 1. Auf. 2022 § 66 Rn. 18.

⁸² *Vernaldi*, Der behinderte Mensch und seine Besonderheiten -Sexualbegleitung und ihre Besonderheiten, in Walter (Hrsg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen, 2004, 49 (56)

⁸³ Eingehend *Zinsmeister*, Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen? In Lembke (Hrsg.): Regulierung des Intimen 2017, 71.

⁸⁴ *Ibid.*

(noch) daran gehindert sind, sich auf Solosexualität einzulassen oder auf ein Gegenüber, das sexuelle Wünsche und Erwartungen an sie heranträgt. Wünsche dieser Personengruppen nach Sexualbegleitung sind demnach als notwendiger Eingliederungshilfebedarf anzuerkennen.⁸⁵

7. Fazit

Menschen, die als geistig behindert gelten, werden in Deutschland bisher durch eine Vielzahl von einstellungs- und umweltbedingten Barrieren daran gehindert, von ihren sexuellen und reproduktiven Rechten Gebrauch zu machen. Studien belegen massive Menschenrechtsverletzungen durch das Hilfesystem. Im Beitrag wurde aufgezeigt, dass rechtliche Betreuer:innen, Mitarbeitende sozialer Einrichtungen und Dienste und Ärzt:innen die Rechte von Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten oft wohlmeinend, aber rechtswidrig verletzen. Deutschland steht international in der Kritik, Zwangssterilisationen, -abbrüche und -verhütungen bei behinderten Frauen und Mädchen zu ermöglichen oder tatenlos zu dulden. Oft sind es nicht nur einzelne Personen, sondern die strukturellen Rahmenbedingungen, die Menschen mit Behinderungen daran hindern, ihr Sexual- und Familienleben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten. So ist das Wohnen in Gemeinschaften, die man sich nicht selbst ausgesucht hat, immer mit Einbußen der Privatheit, Selbstbestimmung und Sicherheit verbunden. Umso bedeutsamer ist das in Art. 19 UN-BRK verankerte Recht behinderter Menschen, sich „ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben“ und die Zusicherung der Vertragsstaaten, dass sie „nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben.“

Insgesamt gilt es anzuerkennen, dass kein Mensch von vornherein oder stets autonom ist, sondern alle Menschen Informationen und Unterstützung brauchen, um ihre Fähigkeit zur Selbstbestimmung entwickeln und autonom handeln zu können. Um sexual selbstbestimmt agieren zu können, brauchen alle Menschen Räume, in denen sie ihre sexuellen Bedürfnisse entdecken und lernen können, diese in einer für sie selbst und für andere angemessenen Weise auszuüben. Menschen mit Behinderungen dürfen diese Erfahrungsräume nicht länger vorenthalten werden. Als gleichberechtigte Bürger:innen haben sie wie jeder Mensch das Recht, ihr (Sexual-)Leben nach eigenen Vorstellungen zu gestalten um aus guten und schlechten Erfahrungen zu lernen.

Literatur

- Beetz, Claudia*: Stichwort Geschäftsfähigkeit in: Deinert, Horst/ Felix Welti/ Steffen Luik/ Judith Brockmann, Kommentar Behindertenrecht, 3. Auflage, Baden-Baden: Nomos 2022.
- Bittner, Claudia*: Keine erotische Ganzkörpermassage zu Lasten der Sozialhilfe, Anmerkung zu LSG Bayern, Urteil v. 6.2.2020 in NZS 2020, 317.
- Brosey, Dagmar (Hrsg.)*: Unterstützte Entscheidungsfindung in der Betreuungspraxis, Köln: Reguvis 2023.
- Brosey, Dagmar/ Wolfgang Lesting/ Annette Loer/ Rolf, Marschner*: Betreuungsrecht kompakt. Systematische Darstellung des gesamten Betreuungsrechts, 9. Auflage, München: C.H. Beck 2022.
- Bundesärztekammer*: Stellungnahme der Bundesärztekammer „Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit Varianten/Störungen der Geschlechtsentwicklung (Disorders of Sex Development, DSD), in: Dtsch Ärztebl 2015, S. 1-12.

⁸⁵ zum Umfang: Ibid.

- Bundesärztekammer*: Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit bei erwachsenen Patienten, in: Dtsch Ärztebl 2019; 116 (22): A-1133 / B-933 / C-921.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg)*: Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen: Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn, 2021. Online unter www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Publikationen/a125-21-teilhabebericht.pdf (Zugriff 13.04.2024).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*: Verhütungsverhalten Erwachsener in Deutschland, 2018. Online unter <https://shop.bzga.de/pdf/13317300.pdf> (Zugriff 13.04.2024).
- Engelfried, Ulrich*: Der neue § 1834 BGB – „Umgang“ und „Herausgabe“ von Betroffenen, in: BtPrax 2022, 77-80.
- Fuchs, Harry/Hans-Günther Ritz/Roland Rosenow*: SGB IX-Kommentar zum Recht behinderter Menschen, 7.Aufl. München: Vahlen 2021.
- Göthling, Stefan*: Niemand ist perfekt. Die Aufgaben und Ziele des Vereins „Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland“, in: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 01/2010, 24–26.
- Habermann-Horstmeier, Lotte*: Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht ihrer Betreuungskräfte, Villingen 2020, Online unter: <https://www.viph-public-health.de/viph-publikationen/viph-publikationen-downloads/> (Zugriff 14.07.2024).
- Höfling, Wolfram*: Hausrecht in Heimen. Zur Regulierung der Außenkontakte von Heimbewohnerinnen und -bewohnern, Rechtslage und rechtspolitische Reformbedarfe 2004. Online unter <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/gutachten-hausrecht-in-heimen-79376> (Zugriff 13.04.2024).
- Hoffmann, Cynthia*: Möglichkeiten der Ausübung von Sexualität bei Menschen mit einer geistigen Behinderung in gemeinschaftlichen Wohnformen, 2019. Online unter: https://www.pro-familia.de/fileadmin/landesverband/lv_sachsen/Melisse/Masterarbeit_-_Cynthia_Hoffmann.pdf (Zugriff: 19.04.2024).
- Holzleithner, Elisabeth*: Sexuelle Selbstbestimmung als Individualrecht und als Rechtsgut. Überlegungen zu Regulierungen des Intimen als Einschränkung sexueller Autonomie, in: Lembke, Ulrike (Hrsg.): Regulierungen des Intimen. Sexualität und Recht im modernen Staat, Wiesbaden: Springer 2017, S. 31 – 50.
- Jenessen, Sven/ Ortland, Barbara/ Römisch, Kathrin*: ReWiKS-Grundlagen: Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen, BZgA (Hrsg.) Köln 2020. Online unter: <https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/erweiterung-der-sexuellen-selbstbestimmung-von-menschen-mit-behinderungen/> (Zugriff 14.04.2024).
- Jurgeleit, Andreas* (Hrsg.): Handkommentar Betreuungsrecht, 5. Auflage, Baden-Baden 2023
- Jürgens, Andreas/ Dagmar Brosey/Annette Loer/Rolf Marschner/Jutta Kretz/Sascha Luther/Christian Trautmann*: Betreuungsrecht Kommentar, 7. Auflage, Bearbeiterin Annette Loer zu § 1862 BGB, München: C.H. Beck 2023.
- Knickrehm, Sabine/Rademacker, Olaf* (Hrsg.): Sozialgesetzbuch XIV, Soziale Entschädigung, 2. Aufl. 2024, Baden-Baden: Nomos: 2024.
- Krüger, Tim/ Carina Bössing/ Steffi Büttner/ Ingy El Ismy/ Christina Findeisen/ Aleksandra Jakut/ Sven Jenessen/ Yannick Nannen/ Andreas Nitsche/ Alina Ott/ Katarina Prchal/ Lena Ursprung*: Projekt »ReWiKS« – Erkenntnisse zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in Wohneinrichtungen, BZgA Forum 2/2023, S. 18-27.

- Lembke, Ulrike*: Sexualität in der Öffentlichkeit: Zwischen Konfrontationsschutz und Teilhabe am öffentlichen Raum, in: Lembke, Ulrike (Hrsg.): Regulierungen des Intimen. Sexualität und Recht im modernen Staat, Wiesbaden: Springer 2017, S.271-292.
- Maier-Michalitsch, Nicola/Gerhard Grunick* (Hrsg.): *Leben pur – Liebe, Nähe, Sexualität bei Menschen mit schweren und mehrfachen Behinderungen*, Düsseldorf: Verlag Selbstbestimmtes Leben 2011.
- Mayrhofer, Hemma/ Anna Schachner/Sabine Mandl/Yvonne Seidler*: Erfahrungen und Prävention von Gewalt an Menschen mit Behinderung. BMASGK (Hrsg.) Wien 2019. Online unter https://www.uibk.ac.at/irks/publikationen/2020/pdf/mayrhofer_et_al_2019_gewalt_an_menschen_mit_behinderungen_endbericht.pdf (Zugriff 12.04.2024).
- Münchener Kommentar (MüKo) zum BGB, Band 10: Familienrecht II, 9. Auflage*, München: C.H.Beck 2024.
- Münchener Kommentar (MüKo) zum StGB, Band 3, 4. Auflage*, München: C.H.Beck 2021.
- Ortland, Barbara*: Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. Stuttgart: Kohlhammer 2016.
- Ortland, Barbara*: Behinderung und Sexualität. 2. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer 2020.
- Römisch, Kathrin*: Entwicklung weiblicher Lebensentwürfe unter Bedingungen geistiger Behinderung, Bad Heilbrunn: Klinkhardt 2011.
- Sappok, Tanja/ Sabine Zepperitz*: Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe 2019.
- Schneider, Angie*: Bestimmungsbefugnisse des Betreuers im Lichte der Reform des Betreuungsrechts (insbesondere Aufenthalts- und Umgangbestimmung), in: FamRZ 2022, 1-6.
- Schröttle, Monika/ Claudia Hornberg/ Sandra Glammeier /Brigitte Sellach/ Barbara Kavemann/ Henry Puhe/ Julia Zinsmeister*: Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung, Endbericht für das BMFSFJ. Berlin 2012/2013.
- Schröttle, Monika/ Claudia Hornberg*: Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen: Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht. BMFSFJ (Hrsg.) Berlin 2014. Online unter <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93972/9408bbd715ff80a08af55adf886aac16/gewalterfahrungen-von-in-einrichtungen-lebenden-frauen-mit-behinderungen-data.pdf> (Zugriff 12.04.2024)
- Schröttle, Monika/Maria Arnis/Clemens Kraetsch/ Tanah Homann, Tamara Herl, Tim La Guardia, Claudia Weis, Clara Lehmann* : Gewalt und Gewaltschutz in Einrichtungen der Behindertenhilfe – Langfassung, BMAS Forschungsbericht Nr. 638, Berlin. Online unter <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb638-gewalt-und-gewaltschutz-in-einrichtungen-der-behindertenhilfe.html> (Zugriff 15.07.2024).
- Trescher, Hendrik*: Behinderung als Praxis, Bielefeld: transcript 2017.
- UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte*: General comment No. 22 on the Right to sexual and reproductive health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) E/C.12/GC/22, 2016. Online unter <https://digital-library.un.org/record/832961> (Zugriff 11.04.2024).
- UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*: Concluding observations on the initial report of Germany CRPD/C/DEU/CO/1 13 May 2015. Online unter <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g15/096/31/pdf> (Zugriff 20.05.2024).

