

A Theorie und Forschung

1 Sexualität bei Menschen mit Behinderung – immer noch ein Tabuthema?

Barbara Ortland

»Weiblichkeit? Was war das? Mich als Frau zu begreifen oder zu fühlen, hatte mir niemand beigebracht, und niemand hatte mich aufgeklärt. In meiner ›Erziehung‹ wurde dieser Bereich komplett ausgeblendet und mir wurde vermittelt, dass man als Behinderter ein Bedürfnis nach Nähe einfach nicht zu haben hat. Noch heute wird Behinderten ihr Anrecht auf Sexualität abgesprochen – und oft gestehen wir es uns ja nicht einmal selbst ein, weil dieses Thema in unserer Kindheit und Jugend absolut tabu war und weder im Heim noch in der Schule je darüber gesprochen wurde« (Soyhan, 2012, S. 103).

In diesem Zitat aus der Autobiografie der von Glasknochenkrankheit betroffenen Fernsehmoderatorin Zuhail Soyhan beschreibt sie in Bezug auf ihr Leben den Zusammenhang von Tabuierung der Sexualität und ihrer Behinderung. Dieses Themenfeld soll im nachfolgenden Beitrag aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet werden. Einleitend wird erläutert, was unter einem Tabu verstanden wird und welches Spannungsfeld sich daraus für die Begleitung von Menschen mit Behinderung auf dem Weg zu einer subjektiv befriedigenden und selbstbestimmten Sexualität ergibt. Dazu werden relevante Entwicklungsschritte und Erfahrungen der sexuellen Entwicklung exemplarisch aufgezeigt und Konsequenzen für eine sexualpädagogische Begleitung benannt. Schließlich werden auf der Grundlage der Ergebnisse einer aktuellen Mitarbeitendenbefragung in Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe (Ortland, 2013) aktuelle Themen in der Begleitung Erwachsener mit Behinderung diskutiert.

1.1 Sexualität von Menschen mit Behinderung als ein Tabu?

Das Wort Tabu hat laut Duden folgende bildungssprachliche Bedeutung: »ungeschriebenes Gesetz, das aufgrund bestimmter Anschauungen innerhalb einer Gesellschaft verbietet, über bestimmte Dinge zu sprechen, bestimmte Dinge zu tun« (Duden online, 2014). Es handelt sich damit um kulturell-religiös geprägte Anschauungen, die nicht unbedingt von allen Mitgliedern einer Gesellschaft geteilt werden müssen und grundsätzlich veränderbar sind. Gründer und Stemmer-Lück

(2013, S.17) führen dazu aus, dass zwischen einem »Handlungs- und einem Sprach- und Kommunikationstabu« unterschieden werden kann: »Das Handlungstabu hat die Funktion, soziales Handeln in einer Gesellschaft zu regulieren (...). Das Sprachtabu scheint das Handlungstabu noch zu unterstützen nach dem Motto: ›Was man nicht tut, darüber spricht man auch nicht‹« (ebd., S. 18). Der Bereich der Sexualität wird von ihnen als Tabubereich bezeichnet, so dass dessen Tabuierung sexuelle Handlungen und die Kommunikation über Sexualität gesellschaftlich regulieren soll. Lautmann (2008) erörtert in seinen Ausführungen zu gesellschaftlichen Normen der Sexualität, dass der Begriff des Tabus für eine »besonders scharfe Ablehnung (steht), die jegliche Diskussion unterdrückt [ein Diskursverbot wird vor allem dann verhängt, wenn in der ›falschen‹ Sexualität schwere Gefahren gesehen werden]« (ebd., S. 210). Das heißt, dass es bei Tabuierungsprozessen immer um an einer gesellschaftlichen Norm gemessene Bewertung von Verhalten geht. In Bezug auf die normative Sexualregulierung führt Lautmann aus, dass zwischen Normalität und Normativität zu unterscheiden sei. »Für *normal* wird ein Ereignis gehalten, wenn es nicht weiter auffällt, d. h. für die Situation und die daran Beteiligten als selbstverständlich durchgeht« (ebd., S. 209). Die Deutungsmacht haben also die beteiligten Personen oder z. B. der institutionelle Zusammenhang, in dem das Verhalten gezeigt/nicht gezeigt und als normal/nicht normal bewertet wird. Lautmann führt weiter aus: »Der *normative Akzent* fügt dem Handeln den Charakter des Erlaubten, Geforderten bzw. Verbotenen hinzu. Die Sexualnormen besitzen in unserer Kultur ein hohes Gewicht; sie sind umstritten, oft unklar und häufig dramatischen Wandlungen unterworfen. Für die Akteure hängt viel davon ab, wie gut sie die jeweils gültigen Normen kennen und sich ihnen anpassen« (ebd., S. 209/210).