- UN-Fachausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*: Concluding observations on the combined second and third periodic reports of Germany CRPD/C/DEU/CO/2-3 3 Oct 2023. <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g23/190/54/pdf/g2319054.pdf> (Zugriff 20.05.2024)
- Valentiner, Dana-Sophia*: Das Grundrecht auf sexuelle Selbstbestimmung: zugleich eine gewährleistungsdogmatische Rekonstruktion des Rechts auf die freie Entfaltung der Persönlichkeit, Baden-Baden: Nomos 2021.
- Valentiner, Dana-Sophia*: Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. In: Kuhn, Karolin/ Joachim Renzikowski/Barbara Schellhammer (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen? Herausforderungen zwischen Ermöglichung und Schutz. Baden-Baden: Nomos 2024.
- Walter, Joachim*: Zur Einführung: Was ist Sexualassistenz? In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz, 2. Auflage, Heidelberg: Winter 2004.
- Wapler, Friederike*: Reproduktive Autonomie: rechtliche und rechtsethische Überlegungen, in: Baer, Susanne/ Ute Sacksofsky (Hrsg.): Autonomie im Recht – geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden: Nomos 2018, S. 185-214.
- Zinsmeister, Julia*: Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In: Clausen, Jens/ Frank Herrath (Hrsg.): Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung, Stuttgart: Kohlhammer 2013, S. 47-71.
- Zinsmeister, Julia*: Hat der Staat den Bürger*innen Sexualität zu ermöglichen? In: Lembke, Ulrike (Hrsg.): Regulierungen des Intimen. Sexualität und Recht im modernen Staat, Wiesbaden: Springer 2017, S. 71-90.
- Zinsmeister, Julia*: Betreutes Wohnen / Besondere Wohnformen, in: Deinert, Olaf/ Felix Welti/ Steffen Luik/ Judith Brockmann (Hrsg.): Behindertenrecht. Stichwortkommentar, 3. Auflage, Baden-Baden: Nomos 2022, S. 359 – 373.
- Zinsmeister, Julia*: Reproduktive Gerechtigkeit im Kontext von Geschlecht und Behinderung, in: Kritische Justiz (KJ) (56) 2023, S. 56-68.
- Zinsmeister, Julia*: Die Ermöglichung der sexuellen und reproduktiven Selbstbestimmung behinderter Menschen im Rahmen der rechtlichen Betreuung, Eingliederungshilfe und Pflege, in: Kuhn, Karolin/ Joachim Renzikowski/Barbara Schellhammer (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen? Herausforderungen zwischen Ermöglichung und Schutz. Baden-Baden: Nomos 2024.

Sexuelle Selbstbestimmung enthindern – Erkenntnisse des Projekts ReWiKs

Sven Jennessen

Zitierweise:

Jennessen, J. (2024): Sexuelle Selbstbestimmung enthindern – Erkenntnisse des Projekts ReWiKs. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGb am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGb Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGb, S.58-67.

Einführung

Leben Menschen mit Behinderungen in besonderen Wohnformen der Eingliederungshilfe (EGH), so sind ihre Lebensbedingungen durch strukturelle Gegebenheiten sowie personelle und zeitliche Kontingenzierung beeinflusst und eine selbstbestimmte Lebensführung in den unterschiedlichen, individuell bedeutsamen Bereichen dadurch teilweise erheblich erschwert (vgl. z.B. Sierck 2020). Teilhabechancen von Menschen mit Behinderungen sind vielfach durch Abhängigkeiten von Assistenzpersonen und institutionelle Logiken geprägt, die von ableistischen gesellschaftlichen Narrativen und Haltungen zum Phänomen Behinderung gerahmt werden. Diese wiederum verstärken und legitimieren exkludierende Praktiken.

Vor diesem Hintergrund eröffnen sich in Bezug auf das höchst persönliche und intime Thema Sexualität vielfältige Herausforderungen für die Selbstbestimmung. Sexuelle Selbstbestimmung wird verstanden als Recht auf Sexualität und darauf, Sexualität zu leben und selbst zu bestimmen, wie diese gelebt wird (Jennessen et al. 2020, 22). So garantiert das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung „jedem Menschen die Möglichkeit, sein Leben frei von Zwang nach eigenem Willen und Vorstellungen zu gestalten und zwar ungeachtet dessen, ob der einzelne von der ihm zustehenden Freiheit Gebrauch machen will oder kann. Dieser Möglichkeit werden nur durch die Rechte Dritter normative Grenzen gesetzt“ (Zinsmeister 2013, 47). „Menschen mit Behinderungen haben demnach, wie alle anderen Menschen auch, das Recht, eine Partnerschaft einzugehen, eine Ehe zu schließen, eine Familie zu gründen und die Anzahl ihrer Kinder zu bestimmen. Sie haben das Recht, über Fortpflanzung und Familienplanung aufgeklärt zu werden und ihre Fruchtbarkeit zu behalten“ (Jennessen et al. 2020, 23).

Die oben bereits angedeuteten strukturellen Herausforderungen in Institutionen, aber auch gesellschaftliche Diskurse, Zuschreibungen und Tabuisierungen um den Themenkomplex Sexualität und Behinderung können auf die Realisierung sexueller Selbstbestimmung von Menschen mit Assistenzbedarf einwirken und sexuelle Gesundheit erschweren (Ortland & Jennessen 2019). Die Erweiterung sexueller Selbstbestimmung ist somit auch aus gesundheitsspezifischer Perspektive ein relevantes Thema in Einrichtungen der EGH und steht in einer direkten Verbindungslinie zu Gewaltschutz und sexueller Bildung. Die im deutschsprachigen Raum bislang äußerst dünne Studienlage zu diesem Thema (vgl. z.B. Ortland 2016) zeigt, dass in diesem dynamischen Begegnungsfeld aus Wünschen und Bedarfen, Abhängigkeiten, strukturellen und individuellen Einflussfaktoren, Biografien, Haltungen und gelebten Praktiken in der EGH ein umfassender Weiterentwicklungs- und Qualifizierungsbedarf auf der Ebene von Assistenzpersonen und Klient:innen sowie lernenden Institutionen besteht.

Vor diesem Hintergrund wurde von der Katholischen Hochschule NRW (katho NRW), der Evangelischen Hochschule Rheinland-Westfalen-Lippe und der Universität Koblenz-Landau im Jahr 2014 das durch die BZgA geförderte Projekt „ReWiKs“ (Reflexion, Wissen, Können) begonnen. Ziele des Projekts waren die Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit

Beeinträchtigungen in Wohneinrichtungen durch die Qualifizierung von Mitarbeiter:innen und Bewohner:innen und die Weiterentwicklung von besonderen Wohnformen der EGH zu sexualfreundlichen Lebenswelten. In einer zweiten Förderphase von 2019 bis 2024 wurde das Projekt unter der Leitung der Humboldt-Universität zu Berlin in Kooperation mit der katho NRW weitergeführt und wurden die Projektaktivitäten ausgeweitet und evaluiert.

Thematische Grundannahmen

Um die Lebenslagen von Menschen mit Behinderung in besonderen Wohnformen in ihrer Bedeutung für Fragen sexueller Selbstbestimmung nachvollziehen zu können, sollen einige Fakten dargestellt werden, die von unmittelbarer Relevanz für diese Thematik sind. So verfügen laut Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen (infas 2022) 15% der Bewohner:innen nicht über ein eigenes Badezimmer, nur 67% der Befragten mit eigenem Bad können dieses auch abschließen. Immer noch 12% der Menschen, die in gemeinschaftlichen Wohnformen leben, müssen sich dauerhaft ein Doppelzimmer teilen. Zurecht werden diese Wohnformen auch als „unfreiwillig hergestellte Gemeinschaften“ bezeichnet, da in diesen die Wunsch- und Wahlmöglichkeiten in Bezug auf relevante Felder des alltäglichen Lebens eingeschränkt sind (Schrooten & Tiesmeyer 2022, 123). Vor dem Hintergrund dieser spezifischen Rahmenbedingungen, die durch die einleitend bereits skizzierten Strukturen insgesamt wenig Spielräume für individuelle Lebensvollzüge ermöglichen, wurden in den vergangenen Jahren Konzeptansätze und Ideen zur Schaffung sexualfreundlicher Bedingungen in Wohneinrichtungen der EGH formuliert (z.B. Walter 2005; Fegert et al. 2006; Clausen & Herrath 2013). Dass trotz erreichter Fortschritte die konsequente Realisierung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen immer noch aussteht (Specht 2021), ist multifaktoriell bedingt. Neben Unsicherheiten und unzureichenden sexualpädagogischen Kompetenzen der dort tätigen Fachkräfte, den strukturellen Gegebenheiten und der nur marginalen Verankerung des Themas in Leitbildern und Konzepten sowie Prozessen der Organisationsentwicklung (OE) spielt auch die doppelte Tabuisierung von Sexualität und Behinderung in diesem Zusammenhang eine bedeutsame Rolle.

All dies prägt die sexualbiographischen Erfahrungen von Menschen mit Behinderung, von denen die nachfolgende Auswahl einige zentrale Einflussfaktoren beinhaltet:

- *Viel Fremdbestimmung – wenig (sexuelle) Selbstbestimmung:* Die oben skizzierten Bedingungen in institutionellen Wohnformen treffen häufig auf frühe individuelle Erfahrungen von Fremdbestimmung, Bevormundung und mangelndem Zutrauen in eine selbstbestimmte Lebensführung. Bei Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen kann das Körpererleben zudem durch die lebenslang erlittene Enteignung des eigenen Körpers beeinflusst sein, wodurch der Umgang mit Scham-, Intim- und Caregrenzen tangiert ist.
- *Stark heteronormativ geprägte Lebenswelten:* Menschen mit Behinderungen erleben in den Handlungsfeldern der EGH selten queere Zugangsweisen zu sexuellen Themen. Verschiedene internationale Studien zeigen, dass es Menschen mit Lernschwierigkeiten schwerfällt, sich gegenüber der eigenen Familie, den Freund:innen oder dem Betreuungspersonal zu outen. Oft verheimlichen queere Menschen mit Lernschwierigkeiten ihre Wünsche („Secret Loves, Hidden Lives“, Abbott & Howarth 2005). Insgesamt lässt sich ein großer Bedarf feststellen, Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen, aber auch die vielfältigen queeren Communities für die individuellen Lebenslagen *queerer Menschen mit Behinderungen* und gegenseitige Ausgrenzungsmechanis-

men bzw. gegenseitige Missachtung zu sensibilisieren (vgl. El Ismy, Jennessen & Prchal 2022).

- *Seltenere langjährige Partnerschaftserfahrung, seltenere Elternerfahrungen*: Die Barrieren im Hinblick auf eine selbstbestimmte Sexualität haben seltenere Erfahrungen langjähriger Partnerschaften zur Folge, wodurch ein für viele Menschen bedeutsamer Lebensbereich verwehrt bleibt. Noch schwieriger gestaltet sich die Realisierung von Kinderwünschen bei Menschen mit Lernbeeinträchtigungen – trotz der rechtlichen Verankerung des Rechts auf begleitete Elternschaft (vgl. z.B. Rohmann 2021).
- *Eingeschränkte Möglichkeiten der Kontaktaufnahme (real & digital)*: Ein Grund für die reduzierten Partnerschaftserfahrungen liegt in den eingeschränkten Möglichkeiten von Menschen, die in Einrichtungen der EGH leben und/oder arbeiten, potentielle Sexual- oder Liebespartner:innen kennenzulernen. Nicht selten ist der Radius der Freizeitaktivitäten deutlich eingeschränkt, auf andere Menschen mit Behinderung aus dem direkten sozialen Umfeld reduziert und durch exklusive Sozialräume beschränkt. Die zusätzlich erschwerten digitalen Teilhabemöglichkeiten (Krüger & Prchal 2022) eröffnen zudem kaum Optionen, über Social Media und entsprechende Suchportale in Kontakt mit anderen Menschen zu treten.
- *Häufigere Erfahrungen sexueller Gewalt*: Von sexueller Gewalt sind Menschen mit Behinderung grundsätzlich stärker betroffen als Menschen ohne Behinderung. Besonders gefährdet, Opfer sexueller Gewalt zu werden, sind Frauen (Schrötte & Hornberg 2014) sowie Menschen, die in Institutionen der EGH leben (Tschan 2012).
- *Ggfs. zusätzliche körperliche Herausforderungen*: Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen stehen je nach Ausprägung ihrer individuellen körperlichen Situation vor der Herausforderung, spezifische Hilfsmittel oder unterstützende Assistenz zur Realisierung ihrer Sexualität arrangieren und organisieren zu müssen. Diese kann neben der finanziellen Belastung auch an normativen Vorstellungen der Fachkräfte scheitern, wenn diese sich für diese Aufgaben nicht zuständig fühlen und die Institution die damit einhergehenden Aktivitäten nicht als Teil ihres fachlichen Auftrags und der Teilhabepanung begreift.
- *Sprachlosigkeit – geringe Erfahrung sexueller Bildung*: Menschen mit Behinderung erfahren in ihrem Leben häufig weniger Angebote sexueller Bildung als andere Menschen (vgl. z.B. Ortland 2020). Die Folgen für die sexuelle Selbstbestimmung sind gravierend: Neben der häufig nur geringen Kenntnis sexueller Rechte können reduzierte oder fehlende Sprach- und Sprechkompetenzen zu einer großen Sprachlosigkeit in Bezug auf sexuelle Themen führen. Dies wiederum erhöht nicht nur die Vulnerabilität für sexuelle Gewalt, sondern erschwert auch die Auseinandersetzung mit und die Kommunikation von individuellen Vorlieben, sexuellen Präferenzen und Wünschen.

Bei der Skizzierung dieser erschwerenden Faktoren im Kontext sexueller Selbstbestimmung gilt es zu beachten, dass diese mit Rechten auf und Wünschen nach sexueller Selbstbestimmung kollidieren können bzw. zu diesen in einem Spannungsverhältnis stehen, das individuell massive Auswirkungen auf die Lebensqualität des einzelnen Menschen haben kann.

Das Forschungsprojekt ReWiKs

Wie einleitend erwähnt, startete im Jahr 2014 das durch die BZgA geförderte Projekt ReWiKs. Ziele des Projekts sind die Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen in Wohneinrichtungen durch die Qualifizierung von Mitarbeiter:innen und

Bewohner:innen und die Weiterentwicklung von besonderen Wohnformen der EGH zu sexualfreundlichen Einrichtungen. „Der Idealzustand einer ‚sexualfreundlichen Institution‘ ist erreicht, wenn für alle Bewohner:innen Möglichkeiten bestehen, unter den gegebenen strukturellen Bedingungen des institutionalisierten Lebens sexuelle Selbstbestimmung zu realisieren. Sexualfreundlichkeit impliziert somit sowohl das Infragestellen und Weiterentwickeln eben dieser Institutionen wie auch Gefahrenprävention, da alle Akteur:innen Sprache, Wissen und Kompetenz haben, um sexualisierte Gewalt zu identifizieren und zu kommunizieren“ (Krüger et al. 2022, 60).

Nachfolgend werden die wesentlichen Erkenntnisse aus den Modulen der zweiten Förderphase des Projektes ReWiKs vorgestellt, die durch drei zentrale Ziele strukturiert war:

1. *Selbstbestimmte Kommunikation über sexuelle Themen ermöglichen!* Sogenannte Freiraum-Gruppen, die in Kooperation mit Zentren für selbstbestimmtes Leben und anderen Selbstvertretungsorganisationen umgesetzt wurden, ermöglichten Menschen mit Lernschwierigkeiten Auseinandersetzung und Austausch zu Themen im Kontext von Liebe, Sexualität und Partnerschaft („Freiraum: Sexualität und ICH“).
2. *Fachkräfte qualifizieren und Einrichtungen weiterentwickeln!* Durch Fortbildungen für Fachkräfte aus EGH und Beratungsstellen wurden Multiplikator:innen (sog. ReWiKs-Lots:innen) für das Thema sexuelle Selbstbestimmung qualifiziert. Teil der Weiterbildung war der Erwerb von Kompetenzen aus dem Bereich der Organisationsentwicklung, um das Thema nachhaltig in den Strukturen und Kulturen der Institutionen verankern zu können.
3. *Das ReWiKs-Medienpaket bekannt und zugänglich machen!* Das „ReWiKs-Medienpaket“ ist eine aus 37 Einzelpublikationen bestehende themenspezifische Materialsammlung in Alltagssprache und Leichter Sprache, die zusammen mit Akteur:innen der EGH entwickelt und erprobt wurde (BZgA 2020).

Die drei Projektbereiche wurden formativ mit unterschiedlichen methodischen Zugängen (quantitativ und/oder qualitativ) evaluiert. Zentrale Erkenntnisse zu den Projektbereichen 1 und 2 werden nachfolgend vorgestellt.

Erkenntnisse aus dem Freiraum: Sexualität +ICH

Der „Freiraum: Sexualität+ICH“ (Kurzform: Freiraum-Gruppe) bietet Menschen mit Lernschwierigkeiten die Möglichkeit, sich außerhalb eines Settings der EGH zu begegnen und über sexuelle Themen zu sprechen. Begleitet werden die Freiraum-Gruppen von sogenannten Freiraum-Begleiter:innen, die an unterschiedliche Selbstvertretungsorganisationen angebunden sind und in den Gruppen als Peers agieren. Die Freiraum-Gruppen fanden seit 2021 in unterschiedlichen Regionen im vierwöchigen Rhythmus statt. Die Evaluation erfolgte fortlaufend auf der Grundlage eines teil-partizipativ orientierten Forschungsdesigns und hatte zum Ziel, die Auswirkungen auf die sexuelle Selbstbestimmung der Teilnehmenden zu erfassen.

Erzähl- und Resonanzraum

Menschen mit Lernschwierigkeiten erleben häufig, dass ihre Erzählungen ungehört bleiben bzw. das Interesse an ihren Gedanken und Wahrnehmungen ausbleibt (Zahnd et al. 2021). Die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Freiraum-Gruppen als Erzählraum wahrgenommen werden, in dem die Teilnehmenden Resonanz (Rosa 2016) auf ihre biografischen bzw. lebensgeschichtlichen Erzählungen erfahren. In diesem Erzähl- und Resonanzraum zeigen sich die Teilnehmenden mit ihren persönlichen Eigenschaften und nehmen sich mit ihren Bedürfnissen gegenseitig an.

So berichten Teilnehmende der Freiraum-Gruppen, sich von ihrem Umfeld nicht verstanden zu fühlen, was in der Folge zu Rückzug und Resignation führen kann:

„In der Wohngruppe erzähle ich nichts über meine Sexualität, die verstehen das nicht und erzählen komische Sachen über mich“ (210421_O-Ton TN, FTB_F).

Da die Konstruktion der individuellen sexuellen Identität in Auseinandersetzung mit anderen stattfindet (Azzopardi-Lane & Callus 2014), bieten die Freiraum-Gruppen als Erzähl- und Resonanzraum die Möglichkeit, persönliche Erfahrungen und Perspektiven wie auch Wissen zu den Themen Sexualität und Selbstbestimmung mit Peers zu teilen (Bössing et al. 2022).

Peer-Ansätze

Ein wesentliches Gestaltungsmerkmal der Gruppen ist der Ansatz des Peer Counseling, der durch die Freiraum-Begleiterinnen realisiert wird. Aufgrund ihrer Behinderungserfahrungen können sie Lebenssituationen und Erfahrungen der Teilnehmenden nachvollziehen und dafür sorgen, dass die Perspektiven und Erfahrungen der Teilnehmenden konsequent im Fokus der Gruppen stehen. So beschreibt ein Teilnehmer die positive Erfahrung, mit den eigenen Problemen nicht alleine zu sein:

„Mir gefällt an der Freiraum-Gruppe am meisten, dass ich nicht der Einzige bin, der so Probleme hat und ich offen drüber reden kann. Das mag ich am liebsten“ (211202_Interview_TN1, Pos. 388).

Die Freiraum-Begleiterinnen vermittelten den Teilnehmenden Einblicke in ihre eigenen Lebenswelten außerhalb von Wohnorten der EGH, was seitens der Teilnehmenden dazu führte, die in ihren Einrichtungen vorherrschenden (Macht-)Strukturen kritisch zu hinterfragen. Es bot sich ein „Lernraum“, in dem die Teilnehmenden als Edukator:innen füreinander fungieren (James et al. 2022) und diese verstärkt eigeninitiativ agierten, sich gegenseitig Ratschläge gaben, sich untereinander unterstützten und emotionalen Beistand boten. Somit erhielten die Teilnehmenden Peer Support (Burke et al. 2019), der gerade für Themen im Kontext sexueller Selbstbestimmung von Bedeutung ist.

Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung

In den Gruppen entstand ein geschützter Begegnungs- und Austauschraum, der das Teilen von Erfahrungen, Herausforderungen und Perspektiven auf Sexualität und Selbstbestimmung der Teilnehmenden zuließ. Dies ermöglichte einen wertschätzenden und offenen Austausch zu sexuellen Themen (z.B. Liebe, Partnerschaft und Queerness). Die Teilnehmenden erleben einen Raum ohne einstellungsbedingte Barrieren, wenn es um die Realisierung ihres Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung geht. Ihre Sexualität wird anerkannt und sie werden als “sexual beings” wahrgenommen (Azzopardi-Lane & Callus 2014).

Limitationen

Die Initiierung und Durchführung einer Freiraum-Gruppe war mit zahlreichen Hürden verbunden. Es gelang nicht – wie konzeptionell vorgesehen – die Teilnehmenden direkt über die Selbstvertretungsgremien anzusprechen. Insbesondere während der Corona-Pandemie gestaltete sich der Zugang zu den Einrichtungen der EGH schwierig (Jennessen et al. 2021). Die über die Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden verteilten Informationen zum Angebot der Freiraum-Gruppen wurden in der Regel an Personen weitergegeben, die sich bereits in verschiedenen Selbstvertretungsgremien engagierten. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, bedarf es einer Stärkung der Selbstvertretungen in der EGH, die Informationen weitergeben und ihre Peers für die Teilnahme an solchen Angeboten ermutigen können.

Die Freiraum-Begleitungen gestalten ihren Alltag selbstbestimmt und sind nicht den Routinen der EGH unterworfen, was ihre Lebenssituationen in mehreren Aspekten von denen der Teilnehmenden unterscheidet (z.B. allgemeiner Arbeitsmarkt vs. WfbM; eigener Wohnraum vs. besondere Wohnformen). Auch hier wirken Machtasymmetrien und der im Peer Counseling verbreitete Grundsatz der Betroffenheit ist nur zum Teil erfüllt (Hermes 2006).

Erkenntnisse aus der Fortbildung ReWiKs-Lots:innen

Die "ReWiKs-Lots:innen-Fortbildung" wurde für Mitarbeitende im Lebensbereich Wohnen der EGH und benachbarte Lebensbereiche (Arbeit und Beratung) konzipiert und sollte mit der Ausbildung von Multiplikator:innen zur Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung in Einrichtungen der EGH beitragen. Die Fortbildung wurde im blended-learning Format in neun Regionen Deutschlands als Online-Format mit abschließender Präsenzveranstaltung angeboten. Aufgrund der Corona-Pandemie fanden einzelne Fortbildungsdurchläufe ausschließlich online statt. Sowohl Einzelpersonen als auch Tandems, die sich aus zwei Mitarbeitenden einer Einrichtung zusammensetzten, nahmen teil.

Um das Thema sexuelle Selbstbestimmung nachhaltig in den Haltungen, Strukturen und Praktiken der Organisationen zu integrieren, war das Thema der (partizipativen) Organisationsentwicklung (OE) ein zentraler inhaltlicher Bestandteil. Im Rahmen der Fortbildung hatten die Teilnehmenden die Möglichkeit, die komplexen Zusammenhänge der Erweiterung sexueller Selbstbestimmung zu erkennen, zu reflektieren und ihnen mit praxisnahen Umsetzungsstrategien zu begegnen. Zentral war hierbei die Arbeit mit dem ReWiKs-Medienpaket, in dem die "Leitlinien gelingender sexueller Selbstbestimmung" als normative Grundlage und Ausgangspunkt aller Veränderungsmaßnahmen dienen (Jennessen et al. 2020). Nach Abschluss der Fortbildung hatten die Teilnehmenden zudem die Möglichkeit, sich bei der Durchführung regionaler Vernetzungsangebote einzubringen.

Insgesamt fanden in der Projektlaufzeit der zweiten Förderphase (2019-2023) 13 Fortbildungsdurchläufe mit insgesamt 86 Einzelveranstaltungen in den Regionen Köln, Hamburg, Stuttgart, Regensburg, Berlin, Kassel, Rostock, Dresden, Halle, Jena und ein bundesweit offenes Format statt. Im Rahmen dieser Veranstaltungen wurden 227 Personen von 129 unterschiedlichen Trägern aus dem Bereich der EGH und Beratung erreicht.