In Bezug auf Menschen mit Behinderung scheint es im Bereich der Sexualität eine Verquickung sehr unterschiedlicher Aspekte zu geben, die ihnen den Weg zu einer als subjektiv befriedigend erlebten Sexualität erschweren können. Walter (2013) formuliert folgende Gründe als Hindernisse sexueller Selbstbestimmung: »Vorurteile, Ängste und Unsicherheiten, Tabus und Verbote, aber auch sexualfeindliche Lebensbedingungen in Elternhaus, Schule, Werkstatt und Wohnstätte, in Offener Hilfe und Freizeitangeboten (behindern) immer noch selbstbestimmte Sexualität (...) quasi als ›sekundäre soziale Behinderung‹« (ebd. 5 f). Matke (2004, S. 47) nennt ergänzend Mythen, die sich vor allem auf das Sexualverhalten von Menschen mit geistiger Behinderung beziehen und eine »Spannbreite von asexuell bis triebbestimmt« aufzeigen, so dass »eine sachliche Diskussion mit der Thematik« erschwert ist.

Die Bewertungsprozesse bei allen beteiligten Menschen mit und ohne Behinderung setzen sich aus gesellschaftlichen, religiösen, kulturellen, institutionellen sowie individuell-biografischen Anteilen zusammen. Aufgrund dieser Komplexität der Einschätzungen bzgl. der ›Normalität‹ von sexuellen Verhaltensweisen, normativen Akzentuierungen bis hin zu Tabuierungen, kann dieser Themenbereich hier nicht erschöpfend behandelt werden. Es sollen nachfolgend jedoch einige

Denkanstöße bzgl. der Wertungen der Sexualität bei Menschen mit Behinderungen gegeben werden.

Alison Lapper, eine Künstlerin mit Körperbehinderung aus England, berichtet z. B. in ihrer Autobiografie Folgendes: »Manchmal fragen mich die Leute, wie ich Sex mache. Dann erkläre ich ihnen, dass sie sich gefälligst um ihren eigenen Kram kümmern sollen, weil das nun wirklich meine Privatsache ist, außerdem empfinde ich diese Frage oft als leicht beleidigend« (Lapper, 2005, S. 229). Zwei Themen sollen aus dem Zitat herausgegriffen und um weitere Aspekte ergänzt werden. Zum einen scheinen Tabubrüche, hier das Fragen nach sexuellen Praktiken, gegenüber Menschen mit visiblen Behinderungen »erlaubt« zu sein. Wenngleich dies aufgrund des Beispiels nicht verallgemeinerbar ist, so stützt die Befragung von Fries (2005, S. 222 ff) diese Annahme der angenommenen »Zulässigkeit« der Grenzüberschreitungen. Zum anderen ist mit der Frage nach sexuellen Praktiken eine deutliche Diskriminierung verbunden, die Frau Lapper als Beleidigung ihrer Person benennt. Diesbezüglich zeigt die aktuelle repräsentative Studie zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in Deutschland, dass das Erleben von Diskriminierungen den Alltag der Frauen bestimmt: »Die in der Studie befragten Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen haben fast durchgängig (zu 81–99 %) direkte diskriminierende Handlungen durch Personen und Institutionen im Zusammenhang mit ihrer Behinderung erlebt« (Schröttle et al. 2012, S. 34). In Bezug auf sexuelle Entwicklung können diese Abwertungsprozesse erschwerend auf die Ausbildung einer selbstbestimmten und subjektiv befriedigenden Sexualität wirken.

Sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen benötigt eine begleitende Sexualerziehung. Diese ist in Deutschland als gemeinsame Aufgabe von Elternhaus und Schule gesetzlich verankert (vgl. Ortlund 2005). Die Lehrkräfte brauchen dazu u. a. kommunikative Kompetenzen im Bereich der Sexualität und die persönliche Fähigkeit, das Sprach- und Kommunikationstabu in diesem (erlaubten) schulischen Rahmen zu brechen. Sie bewegen sich damit in einem Spannungsfeld von auf der einen Seite notwendiger, gesellschaftlich erwünschter und institutionell verankerter sexualerzieherischer Thematisierung tabuisierter Themen bei auf der anderen Seite erforderlichem Einhalten von Grenzen zur Wahrung der Intimsphäre und Schamgrenzen aller Beteiligten. Auch das Erlernen von Scham und Intimität und den damit verbundenen sozialen Regeln gehört zur Sexualerziehung. Gründer und Stemmer-Lück (2013) beschreiben, dass es bei einem Tabubruch immer zu Gefühlen von »Peinlichkeit, Scham und Schuld wie auch Abscheu und Ekel kommt« (ebd., 18). So sind die professionell Agierenden in sexualpädagogischen und -andragogischen Zusammenhängen herausgefordert, durch entsprechende Reflexionsprozesse einen jeweils für alle Beteiligten passenden Weg zu finden, bei dem diese individuellen Gefühle wahrgenommen und respektiert werden und gleichzeitig angemessene und förderliche Begleitung realisiert werden kann. Weiterhin erfordert sexualpädagogisches Handeln mit Menschen mit Behinderung auch die Berücksichtigung behinderungsspezifischer Themen (z. B. Partnerfindung trotz Behinderung, die eigenen Möglichkeiten, Kinder zu bekommen und zu erziehen, Möglichkeiten unterstützter Sexualität). Diese werden in einer Befragung von

Lehrkräften an der Förderschule mit dem Förderschwerpunkt körperliche/motorische Entwicklung (FkmE) durchweg als brisante Themen (›heiße Eisen‹) bewertet (vgl. Ortland, 2005, S. 152). Es kann vermutet werden, dass dies den geforderten ›Tabubruch‹ im Anforderungsniveau noch potenziert.

Die tägliche Assistenz bei Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ist mit Herausforderungen verbunden, die von den begleitenden Personen eine intensivere Reflexion und Auseinandersetzung mit dem Thema sexuelle Selbstbestimmung erfordert. So berichtet z. B. die junge, schwer körperbehinderte Ronja, die in der Studie von Schabert (2008) interviewt wurde, von ihrem Wunsch, im Genitalbereich rasiert zu werden: »Meinen Sie (...), ich hab das einmal hingekriegt, das zu jemand zu sagen? Das ist ein Ding, das ist ein Ding der Unmöglichkeit (...), weil ich schon so oft mitgekriegt hab, dass die sagen: ›Nein, das mach ich nicht! Des ist ja schmutzig, richtig schmutzig.‹ Und dann möchte ich Ihnen mal was sagen. Dann haben wir eine Sportlehrerin und die duscht mit uns, und nach dem Duschen nimmt sie sich die Rasierklinge und rasiert sich die Haare weg. Und bei uns ist das ›wä – das mach ich nicht, das tu ich nicht. Pfui Teufel, was verlangst du da von mir!« (ebd., 127). Ronja ist bei dem Wunsch zur Gestaltung ihres Körpers aufgrund der Schwere ihrer motorischen Beeinträchtigung auf die fremde Hilfe angewiesen. Sexuelle Selbstbestimmung ist ihr in diesem Bereich nur möglich, wenn Mitarbeitende über ihre eigenen Schamgrenzen und subjektiv empfundenen Ekelgefühle hinweggehen und für sich diesen Tabubruch vollziehen.

Die Tabuierung von Sexualität hat bei allen Menschen ihre Berechtigung, wenn dies zum Schutz der Intimitäts- und Schamgrenzen und der sexuellen Selbstbestimmung aller Beteiligten realisiert wird. Die Tabuierung hat jedoch individuell negative Konsequenzen, wenn dadurch der individuelle Zugang zu der eigenen Entwicklungsressource der selbstbestimmten Sexualität verhindert wird. In der Sexualerziehung von Kindern und Jugendlichen mit und ohne Behinderung sind Tabubrüche, im Sinne des Aufhebens von Kommunikationsverboten, in vertretbarem Maße angezeigt und nötig, um die für sie relevanten Lernprozesse zu ermöglichen und erzieherisch zu begleiten. Sozial angemessene Kommunikation über Sexualität sowie gesellschaftlich angemessenes sexuelles Verhalten sollen erlernt werden. Hier hat sich gezeigt, dass Mythen über die (A-)Sexualität von Menschen mit Behinderung eine konstruktive und angemessene Begleitung erschweren oder sogar verhindern. Im Bereich der alltäglichen Begleitung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf werden Mitarbeitende mit dem Wunsch nach Tabubrüchen konfrontiert. Pflegehandlungen erfordern Eingriffe in die Intimsphäre des anderen und erschweren die Ausbildung von Scham und Intimität (vgl. Ortland, 2007). Hier liegt die Herausforderung in dem Spannungsfeld von auf der einen Seite dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung der Menschen mit Behinderung und auf der anderen Seite dem Recht auf Schutz der eigenen Intimität und der eigenen sexuellen Selbstbestimmung der Mitarbeitenden.