Die "ReWiKs-Lots:innen Fortbildung" wurde hinsichtlich ihres Theorie-Praxis-Transfers evaluiert. Der Fokus lag dabei auf der Untersuchung förderlicher und hemmender Faktoren im Prozess der Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Eine quantitative Befragung der Fortbildungsteilnehmenden mit standardisierten Fragebögen erfolgte zu drei Zeitpunkten: zu Beginn, unmittelbar nach Abschluss sowie ca. ein halbes Jahr nach der Fortbildung. Vertiefend dazu wurden elf leitfadengestützte Interviews mit Teilnehmenden der Fortbildung geführt.

Individuelle und organisationale Veränderungen

Die Ergebnisse der zweiten Befragung zeigen, dass fast alle Teilnehmenden (97 %) im Rahmen der Fortbildung ein Verständnis ihrer Rolle als "ReWiKs-Lots:in" entwickelten. Für den Großteil der befragten Personen war der Austausch zu Themen der sexuellen Selbstbestimmung mit anderen Mitarbeitenden (88 %) sowie Klient:innen (86 %) Teil ihres Rollenverständnisses. Zu diesem gehört auch der eigene Wissenserwerb (85 %) sowie die Wissensvermittlung an Mitarbeitende (87 %) und Klient:innen (86 %). Auch die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Fortbildungsimpulse auf die eigene Fachlichkeit im konkreten Arbeitsalltag wirken. So berichten die Teilnehmenden, sich sicherer und handlungsfähiger zu fühlen. Das Thema Sexualität sei durch die Fortbildung "zu einer Selbstverständlichkeit geworden". Zwei der befragten Per-

sonen geben an, nun besser "Rede und Antwort" stehen zu können bzw. zu wissen, wie das Thema Sexualität in der Organisation "anzupacken ist". Auch wenn OE von den befragten Personen weniger häufig als Aufgabenfeld wahrgenommen wird (57%), zeigen die Evaluationsergebnisse, dass die Impulse der Fortbildung auch in diesem Bereich Wirkung zeigen. Während zu Beginn der Fortbildung nur wenige Teilnehmende nach eigener Einschätzung über fachliche Kenntnisse in Bezug auf OE verfügten, fand im Verlauf der Fortbildung ein Wissenszuwachs in diesem Bereich statt (vgl. Abb. 1).

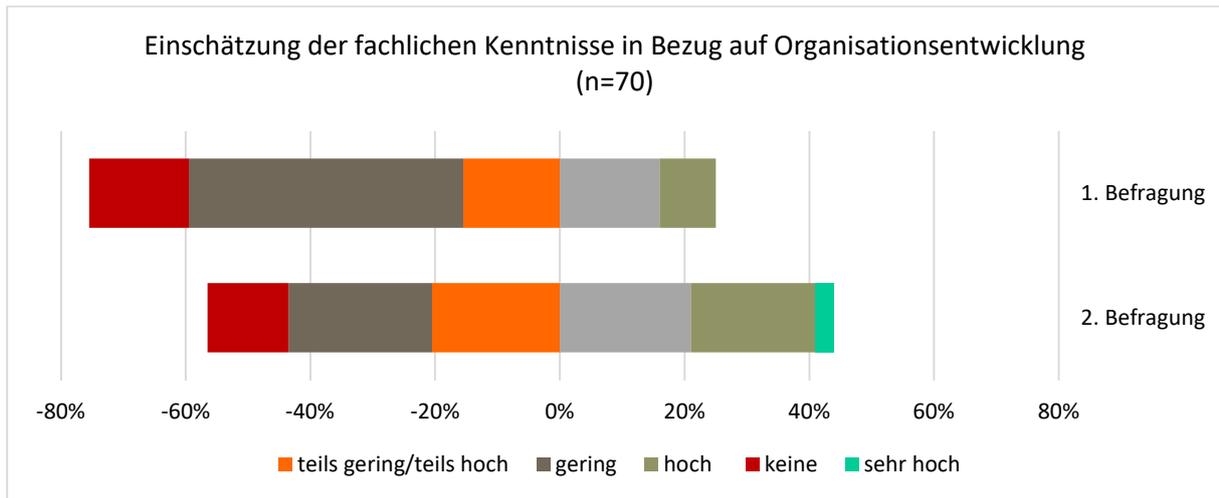


Abb 1: Einschätzung der fachlichen Kenntnisse in Bezug auf Organisationsentwicklung im zeitlichen Verlauf (1. und 2. Befragung)

Zudem wurden durch die fortbildungsbegleitenden Aufgaben sowie weitere Aktivitäten der Fortbildungsteilnehmenden Prozesse angestoßen bzw. weiterentwickelt, die auf eine organisationale Verankerung der Themen Sexualität und sexuelle Selbstbestimmung abzielen (vgl. Abb. 2).

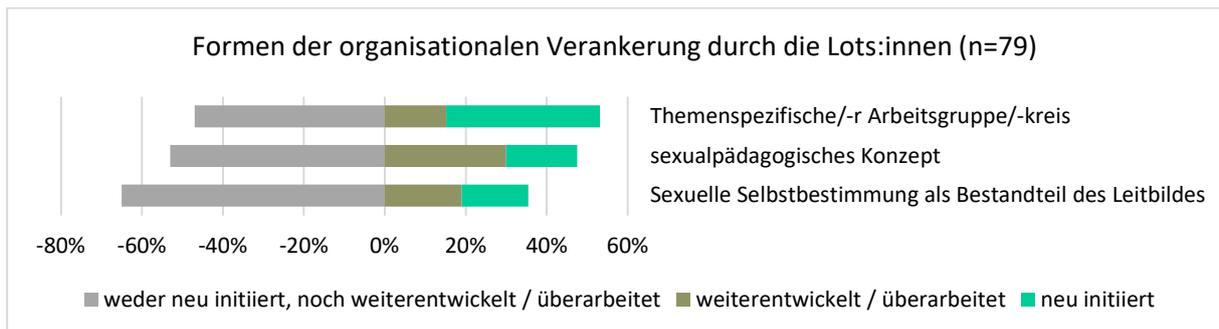


Abb. 2: Formen der organisationalen Verankerung durch die Lots:innen (2. Befragung)

Umsetzung der Fortbildungsinhalte

Die Impulse zur OE aus der ReWiKs-Fortbildung haben das Ziel, strukturell bedingte Barrieren zu verändern und ein sexualfreundliches Organisationsumfeld zu schaffen. Die Daten zeigen, dass vor Beginn der Fortbildung insbesondere fehlende zeitliche, personelle, räumliche und finanzielle Ressourcen als hinderlich wahrgenommen wurden. Ein halbes Jahr nach der Fortbildung wird deren erschwerende Wirkung in Bezug auf die Thematisierung von Sexualität in der Organisation noch höher eingeschätzt. Es ist anzunehmen, dass die Lots:innen im ersten

halben Jahr nach der Fortbildung ein stärkeres Bewusstsein für diese hemmenden Strukturen entwickelten. Als ein Faktor, der die Arbeit an organisationalen Strukturen erleichtern kann, ist die Zusammenarbeit im Tandem hervorzuheben. Von den befragten Personen werden als Vorteil der Arbeit im Tandem vor allem Austausch- und Reflexionsmöglichkeiten genannt. Zudem vereinfache diese Form der Zusammenarbeit die Kommunikation mit weiteren Mitarbeitenden sowie der Leitungsebene. Die Fortbildungsteilnahme im Tandem kann somit als Anfang einer Koalition betrachtet werden, die sich hinter den Prinzipien gelungener sexueller Selbstbestimmung versammelt, um langfristig konzeptionelle Veränderungen anzustreben.

Ausblick

Die verschiedenen Aktivitäten des ReWiKs-Projektes durchbrechen die Routinen in den Einrichtungen der EGH, stören die eingespielten Abläufe und sorgen für Unruhe. ReWiKs-Lots:innen und Teilnehmende der Freiraum-Gruppen tragen dazu bei, fremdbestimmende Haltungen, Strukturen und Praktiken aufzudecken und Optionen für eine selbstbestimmte Sexualität aufzuzeigen. Ob mit diesen Wegen auch konkrete und nachhaltige Entwicklungen in den Einrichtungen der EGH einhergehen, müsste in zukünftigen Studien erhoben werden. Weiterer Handlungsbedarf besteht in Bezug auf Austauschformate für Fachkräfte, Klient:innen sowie deren Austausch untereinander, um Unsicherheiten und Tabuisierungen konstruktiv zu begegnen. Verschiedene Formen der Einbindung von Peers erscheinen zudem ebenso erfolgversprechend wie partizipative Ansätze. Auf übergeordneter Ebene sollten Überlegungen intensiviert werden, wie das Thema Sexualität in Prozessen der Teilhabeplanung sinnvoll abgebildet werden kann (Jennessen, Krüger & Nitsche 2023).

Literatur

- Abbott, D. & Howarth, J. (2005). *Secret loves, hidden lives? Exploring issues for people with learning difficulties who are gay, lesbian or bisexual*. Bristol: Policy Press.
- Azzopardi-Lane, C. & Callus, A.-M. (2014). Constructing sexual identities: people with intellectual disability talking about sexuality. *British Journal of Learning Disabilities*, 34(1), 32–37.
- Bössing, C., Büttner, S., El Ismy, I. & Prchal, K. (2022). Erzählte Behinderung im Freiraum: Sexualität+ICH. Ein Beitrag über erzählte Liebe als erzähltes Leben. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 28(7-8), 30–35.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2020). *Sexuelle Selbstbestimmung durch Reflexion – Wissen – Können. Menschen mit und ohne Behinderungen gestalten gemeinsam den Lebensbereich Wohnen. Ein Modellprojekt gefördert durch die BZgA (Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung)*. Köln: BZgA.
- Burke, E., Pyle, M., Machin, K., Varese, F. & Morrison, A. P. (2019). The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health*, 4(3), 337–356.
- Clausen, J. & Herrath, F. (2013) (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- El Ismy, I., Jennessen, S. & Prchal, K. (2022). Behinderung, Queerness und Sexualität. Inter-sektionale Zusammenhänge und Erfahrungsberichte. *Teilhabe* 61, 146–151.
- Fegert, J., Jeschke, K., Thomas, H. & Lehmkuhl, U. (2006) (Hrsg.). *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt*. Weinheim, München: Juventa.

- Hermes, G. (2006). Peer-Counseling – Beratung von Behinderten für Behinderte als Empowerment-Instrument. In: Schnoor, H. (Hrsg.). Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart: Kohlhammer, 74–84.
- Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas). (2022). Abschlussbericht Repräsentativbefragung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. Bonn: Institut für angewandte Sozialwissenschaft (infas). <https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Forschungsberichte/fb-598-abschlussbericht-repraesentativbefragung-teilhabe.html> (Zugriff 16.7.2024).
- James, M. H., Porter, J. E., Kattel, S., Prokopiv, V. & Hopwood, P. (2022). Peer Educators in the Facilitation of Sexuality and Respectful Relationship Education for People with an Intellectual Disability: A Scoping Review and Narrative Synthesis. *Sexuality and disability*, 40(3), 487–502.
- Jennessen, S., Ortland, B. & Römisch, K. (2020). Erweiterung der sexuellen Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. Qualifizierung von Mitarbeitenden und Bewohnerinnen und Bewohnern in Wohneinrichtungen. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Sexuelle Selbstbestimmung durch Reflexion – Wissen – Können. Menschen mit und ohne Behinderungen gestalten gemeinsam den Lebensbereich Wohnen. Köln: BZgA.
- Jennessen, S., Trübe, J., El Ismy, I., Büttner, S., Bössing, C., Nitsche, A. et al. (2021). Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Krisenzeiten. Positionspapier. Berlin: Humboldt-Universität zu Berlin. https://www.reha.hu-berlin.de/de/lehrgebiete/kbp/aktuelles/rewiks_positionspapier_04-2021.pdf (Zugriff 17.7.2024).
- Jennessen, S., Krüger, T. & Nitsche, A. (2023). Teilhabeplanung und sexuelle Selbstbestimmung: Stand – Herausforderungen – Möglichkeiten. In: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung: Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2, 4-10. doi.org/10.17623/BZgA_SRH:forum_2023-2_beitrag_teilhabeplanung-sexu-selbstbestimmung
- Krüger, T. & Prchal, K. (2022). Digitale Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. *Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik*, 28(11), 9–15.
- Krüger, T., Jennessen, S., Bössing, C., Nitsche, A. & Trübe, J. (2022). Sexuelle Selbstbestimmung als Prävention sexualisierter Gewalt. Erkenntnisse des Forschungsprojektes ReWiKs. *Sonderpädagogische Förderung heute*, 67(1), 56–69.
- Ortland, B. (2016). Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ortland, B. (2020). Behinderung und Sexualität. 2., erw. und überarb. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.
- Ortland, B. & Jennessen, S. (2019). Selbstbestimmte Sexualität – der Weg zur sexuellen Gesundheit für Menschen mit Behinderung. In: Römisch, K. & Walther, K. (Hrsg.). Gesundheit inklusive: Gesundheitsförderung in der Behindertenarbeit. Springer: Wiesbaden, 145-158.
- Rohmann, K. (2021). Zur Normalität der Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Schondelmayer, A.-C., Riegel, C. & Fitz-Klausner, S. (Hrsg.). Familie und Normalität. Diskurse, Praxen und Aushandlungsprozesse. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 263–282.
- Rosa, H. (2016). Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp.
- Schröttle, M. & Hornberg, C. (2014). Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen. Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Hrsg.). Bielefeld.
- Schrooten, K. & Tiesmeyer, K. (2022). Wohnen für Menschen mit Komplexer Behinderung. In: Tiesmeyer, K. & Koch, F. (Hrsg.). Wohnwunschermittlung bei Menschen mit Komplexer Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer, 120-140.