1.2 Sexuelle Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung

Der Abbau von Mythen und Vorurteilen bzgl. der Sexualität von Menschen mit Behinderung (Mattke 2004; Walter 2013) kann über Wissensvermittlung im Bereich der sexuellen Entwicklung bei Menschen mit Behinderungen erreicht werden. Dies soll im Folgenden überblickshaft geschehen. Grundlegende Ausführungen zur sexuellen Entwicklung in Verbindung mit möglichen Besonderheiten bei Menschen mit Behinderung sind an anderen Stellen bereits ausführlich erfolgt (Ortland, 2008, 2011) und mit entsprechenden didaktisch-methodischen Vorschlägen versehen (Ortland, 2006, 2009).

Den folgenden Erörterungen liegt ein breites Verständnis von Sexualität zugrunde, das eine Eingrenzung auf genitale Sexualität ablehnt und fließende Grenzen zu sozialem Verhalten aufweist. Sexualität ist deutlich mehr als Geschlechtsverkehr. Die eigene Körperlichkeit zu erleben, sich als Mann oder Frau zu fühlen, sich als schön empfinden, das Erleben von Zärtlichkeit, Liebkosungen oder Selbstbefriedigung gehören u. a. wie auch analer, oraler oder genitaler Geschlechtsverkehr zur Sexualität. Jeder Mensch, unabhängig von seinen/ihren körperlichen oder kognitiven Voraussetzungen hat Sexualität, und diese umfasst den ganzen Menschen in seinem Erleben. Sie ist eine Lebensenergie, deren Aus- und Erleben als beglückend und Kraft gebend empfunden werden kann. Ein Mangel kann bedrücken oder auch zu Aggressionen führen. Alle Menschen haben ihr Leben lang Sexualität. Sie wird gelernt, in höchst unterschiedlicher Intensität ausgelebt und sehr individuell für das eigene Leben als notwendig oder wichtig bewertet. Sie verändert sich im Laufe eines jeden Lebens, ist in einzelnen Lebensphasen subjektiv unterschiedlich bedeutsam und ist in vielen, positiven und negativen, Facetten erfahrbar.

Die Entwicklung von Sexualität ist durch die sexuelle Motivation, die jeweiligen gesellschaftlichen, kulturell geprägten Sexualnormen, das eigene Sexualverhalten sowie die sexuelle Orientierung determiniert (vgl. Kluge, 2013, S. 72). Diese Determinanten können bei Menschen mit Behinderung eine Veränderung erfahren. So kann bzgl. der sexuellen Motivation z. B. die hormonelle Situation durch bestimmte Medikamente (z. B. Antiepileptika) verändert sein. Ebenso können dauerhafte Schmerzen die sexuelle Motivation negativ beeinflussen. In Bezug auf Sexualnormen sind sie mit Mythen oder Vorurteilen konfrontiert, die ihnen Sexualität absprechen, weil sie als »ewige Kinder« infantilisiert werden. Sowohl sexualfeindliche Lebenswelten als auch veränderte eigene Lebensvoraussetzungen können ihre Möglichkeiten im Ausleben der Sexualität einschränken, so dass weniger oder andere Lernerfahrungen in Bezug auf das Sexualverhalten vorliegen. Homosexuelle Orientierungen führen häufig zu einer doppelten (behinderter Mann und schwul) oder dreifachen (Frau, behindert, lesbisch) Diskriminierung.

Die sexuelle Entwicklung kann in der Kindheit und Jugendzeit grob in drei Phasen unterteilt werden, die im Folgenden als Struktur dienen: Im frühen Kindesalter (0–6 Jahre) liegt der Schwerpunkt auf vielfältigen Erfahrungen mit dem

eigene Körper und der Erprobung von Sozialkontakten außerhalb der Familie. In der mittleren Kindheit (Schuleintritt bis Beginn der Pubertät) wiederholen sich die Themen der frühen Kindheit in neuer Qualität. Das Jugendalter wird entwicklungspsychologisch unter der Perspektive der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben beschrieben (vgl. Fend, 2003). Gerade bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen können sich entsprechende Erfahrungen in spätere Lebensalter verschieben.