- Sierck, U. (2020). Macht und Gewalt. Menschen. Zeitschrift für gemeinsames Leben, Lernen und Arbeiten, 43(3), 25–30.
- Specht, R. (2021). Sexuelle Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderungen. Bestandsaufnahme und Handlungsempfehlungen für die institutionelle Praxis. Zeitschrift für Sexualforschung, 34(03), 175–181. doi.org/10.1055/a-1551-7162
- Tschan, W. (2012). Sexualisierte Gewalt. Praxishandbuch zur Prävention von sexuellen Grenzverletzungen bei Menschen mit Behinderungen. Bern: Huber.
- Walter, J. (2005) (Hrsg.). Sexualität und geistige Behinderung. 6., unveränd. Aufl. Heidelberg: Winter.
- Zahnd, R., Krause, S., Kremsner, G. & Proyer, M. (2021). Detoxing Narratives: Das Gemeinsame in, an und durch Geschichten. Gemeinsam leben, 29(1), 25–32.
- Zinsmeister, J. (2013). Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In: Clausen, J. & Herrath, F. (Hrsg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer, 47–71.

Sexuelles Begehren und Erleben im Kontext autistischer Wahrnehmung

Jens Clausen

Zitierweise:

Clausen, J. (2024): Sexuelles Begehren und Erleben im Kontext autistischer Wahrnehmung. In: Wehmeyer, M. & Dorsch, G. (Hrsg.): Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Störungen der Intelligenzentwicklung: Anspruch – Realität – Ausblick. Dokumentation der Fachtagung der DGSGGB am 10. November 2023 (hybrid). Materialien der DGSGGB Bd. 51. München: Eigenverlag der DGSGGB, S.68-77.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich bedanke mich für die Einladung zu dieser DGSGGB-Tagung, die nun wieder hier in Kassel in Präsenz bzw. hybrid tagt, und für die ausgezeichnete Vorbereitung durch Frau Wehmeyer und Frau Dorsch. Mein Vortrag trägt den Titel: „Sexuelles Begehren und Erleben – im Kontext autistischer Wahrnehmung“. Der Vortrag beleuchtet vier Aspekte:

1. Warum sich ein kurzer Blick zurück auf das Jahr 2010 lohnt.
2. Was sich seitdem in Sachen Autismus getan hat und was wir dabei gelernt haben.
3. Welche Annahmen zum sexuellen Begehren und Erleben im Kontext autistischer Wahrnehmung bestehen.
4. Welche Ergebnisse die Forschung zu dieser Thematik liefert.

Ich erinnere mich an die DGSGGB-Tagung im Jahr 2010, bei der ich in der Pause mit Frank Herrath zusammenstand, der damals das Eröffnungsreferat hielt mit dem Titel: „Was behindert Sexualität?“ Er appellierte daran, präziser über das Menschenrecht auf Selbstbestimmung nachzudenken und dies auf die Sexualität zu beziehen, mit aller Sensibilität sowie mit Angeboten zum Dialog gegenüber Eltern, Einrichtungsleitungen und Mitarbeitenden, die den Bemühungen um die Selbstbestimmung von beeinträchtigten Menschen noch sehr distanziert-skeptisch gegenüberstanden.

So kamen wir noch im selben Jahr auf die Idee eines Fachbuches, das die Thematik der Sexualität mit der UN-BRK verbindet und in unterschiedlichen Facetten die Wissenschaft, die Praxis und die Menschen mit Beeinträchtigungen selbst zu Wort kommen lässt: Wir konnten Julia Zinsmeister und Barbara Ortland, die auch heute hier referiert haben, für das Projekt gewinnen, Sigrid Arnade und Swantje Köbsell, Ursula Pixa-Kettner und Ralf Specht, Stefan Göthling und Martin Rothaug, um nur einige zu nennen.

An der Evangelischen Hochschule Bochum, an der ich damals lehrte, fragte ich die Kollegin Theresia Degener, warum man den Begriff „Sexualität“ in der UN-BRK vergeblich sucht. Frau Degener, die wie keine andere vertraut war mit dem Entstehungsprozess und der Beschlussfassung der Konvention, die alles wusste über die heftigen Debatten in den UN-Gremien samt den Schwierigkeiten, sich auf Formulierungen der Konvention zu einigen (hatte sie doch selbst federführend daran mitgewirkt), beantwortete meine Frage sinngemäß folgendermaßen: Der Artikel 23 (mit dem etwas unklaren Titel: ‚Achtung der Wohnung und der Familie‘) sei einer der schwierigsten gewesen, weil bei dem Thema unterschiedlichste religiöse und kulturelle Ansichten zusammengeführt werden mussten. Das Ergebnis bestand darin, im Artikel 23 Absatz 1a das Recht behinderter Menschen zu schützen, eine Ehe zu schließen und eine Familie zu gründen, im Artikel 23 Absatz 1b zu sichern, dass behinderte Menschen eine selbstbestimmte Entscheidung darüber treffen, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen möchten; und schließlich den Zugang zur Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung mit

den notwendigen Mitteln zur Ausübung dieser Rechte zu verankern. Das war gewissermaßen der Minimalkonsens. Sexualität als Begriff mit all seinen Implikationen blieb außen vor.

Dass die Konvention seit 14 Jahren für viel Bewegung in der Behindertenhilfe gesorgt hat, müssen wir hier nicht erläutern. Doch auch in Bezug auf das, was wir Autismus nennen, hat sich seitdem viel getan. DSM-5 und ICD-11 haben die bisherigen Klassifikationssysteme abgelöst, haben vier Gruppen von Entwicklungsstörungen vor alle anderen psychiatrischen Erkrankungen gesetzt: die Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung, die Autismus-Spektrum-Störung, die Tic-Störung, die Störung der Intelligenzentwicklung. Diese Entwicklungsstörungen gelten als Basisstörungen, die in unterschiedlichsten Varianten und Schweregraden und früh in der Entwicklung eines Menschen auftreten und im Sinne einer relativ stabilen Persönlichkeitsstruktur – quasi als spezifisches Betriebssystem, mit dem die Welt begriffen und verarbeitet wird – die biografischen Erlebnisse und psychodynamischen Beziehungserfahrungen konturieren. Bei diesen vier Entwicklungsstörungen erwächst aus der strukturellen Besonderheit häufig ein instabiles Selbstwertgefühl mit Erfahrungen von Einsamkeit, sozialer Isolation und auch Mobbing, was einhergehen kann mit einer erhöhten Vulnerabilität für depressive Episoden oder Angsterkrankungen.

Was heißt das für den Autismus? Während die früheren Klassifikationssysteme das Eigenschaftscluster an autistischen Besonderheiten kategorial zu fassen suchten, so stehen DSM-5 und ICD-11 für die Einsicht, dass die dimensionale Sicht besser geeignet ist, die sehr unterschiedlichen Facetten des Autismus abzubilden und die Hypo- und Hypersensitivität in vielen Wahrnehmungsbereichen zu betonen. Aber das Konstrukt des Spektrums wirft neue Fragen auf: Wird der Autismus-Begriff mehr und mehr aufgeweicht? Ist die Unterscheidung zwischen frühkindlichem Autismus und Asperger-Syndrom ganz aus der Welt? Hat man den SPIES e.V. damit ihre Identität genommen? Oder ist man erleichtert, weil Hans Asperger nach neuen Erkenntnissen in Wien tiefer in die Kinder-Euthanasie verstrickt gewesen sein könnte als bislang angenommen? Das wird gerade intensiv beforscht.

In der Fachwelt wird die dimensionale Neuordnung meist positiv gesehen. Der Verzicht auf die Bezeichnung „Frühkindlicher Autismus“ fällt nicht schwer, weil der Begriff stets missverständlich war, da er ja – unabhängig vom Lebensalter der betroffenen Person – eine Kategorie zu beschreiben schien, die nicht nur Störungen der sozialen Interaktion und der Kommunikation sowie besondere Muster des Verhaltens umfasste, sondern oft auch Defizite in der Kognition. Vergessen wurde dabei mehr und mehr, dass als differenzierendes Kriterium der Spracherwerb bis zum 3. Lebensjahr galt. Vergessen wurde auch, dass die als frühkindlich diagnostizierten autistischen Menschen durchaus hochfunktional und überdurchschnittlich intelligent sein und umgekehrt Menschen mit Asperger-Syndrom starke kognitive Beeinträchtigungen aufweisen können (Tebartz van Elst et al. 2021, S. 8). Wenn wir nicht vom „Frühkindlichen Autismus“, sondern synonym vom „Kanner-Syndrom“ sprachen, war uns kaum bewusst, dass von den 11 Kindern, die Kanner 1943 beschrieb, einige überdurchschnittlich intelligent und hochfunktional waren, wie z.B. Donald Triplett, ein Kind, dem Leo Kanner bereits 1938 begegnete und das mit drei Jahren den 23. Psalm auswendig aufsagen und Fragen aus einem presbyterianischen Katechismus beantworten konnte.

Auch den Begriff des „atypischen Autismus“ vermissen wir nicht wirklich: Wenn es schon keinen typischen Autismus gibt, was sollte der atypische Autismus sein? Eine besondere Störung, die sich vom frühkindlichen Autismus entweder durch das Alter bei Störungsbeginn (z.B. erste Symptome treten nach 3. Lebensjahr auf) unterschied oder dadurch, dass die diagnostischen Kriterien nicht in allen Bereichen erfüllt waren? Traf die Diagnose besonders bei Mädchen und Frauen zu, die weniger Auffälligkeiten zeigten? Im ICD-10 war auch davon die Rede, dass der

„atypische Autismus“ besonders bei Menschen auftrate, die schwer retardiert seien bzw. unter rezeptiven Störungen der Sprachentwicklung litten. Hier war die Abgrenzung zum syndromalen Autismus oft schwierig.

„Syndromaler Autismus“ bezeichnet eine Reihe von Störungen, die neben körperlichen Auffälligkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen auch Verhaltensphänotypen zeigen, die mit einer Autismus-Spektrum-Störung vergesellschaftet sind. Dazu gehören: das Rett-Syndrom, das im DSM-5 und ICD-11 nicht mehr bei den Entwicklungsstörungen auftaucht; die Tuberöse Sklerose, die meist mit einer verzögerten Sprachentwicklung, repetitivem Verhalten und Auffälligkeiten im Blickkontakt sowie einer besonderen Detailwahrnehmung einhergeht; das Cornelia-de-Lange-Syndrom, bei dem neben selbstverletzendem Verhalten auch Angstsymptome und repetitives Verhalten zu beobachten sind (Martin 2023, S. 163); das Fragile-X-Syndrom, das mit Stereotypien der Bewegung, dem Vermeiden von Blickkontakt und sozialem Rückzug verbunden sein kann; das Smith-Magenis-Syndrom, bei dem die verzögerte oder ausbleibende Sprachentwicklung, eigenartige Arm- und Handbewegungen und Stereotypien sowie eine Hypersensitivität auffallen (Theunissen 2021, S. 357ff).

In den „besonderen Wohnformen“, wie wir heute sagen, begegnet man oft Menschen mit autistisch anmutenden Auffälligkeiten, die nicht immer auf das betreffende Syndrom untersucht und daher mit der Zuschreibung eines „frühkindlichen Autismus“ belegt wurden. In Einzelfall kann die Nichtbeachtung eines „syndromalen Autismus“ zu Nachteilen in der Begleitung und Förderung führen, wenn die Möglichkeiten einer gezielten Unterstützung im Kontext des spezifischen Syndroms nicht erkannt werden. Ob es sich, wie Bölte vor Jahren annahm, bei bis zu 25% aller Autismus-Fälle um einen „syndromalen Autismus“ handelt (Bölte 2010), ob die Zahl zwischen 10 und 20% (Riedel 2021) oder eher unter 10% liegt (Martin 2023), hängt von der Gründlichkeit der Diagnostik ab. Während die heutigen Screening-Verfahren bei Neugeborenen solche „syndromalen“ Besonderheiten erkennen, wurden sie bei Menschen, die ihr Leben im Elternhaus oder in traditionellen Großeinrichtungen verbracht haben, oft übersehen. Eine weitere Differenzierung, die gar nicht in den Klassifikationssystemen enthalten ist, betrifft den Begriff hochfunktionaler Autismus: Er entstand ursprünglich aus der Idee, Menschen mit frühkindlichem Autismus, die im Lebensverlauf eine hohe Intelligenz und eine gute Sprachfähigkeit zeigten, zu bezeichnen (Dziobek & Stoll 2019). Später wurde er ausgeweitet auch auf Menschen mit Asperger-Autismus, konnte aber nicht überzeugen, zumal es dann neben dem hochfunktionalen einen niedrigfunktionalen Autismus geben muss, eine Abwertung, die mehr als problematisch ist.

Vom „Asperger-Syndrom“ hieß es im ICD-10 wörtlich, es handle sich um eine Störung von „unsicherer nosologischer Validität“ – was nichts anderes bedeutet, als dass es schwer sei, sie in der Krankheitslehre sicher zu verorten. Gelegentlich, so hieß es dort, würden „psychotische Episoden im frühen Erwachsenenleben auftreten“. Sollte das heißen, dass schizophrene Psychosen und autistische Störungen so nahe beieinander lägen, wie man es vor 100, ja noch vor 50 Jahren geglaubt hatte? Und schließlich der Hinweis, die Abweichungen gegenüber einer neurotypischen Entwicklung würden dazu tendieren, „bis in die Adoleszenz und das Erwachsenenalter zu persistieren“ – grenzte den „Asperger-“ nicht gerade vom „frühkindlichen“ oder vom „atypischen“ Autismus ab – denn alle drei Formen sind ja persistierend, strukturell, stabil, irreversibel.

Der wissenschaftliche Diskurs kam also bei der Analyse von ICD-10 und DSM-IV zu der Ansicht, dass sich die klinischen Phänotypen erheblich überlappen und vermischen – gerade im Verlauf der Lebensspanne bzw. bei erwachsenen Menschen – und daher eine valide Diagnose innerhalb der Subtypen nicht zuverlässig möglich sei.

Nun also: Autismus-Spektrum-Störung (ASS): Die Neuerung, also die Eingruppierung aller Autismus-Formen in ein Spektrum, gehört zu den stärksten innovativen Konzepten der neuen Klassifikationen. Tebartz van Elst erklärt in dem Buch „Entwicklungsstörungen“, das gerade erschienen ist:

„Die Entscheidung, durch das neu geformte Cluster der „neurodevelopment disorders“ autistische Störungen näher zu den spezifischen Lernstörungen und vor allem zur ADHS zu platzieren, bedeutet fast eine Revolution“. (...) „Zentral ist die Idee eines Kontinuums zwischen Normvariante und Störung sowie zwischen verschiedenen Erscheinungsformen, die in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht, intellektuellen und sprachlichen Fähigkeiten variieren können. Dadurch wird der Vielfalt dieser komplexen Wirklichkeit Rechnung getragen.“ (Tebartz van Elst 2023, S. 84).

Für eine gesicherte Diagnose braucht es operationalisierte Kriterien, benötigt man eine Zusammenstellung von autistischen Merkmalen, die durch klinische Erfahrungen und Forschungsergebnisse bestätigt und validiert wurden. Wenn es nun ein Spektrum ist, ab wann ist es dann eine Störung? Sollten wir besser von „Neurodiversität“ sprechen und den Begriff der Störung (der nur gewählt wurde, um den Begriff der Krankheit zu vermeiden) aufgeben? Die Selbsthilfegruppen würden das begrüßen: „Menschen im Autismus-Spektrum“ würde ihnen reichen (Clausen 2023). Aber wer würde dann die Mittel bereitstellen, die dringend erforderlich sind, um die Teilhabe zu gewährleisten, um die Angebote der Assistenz, der Beratung, der Inklusion in den unterschiedlichsten Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu sichern? Dass diese für die meisten Menschen im Autismus-Spektrum dringend notwendig sind, darüber besteht hier Einigkeit. Und wir wissen das auch aus den Berichten autistischer Menschen.

Weil die Fachwelt seit Jahren aufgefordert wird, Erfahrungen autistischer Menschen in ihre Schriften und Forschungen aufzunehmen und nicht nur die Perspektive der defizitorientierten Beobachtung einzunehmen, hat sich langsam ein Wandel eingestellt im Verständnis und in der Konzeptionierung dessen, was noch immer den Namen Autismus trägt. Nicole Schuster, Birgit Saalfrank, Susanne Schäfers, Katja Carstensen, Christine Preißmann und Gee Vero haben wesentlich dazu beigetragen, ebenso Daniel Tammet, Axel Brauns, Peter Schmidt und Matthias Huber, um nur einige zu nennen. Hajo Seng hat in Hamburg die Selbsthilfe im Bereich der Arbeit gestärkt und nun auch bei Georg Theunissen zum Thema „Autistisches Erleben“ promoviert. Eine seiner grundlegenden Erkenntnisse lautet:

„Autistisch sein ist aus autistischer Sicht ein Anderssein, das schwer zu verstehen und noch schwieriger zu vermitteln ist. Es zeigt sich als subtil und tiefgreifend zugleich, als ein Unterschied, der so wenig offenkundig ist, dass er erklärt werden muss, zugleich aber auch so tiefgreifend, dass im Hinblick auf Verstehen und Verstandenwerden die Welt in zwei Teile aufgeteilt zu sein scheint: einen nichtautistischen und einen autistischen“ (Seng 2021, S. 170).

Andere formulieren ihre Erfahrungen so: „*Autismus ist keine Eigenschaft des Charakters, sondern etwas, das einem die Chancen in der 'Normalwelt' und die eigene Lebensqualität sehr einschränkt, egal, wie gut oder schlecht man seine Schwächen durch 'Spezialfähigkeiten' kompensiert.*“ (Susanne Schäfer⁸⁶) Oder: „*Wir fühlen uns oft wie auf einem fremden Planeten, fehl am Platz mit unseren Bedürfnissen und unserer Art zu denken und zu fühlen. Wir merken früh, dass wir anders sind. Manchmal versuchen wir, uns in unseren Intellekt zu retten, und wirken*

⁸⁶ Dieses Zitat ist – wie auch die folgenden Selbstaussagen zum Autismus, erkennbar an der Nennung von Vor- und Zunamen o.J. – zu finden unter: <https://de.linkedin.com/pulse/zitate-von-autistinnen-u-autisten>

hochmütig und arrogant, was es nicht einfacher macht, Freundschaften zu schließen und Anerkennung zu finden.“ (Katja Carstensen).

In Freiburg haben wir zum 10jährigen Bestehen einer Beratungsstelle für erwachsene Menschen aus dem Autismus-Spektrum ca. 100 Personen, also die Nutzerinnen und Nutzer der Beratungsstelle befragt, was es für sie bedeutet, autistisch zu sein. Sie berichten in erster Linie von ihren ausgeprägten Sinneswahrnehmungen, die manche eine Reiz-Filter-Schwäche nennen und die häufig zu sog. Overloads führen. Sie nehmen ihr Anders-Sein, ihre häufig scheiternden sozialen Interaktionen, ihre Überforderung und ihre Erschöpfung wahr. Von 100 befragten Personen äußerten 38 an erster Stelle den Wunsch nach mehr Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und 29 den Wunsch nach sozialen Kontakten und auch intimen Beziehungen. Sie möchten Freundschaften schließen, Partnerschaften finden, spezifische Möglichkeiten des Kennenlernens entdecken und selbst ihre Emotionsregulation verbessern. An die Beratungsstelle richten sie den Wunsch, fachkompetente Hilfe, Aufklärung über ASS und gezielte Unterstützung nicht nur in den Bereichen Trennung vom Elternhaus, Ausbildung und Beschäftigung, Wohnen im Quartier und Gestaltung der Freizeit zu erhalten, sondern auch das Verständnis von Wünschen nach Beziehungen und Partnerschaften zu reflektieren und sich die notwendigen Kompetenzen dafür anzueignen (Drixler 2023).

Damit komme ich zu zehn Annahmen oder Klischees, die in der neurotypischen Welt über die Menschen im Autismus-Spektrum kursieren, und kommentiere sie auf der Basis wissenschaftlicher Erkenntnisse; zusätzlich angereichert durch Aussagen von Personen aus dem Autismus-Spektrum:

Annahme 1: Autistische Menschen gehen recht bindungslos durch die Welt – sie benötigen zu ihrer Lebenszufriedenheit gar keine engen Beziehungen.

Das ist falsch: Autismus ist keine Bindungs- oder Beziehungsstörung, sondern eine Beeinträchtigung der sozialen Interaktion – und diese Beeinträchtigung ist durchaus beidseitig.

„Viele Erwachsene mit ASS haben zwar Schwierigkeiten, gute Beziehungen zu knüpfen, nicht aber wegen mangelnder Bindungsfähigkeit, sondern vielmehr aufgrund der vielen Missverständnisse und Disharmonien mit der neurotypischen Umwelt“ (Riedel et al. 2022, o.S.).

Annahme 2: Menschen im Autismus-Spektrum weisen eine reduzierte Theory of Mind auf, ein Defizit in der Fähigkeit zur Mentalisierung. Sie können sich nicht gut ein Bild davon machen, in welchem inneren Zustand sich ihr Gegenüber befindet, können die Gedanken, Gefühle, Bedürfnisse und Intentionen anderer Menschen schlecht „lesen“. Auch die Fähigkeit zu erkennen, was andere interessiert oder langweilt, ist reduziert.

Das ist nicht ganz richtig, denn es gibt einen Unterschied zwischen der Theory of Mind und der Fähigkeit zur Empathie: Die Mentalisierung „springt“ bei Menschen mit ASS weniger automatisch und „wie nebenbei“ an, sie besitzen durchaus Empathiefähigkeit, sie müssen nur die Ruhe haben, darüber nachdenken zu können, was im anderen wohl vor sich gehen mag (Jenny et al. 2021).

Annahme 3: Autistische Menschen haben weniger Wissen über Sexualität und sind in der Pubertät besonders unsicher und verwirrt.

Das ist richtig: Nicht nur die klassischen Entwicklungsaufgaben in der Pubertät machen ihnen zu schaffen: körperliche Veränderungen verstehen und akzeptieren, sich von den Eltern lösen, einen Freundeskreis aufbauen, die Sexualität entdecken – das sind für autistische Jugendliche besonders hohe Hürden, ergänzt durch kommunikative Missverständnisse: Was meint „sie

geht mit ihm“, „sie schlafen miteinander“, was ist „vögeln“? Wie sind flüchtige Berührungen gemeint? Identität entwickelt sich an einem relevanten Gegenüber. Und wenn niemand da ist? Vielen fehlt die Anker-Freundschaft, die tragfähig ist für den Austausch von Erfahrungen und für die Bewältigung von Krisen. Manche sagen, dass sie die emotionalen Höhen und Tiefen, die der Pubertät zugeschrieben werden, erst mit zehnjähriger Verspätung erlebt hätten – dann mit stark depressivem Einschlag (Riedel & Clausen 2020). Christine Preißmann formuliert es so:

„Was andere Jugendliche während der Pubertät durchleben und durcharbeiten, die integrierende Bewältigung der Sexualität durch wachsende Ich-Identität und durch den Austausch mit Gleichaltrigen, machen Menschen mit Autismus oft deutlich später, länger und intensiver durch, manchmal erst im jungen und mittleren Erwachsenenalter. Dann aber sind kaum mehr Hilfen dazu erhältlich, dann hat man über diese Aspekte einfach Bescheid zu wissen“. (Preißmann 2017, S. 34).

Annahme 4: Autistische Menschen können schlecht flirten.

Das ist weitgehend richtig – obwohl mitunter beschrieben wird, dass von einigen ein besonderer Charme, eine spannende Aura ausgeht, die durchaus anziehend wirken kann. Aber Flirten heißt ja auch und vor allem: die Gestik deuten, den Small-Talk zwischen den Zeilen verstehen, Blicke und ihre Bedeutung erkennen. Dietmar Zöllner sagt dazu: *„Es ist mir längere Zeit schwergefallen, einem Menschen (...) ins Gesicht zu schauen, und auch heute noch ist der Blickkontakt meist sehr kurz. Das menschliche Gesicht drückt viel zu viele Informationen aus, die auf einmal zu verarbeiten sehr schwierig ist.“* Das ist das eine. Das andere ist: Autistische Menschen müssen lernen, dass neurotypische Menschen den Prozess der vorsichtigen Annäherung, des nonverbalen Austausches weitaus mehr schätzen als die unvermittelte Ansprache oder Anfrage „Wollen wir Sex haben?“.

Annahme 5: Spontane Berührungen, zärtliche Annäherungen und Ansprachen werden von Menschen im Autismus-Spektrum nicht sehr geschätzt.

Das gilt vor allem für Begegnungen, die noch nicht die Dimension einer Partnerschaft haben. Dann können spezifische Empfindlichkeiten der Berührung als Übergriff, sogar als Schmerz empfunden werden und zum Rückzug in das Schneckenhaus des Autismus führen. *„Spricht mich jemand unvermittelt an, kommt es für mich überraschend und überfordert mich. Wie aus dem Nichts heraus sticht die Stimme in meine Gehörgänge, was sich wie eine Art Stromschlag im Kopf anfühlt.“* (Matthias Huber)

Vorsichtige und gezielte Ansprache, tröstende Gesten, Zeichen der Verbundenheit mit der Partnerin / dem Partner kann man aber auch lernen – und sich in einer festen Beziehung austauschen über das, was einem behagt und was einen irritiert oder schmerzt: Wo ist mir Berührung angenehm, wo eher nicht? Welche Zärtlichkeiten wünsche ich mir? (Preißmann 2021).

Annahme 6: Wenn die paraverbale Kommunikation (begehrende Blicke, zustimmendes Nicken, die Hand des anderen ergreifen) fehlt, kommt es in partnerschaftlichen und intimen Beziehungen zu Irritationen beim neurotypischen Gegenüber.

Intime Partnerschaften sollten – zumindest nach den neurotypischen Vorstellungen in unserem Kulturkreis – als Basis eine gegenseitige Anziehung, für viele auch eine innere Bindung bzw. ein Quantum an Liebe enthalten. Ausbleibende Signale der inneren Anteilnahme, des Einfühlens und Mitschwingens werden von der neurotypischen Person als Desinteresse oder Ablehnung verstanden und können die Liebe rasch erkalten lassen (Pick & Riedel 2021).

Annahme 7: Erwachsene Menschen mit ASS, die nicht in einer Partnerschaft leben, haben oft hohe Ansprüche und Idealvorstellungen an eine Beziehung, scheitern aber häufig schon bei

der Kontaktaufnahme. Menschen mit ASS, die in einer Partnerschaft leben, berichten von Gefühlen der Überlastung und wünschen sich Zeiten des Rückzugs.

Beide Aspekte decken sich mit einer Studie von Strunz et al. (2017) – allerdings sind die Schlüsse, die dort gezogen werden, etwas fragwürdig: Die Autor:innen schreiben, dass sich Probleme in der Kommunikation und im Wunsch nach Rückzug reduzieren oder vermeiden lassen, wenn die Partnerin/der Partner ebenfalls zum Spektrum gehören; diese Behauptung deckt sich nicht mit den Erfahrungen aus der Beratungsstelle und der Psychoedukation in Freiburg, wo diejenigen Menschen aus dem Spektrum, die in Partnerschaften mit einem neurotypischen Menschen leben, deren Verständnis für ihr So-Sein meist positiv konnotierten.

Annahme 8: Autistische Menschen leben deutlich seltener in festen Partnerschaften bzw. Liebesbeziehungen als neurotypische Menschen.

Das ist zweifellos richtig; vor allem Männer aus dem Autismus-Spektrum zeigen den Wunsch nach einer festen Partnerschaft, können diesen aber deutlich schlechter realisieren als autistische Frauen. Die Einschränkungen in den sozialen Interaktions- und Kommunikationsfähigkeiten sind bei Frauen meist weniger stark ausgeprägt, sie besitzen oft bessere Coping-Strategien bzw. haben sich bereits in ihrer Jugend ein Repertoire an Masking- und Camouflaging-Kompetenzen angeeignet (Dean et al. 2017; Sünkel & Barth 2018).

Annahme 9: Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung identifizieren sich mehr junge Frauen im Autismus-Spektrum als asexuell, wünschen keine intime Beziehung und haben keine Ambition, eine Familie zu gründen.

Das ist nur bedingt richtig: Wenn das Flirten keine Option ist, wenn Berührungen als unangenehm empfunden werden, wenn in der Jugend keine Beziehungserfahrungen gemacht wurden, wenn eine Beziehung immer wieder längere Phasen des Alleinseins benötigt, um den Energiehaushalt aufzuladen, dann rückt der Wunsch nach einer engen, intimen Beziehung und erst recht der Kinderwunsch in weite Ferne, obwohl er grundsätzlich vielleicht doch vorhanden ist (Riedel & Clausen 2020).

Annahme 10: Das Autismus-Spektrum ist nicht nur in den unterschiedlichen Ausprägungen und Erscheinungsbildern vielfältig, autistische Menschen weisen auch eine größere Diversität an geschlechtlichen und sexuellen Identitäten, Erlebens- und Verhaltensweisen auf als neurotypische Menschen.

Das ist unsicher: Studien berichten, dass eine Diagnose der Geschlechtsdysphorie etwas häufiger bei Menschen mit diagnostiziertem Autismus als bei nicht-autistischen Menschen gestellt wird (Glidden et al. 2016). Andere Studien behaupten, dass bis zu 25% der Menschen mit einer vordergründigen Diagnose der Geschlechtsdysphorie zusätzlich eine Autismus-Diagnose erhalten. Dabei ist kritisch zu bemerken, dass die wenigen Studien aus Spezialsprechstunden für Geschlechtsdysphorie stammen, was mit einer ausgewählten Stichprobe und einer Verzerrung der Ergebnisse einhergehen könnte (Oien et al. 2018; Herrmann 2023).

Soweit die zehn Annahmen. Sicher ist: Autistische Mädchen und Frauen werden – wie sich in der Diagnostik bei Erwachsenen zeigt – zu selten und viel zu spät diagnostiziert. Sie müssen mehr Beeinträchtigungen und Verhaltensauffälligkeiten zeigen, um zu einer ASS-Diagnose zu gelangen, bzw. erhalten häufig als Jugendliche oder junge Erwachsene zunächst andere Diagnosen wie soziale Phobien, Angststörungen, Ess-Störungen, Borderline-Störungen, Depressionen, bevor die zugrunde liegende Struktur, eben die Entwicklungsstörung des Autismus, erkannt wird (Zener 2019).

In einer Studie von Bargiela, Steward und Mandy (2016) wurden vierzehn Frauen mit ASS (im Alter von 22-30 Jahren) mit relativ spät erstellter Diagnose nach ihren Erfahrungen zur Identitätsentwicklung befragt: Sie berichteten darüber, wie sie lange Zeit versuchten, "normal" zu sein; wie ihre Besonderheiten des Wahrnehmens und Erlebens von Fachleuten übersehen wurden; und sie erwähnten Konflikte in Bezug auf ASS und die traditionelle weibliche Identität. Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch waren in dieser Stichprobe verbreitet und zeigen die besondere Verletzlichkeit von Frauen mit spät oder nicht diagnostizierter ASS (Bargiela et al. 2016). Das Erkennen durch das pädagogische Personal würde die Arbeit in Kitas und Schulen verbessern, eine rechtzeitige Identifizierung könnte die Risiken mindern und das Wohlbefinden von Mädchen und Frauen aus dem Autismus-Spektrum fördern.

Gibbs et al. (2021) untersuchten Muster und Erfahrungen von körperlicher und sexueller Gewalt bei autistischen Erwachsenen. Die Studie zeigt, dass autistische Menschen, vor allem Personen mit ASS und kognitiven Beeinträchtigungen, im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen in höherem Maße von Gewalt betroffen sind. In einer Querschnittserhebung wurde die Häufigkeit von körperlicher und sexueller Gewalt in der Kindheit und der jüngeren Vergangenheit, der Grad der traumatischen Auswirkungen und die Tendenz, sich anderen anzuvertrauen, bei 245 autistischen Erwachsenen und 49 nicht-autistischen Erwachsenen verglichen: Ein höherer Anteil der autistischen Erwachsenen gab an, in der Kindheit sexuelle und körperliche Gewalt erlebt und bislang nie jemandem davon berichtet zu haben.. Die Ergebnisse belegen, dass autistische Menschen – sowohl als Kinder und Jugendliche als auch im Erwachsenenalter – häufiger von körperlicher und sexueller Gewalt betroffen sind (ebd.). Für politische Entscheidungsträger, Dienstleistungsanbieter und für uns alle sind diese Daten wichtig, damit Maßnahmen ergriffen werden, um autistische Menschen besser und frühzeitiger vor Gewalt zu schützen.

Zum Schluss: Gut ausgeprägte Fähigkeiten zur sozialen Kommunikation, Interaktion und zur Emotionsregulierung, das Teilen von Interessen und Aktivitäten mit anderen sowie Theory-of-Mind-Fähigkeiten sind wesentliche Voraussetzungen für eine zufriedenstellende und respektvoll gestaltete Sexualität (Turner et al. 2021), die auch neurotypischen Menschen nicht unbedingt „in den Schoß fällt“. Für jeden Menschen ist die sexuelle Reifung ein lebenslanger Prozess mit unterschiedlichen Erfahrungen in den jeweiligen Zeitfenstern. Autistische Menschen sind oft „Spätstarter“ in Liebesbeziehungen, und zwar auch deswegen, weil sie sich – weniger intuitiv, sondern weitgehend kognitiv – die Liebe und die sexuellen Kompetenzen mühsamer als andere aneignen müssen (Lache 2016). Um es mit Axel Brauns zu sagen: „*Das Leben im Autismus ist eine miserable Vorbereitung auf das Leben in einer Welt ohne Autismus.*“

Literatur

- Bargiela, S.; Steward, R.; Mandy, W. (2016) The experiences of late-diagnosed women with autism spectrum conditions: Investigation of the female autism phenotype. *Journal of Autism Development Disorder*; 46(10), 3281-94. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2872-8>
- Bölte, S. (Hrsg.) (2010) *Autismus. Spektrum, Ursachen, Diagnostik, Intervention, Perspektiven*. Bern: Huber.
- Clausen, J. (2023) *Studienbuch Heilpädagogik. Grundlagen und Handlungsfelder einer inklusiven und partizipativen Pädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dean, M.; Harwood, R.; Kasari, C. (2017) The art of camouflage. Gender differences in the social behaviors of girls and boys with autism spectrum disorder. *Autism* 21 (6), 678-689.

- Drixler, K. (2023) Innenansichten. Ergebnisse aus der Klient*innen-Befragung der Beratungsstelle. Freiburg: Zentrum für Autismus-Kompetenz Südbaden (ZAKS).
- Dziobek, I.; Stoll, S. (2019) Hochfunktionaler Autismus bei Erwachsenen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual. Unter Mitarbeit von Silke Lipinski. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gibbs, V.; Hudson, J.; Hwang, Y; Arnold, S.; Trollor, J.; Perlicano, E. (2021) Experiences of physical and sexual violence as reported by autistic adults without intellectual disability. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 89, <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101866>
- Glidden, D.; Bouman, W.; Jones, B.; Arcelus, J. (2016) Gender Dysphoria and Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review of the Literature. *Sex Med Rev.*,3-14. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.10.003. Epub 2016 Jan 8. PMID: 27872002.
- Herrmann, L. (2023) Auf dem Spektrum: Transgeschlechtlichkeit und Autismus. <https://www.autismusspektrum.info/post/auf-dem-spektrum-transgeschlechtlichkeit-und-autismus>. (Zugriff 16.7.2024).
- Jenny, B.; Goetschel, P.; Rossinelli-Isenschmid, M.; Steinhausen, H.-C. (2021) KOMPASS. Zürcher Kompetenztraining für Jugendliche mit Autismus-Spektrum-Störungen. 2., erw. u. überarb. Aufl., Stuttgart: Kohlhammer.
- Lache, L. (2016) Sexualität und Autismus. Die Bedeutung von Kommunikation und Sprache für die sexuelle Entwicklung. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Martin, P. (2023) Syndromale Autismus-Spektrum-Störungen. In: Tebartz van Elst, L.; Biscaldi-Schäfer, M.; Lahmann, C.; Riedel, A.; Zeeck, A. (Hrsg.) *Entwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Perspektiven aus der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters*. Stuttgart: Kohlhammer, 158-171.
- Oien, R.; Cicchetti, D.; Nordahl-Hansen, A. (2018) Gender dysphoria, sexuality and autism spectrum disorders. A systematic map review. *Journal Autism Dev. Disord.* 48(12), 4028-4037.
- Pick, M.; Riedel, A. (2021) Partnerschaftskonflikte und Paartherapie. In: Tebartz van Elst, L. (Hrsg.) *Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter*. 3., akt. u. erw. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 415-422.
- Preißmann, C. (2017) *Autismus und Gesundheit. Besonderheiten erkennen – Hürden überwinden – Ressourcen fördern*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Preißmann, C. (2021) *Mit Autismus leben. Eine Ermutigung*. 2. Aufl., Stuttgart: Klett-Cotta.
- Riedel, A. (2021) Spezifische mit Autismus-Spektrum-Störungen vergesellschaftete Syndrome. In: Tebartz van Elst, L. (Hrsg.) *Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter*. 3., akt. u. erw. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 38-47.
- Riedel, A.; Clausen, J. (2020) *Autismus-Spektrum-Störungen bei Erwachsenen*. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Riedel, A.; Rost, M.; Corbisiero, S. (2022) Welche Ziele verfolgt die Psychotherapie bei hochfunktionalen Autismus-Spektrum-Störungen? In: *Autismus.Spektrum.info*. <https://www.autismusspektrum.info/post/welche-ziele-verfolgt-die-psychotherapie-bei-hochfunktionalen-autismus-spektrum-st%C3%B6rungen> (Zugriff 16.7.2024).
- Seng, H. (2021) *Autistisches Erleben: Eine Annäherung aus lebensweltlicher Perspektive*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Strunz, S.; Schermuk, C.; Ballerstein, S.; Ahlers, C. J.; Dziobek, I.; Roepke, S. (2017) Romantic relationships and relationship satisfaction among adults with asperger syndrome and high-functioning autism. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 113-125.
- Sünkel, U.; Barth, G. (2018) *Mit Autismus durch die Pubertät*. 12. Fachtag Autismus im Liebenau Berufsbildungswerk Ravensburg am 27.01.2018. <https://www.stiftung->

liebenau.de/fileadmin/benutzerdaten/bildung/pdf/04_Mediathek/Autismus/bildung-autismus-suenkel-barth-2018.pdf (Zugriff 16.7.2024).

Tebartz van Elst, L. (Hrsg.) (2021) Autismus-Spektrum-Störungen im Erwachsenenalter. 3., akt. u. erw. Aufl., Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Tebartz van Elst, L. (2023). Die Autismus-Spektrum-Störung. In: Tebartz van Elst, L.; Biscaldi-Schäfer, M.; Lahmann, C.; Riedel, A.; Zeeck, A. (Hrsg.) Entwicklungsstörungen. Interdisziplinäre Perspektiven aus der Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters. Stuttgart: Kohlhammer, 80-95.

Theunissen, G. (2021) Autismus und komplexe Beeinträchtigung. Freiburg i. Br.: Lambertus.

Turner, D.; Schöttle, D.; Briken, P. (2021) Sexualität bei Menschen mit Autismus-Spektrum-Störungen und ihre Bedeutung für die forensische Psychiatrie und Psychotherapie. In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie 15, 54-61.

Zener, D. (2019) "Journey to diagnosis for women with autism", *Advances in Autism*, 5(1), 2-13. <https://doi.org/10.1108/AIA-10-2018-0041>.

Autor:innen

Prof. Dr. phil. Jens Clausen, Lehrbeauftragter für BA- und MA-Studiengänge und Fortbildungen der Heilpädagogik, zuletzt Studiengangsleiter an der Katholischen Hochschule Freiburg.

E-Mail: Jens.Clausen@posteo.de

Gloria Dorsch, Heilpädagogin, Sexualpädagogin (ISP), Gründerin von sebilba (sexuelle Bildung und Beratung), Freising.

E-Mail: Gloria.Dorsch@sebilba.de

Dr. med. Lotte Habermann-Horstmeier, MPH, MSc, Leiterin des Villingen Institute of Public Health (VIPH), Villingen-Schwenningen.

E-Mail: Habermann-Horstmeier@viph-public-health.de

Prof. Dr. Sven Jennessen, Humboldt Universität Berlin, Direktor des Instituts für Rehabilitationswissenschaften, Lehrstuhl Pädagogik bei Beeinträchtigungen der körperlich-motorischen Entwicklung, Berlin.

E-Mail: Sven.Jennessen@hu-berlin.de

Hannah Long, Aktivistin und Künstlerin, Witten.

Prof.in Dr. Barbara Ortland, Professorin für Heilpädagogische Methodik und Intervention, katho: Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen, Münster.

E-Mail: B.Ortland@katho-nrw.de

Dr. sc. hum. Meike Wehmeyer, Dipl. Psych., Wiss. Mitarbeiterin an der Ludwig-Maximilians-Universität München, Institut für Präventions-, Inklusions- und Rehabilitationsforschung, Lehrstuhl Pädagogik bei Verhaltensstörungen und Autismus einschließlich inklusiver Pädagogik; Dozentin Franziskuswerk Akademie; Vorstandsmitglied DGSG e.V..

E-Mail: Wehmeyer@dgsgb.de

Prof.in Dr. iur. Julia Zinsmeister, Professorin für Öffentliches Recht, Technische Hochschule, Köln.

E-Mail: Julia.Zinsmeister@th-koeln.de

Impressum

Die „Materialien der DGSGB“ sind eine Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (DGSGB) und erscheinen in unregelmäßiger Folge.

Anfragen und Rückmeldungen an die Redaktion sind erwünscht.

Die Bände können über die Website der DGSGB (www.dgsgb.de) als PDF-Dateien kostenlos heruntergeladen werden.

Herausgeberin

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung e. V.

Geschäftsstelle:

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel

Tel: 0521/ 772-77300

Maraweg 21, 33617 Bielefeld

E-Mail: geschaefsstelle@dgsgb.de

Website: www.dgsgb.de

Redaktion

Dr. sc. hum. Meike Wehmeyer, Dipl. Psych.

80802 München

Tel. 08131/310 66 58

wehmeyer@dgsgb.de

Zweck

Die Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung (DGSGB) verfolgt das Ziel, bundesweit die Zusammenarbeit, den Austausch von Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der seelischen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern sowie Anschluss an die auf internationaler Ebene geführte Diskussion zu diesem Thema zu finden.

dgsgb

Deutsche Gesellschaft für seelische Gesundheit
bei Menschen mit geistiger Behinderung e.V.

Hintergrund

Menschen mit geistiger Behinderung haben besondere Risiken für ihre seelische Gesundheit in Form von Verhaltensauffälligkeiten und zusätzlichen psychischen bzw. psychosomatischen Störungen. Dadurch wird ihre individuelle Teilhabe an den Entwicklungen der Behindertenhilfe im Hinblick auf Normalisierung und Integration beeinträchtigt. Zugleich sind damit besondere Anforderungen an ihre Begleitung, Betreuung und Behandlung im umfassenden Sinne gestellt. In Deutschland sind die fachlichen und organisatorischen Voraussetzungen für eine angemessene Förderung von seelischer Gesundheit bei Menschen mit geistiger Behinderung noch erheblich entwicklungsbedürftig. Das System der Regelversorgung auf diesem Gebiet insbesondere niedergelassene Nervenärzte und Psychotherapeuten sowie Krankenhauspsychiatrie, genügt den fachlichen Anforderungen oft nur teilweise und unzulänglich. Ein differenziertes Angebot pädagogischer und sozialer Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung bedarf der Ergänzung und Unterstützung durch fachliche und organisatorische Strukturen, um seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung zu fördern. Dazu will die DGSGB theoretische und praktische Beiträge leisten und mit entsprechenden Gremien, Verbänden und Gesellschaften auf nationaler und internationaler Ebene zusammenarbeiten.

Aktivitäten

Die DGSGB zielt auf die Verbesserung

- der Lebensbedingungen von Menschen mit geistiger Behinderung als Beitrag zur Prävention psychischer bzw. psychosomatischer Störungen und Verhaltensauffälligkeiten
- der Standards ihrer psychosozialen Versorgung
- der Diagnostik und Behandlung in interdisziplinärer Kooperation von Forschung, Aus-, Fort- und Weiterbildung
- des fachlichen Austausches von Wissen und Erfahrung auf nationaler und internationaler Ebene.

Um diese Ziele zu erreichen, werden regelmäßig überregionale wissenschaftliche Fachtagungen abgehalten, durch Öffentlichkeitsarbeit informiert und mit der Kompetenz der Mitglieder fachliche Empfehlungen abgegeben sowie betreuende Organisationen, wissenschaftliche und politische Gremien auf Wunsch beraten.

Mitgliedschaft

Die Mitgliedschaft steht jeder Einzelperson und als korporatives Mitglied jeder Organisation offen, die an der Thematik seelische Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung interessiert sind und die Ziele der DGSGB fördern und unterstützen wollen.

Die DGSGB versteht sich im Hinblick auf ihre Mitgliedschaft ausdrücklich als interdisziplinäre Vereinigung der auf dem Gebiet tätigen Fachkräfte.

Organisation

Die DGSGB ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Die Aktivitäten der DGSGB werden durch den Vorstand verantwortet. Er vertritt die Gesellschaft nach außen. Die Gesellschaft finanziert sich durch Mitgliedsbeiträge und Spenden.

Vorstand

Prof.ⁱⁿ. Dr. Tanja Sappok, Bielefeld (Vorsitzende)
Dr. Meike Wehmeyer, Dachau (Stv. Vorsitzende)
Markus Bernard, Höchberg (Stellv. Vorsitzender, Schriftführer)
Dr. Björn Kruse, Berlin (Schatzmeister)
Veronika Hermes, Geltendorf
Prof. Dr. Tobias Bernasconi, Bergisch-Gladbach
Prof. Dr. Reinhard Burtscher, Berlin

Geschäftsstelle

c/o Universitätsklinikum OWL der Universität Bielefeld, Campus Bielefeld-Bethel
Tel: 0521/ 772-77 30 0
Maraweg 21, 33617 Bielefeld
E-Mail: geschaeftsstelle@dgsgb.de
IBAN: DE77476501300106110935
BIC: WELADE3LXXX
StNr: 61018/10510
Reg: 95VR16573 AG Charlottenburg