Frühes Kindesalter

Die sehr frühen Erfahrungen im Leben eines jeden Menschen beeinflussen den Aufbau des Körperbildes und das Bindungsverhalten. Die Körperwärme der Bezugsperson, Liebkosungen, gehalten und getragen werden, ganzkörperlich angenehme Erfahrungen unterstützen ein positives Erleben des eigenen Körpers. Bereits pränatal vorhandene Schädigungen, Frühgeburten oder auch traumatische Erlebnisse für Mutter und Kind durch z. B. lebensbedrohlich verlaufende Geburten können dieses frühe Erleben und den Aufbau von Bindung sehr empfindlich stören (vgl. Kühn & Kalber, 2014). Mit Zunahme ihrer motorischen Möglichkeiten entdecken die Kinder ihren gesamten Körper und so auch die Möglichkeiten zu Selbststimulation im Genitalbereich. Es schließt sich die Fähigkeit zur Beherrschung des Schließmuskels an. Diese Fähigkeiten erlangen Kinder mit Behinderung nicht immer oder deutlich später, so dass sehr grundlegende Erfahrungen von Festhalten und Loslassen oft nicht oder später gemacht werden können. Auch zur Abgrenzung in der Trotzphase und zur Formulierung der vielen Fragen nach dem ›Warum‹ braucht es entsprechende sprachliche und kognitive Möglichkeiten. In einer Kindergruppe üben die Kinder rollenspezifisches Verhalten z. B. durch Vater-Mutter-Kind-Spiele. Enge Freundschaften können sich bilden und somit Beziehungserfahrungen gemacht werden. Die eigenen körperlichen Möglichkeiten in Bezug auf Kraft, Bewegung und Körperbeherrschung werden erprobt, so dass sich das Gefühl für den eigenen Körper weiter entwickeln kann. Doktorspiele dienen zur Erkundung der Unterschiede zwischen dem eigenen und dem anderen Geschlecht und tragen so zur Entwicklung der eigenen Geschlechtsidentität bei. Windeln sind hier oft hinderlich. Ebenso fangen die Kinder an, in sehr unterschiedlicher Ausprägung und abhängig von familiären Schamregeln, Schamgefühl zu entwickeln. Dies ist durch Pflegeabhängigkeit deutlich erschwert.

Mittlere Kindheit

In der mittleren Kindheit wiederholen sich die Themen der frühen Kindheit: Doktorspiele, Selbststimulation, Erfahrungen mit Verliebtsein, Fragen zu Geschlechtsverkehr, Schwangerschaft und Geburt sowie das Einfinden in die Geschlechterrolle als Junge oder Mädchen.

Diese Themen realisieren sich aber nun vor dem Hintergrund einer neuen sozialen Gruppe in der Schule, schulischer Sexualerziehung, neuer Zugang zu Medien, mehr

Freiräumen durch mehr Selbständigkeit und mehr eigenen Kompetenzen. Für Kinder mit Behinderung kann sich das anders darstellen und zwar sowohl in Bezug auf die Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen, als auch auf die Bewertung der Erfahrungen im Rahmen der (sexuellen) Selbstkonzeptentwicklung. Veränderungen sind jedoch nicht allein vom Grad der Beeinträchtigung der eigenen Kompetenzen abhängig. Auf der personalen Ebene sind z. B. auch die eigene Selbstwertschätzung, die Form der Kontrollüberzeugungen oder die Bewertung der eigenen Behinderung (als Schicksal oder als Herausforderung) bedeutsam. Auf der sozialen Ebene spielen z. B. Verlässlichkeit der Erziehungsbedingungen, der Anregungsgehalt der Umgebung oder die Akzeptanz durch Eltern und Umfeld eine Rolle. Ebenso haben gesellschaftliche-strukturelle Faktoren auf die Entwicklung der Kinder und später Jugendlichen Einfluss (vgl. Leyendecker, 2006, S. 21 f).

Jugendalter

Im Jugendalter stehen alle Jugendlichen vor der Herausforderung der Ausbildung/Weiterentwicklung der eigenen Identität. Exemplarische Entwicklungsaufgaben sind z. B. nach Fend (2003), den eigenen Körper bewohnen zu lernen, Umgang mit Sexualität zu lernen und Umbau der sozialen Beziehungen.

Für Jugendliche mit Behinderung kann die individuelle Bearbeitung der Entwicklungsaufgaben, die in einem ko-konstruktiven Prozess zwischen ihm/ihr und dem jeweiligen Umfeld (Familie, Schule etc.) in gegenseitiger Einflussnahme realisiert wird (vgl. Fend 2003, 208 f), mit besonderen Herausforderungen verbunden sein. Auf gesellschaftlich-struktureller Ebene erschweren z. B. mangelnde Möglichkeiten der Teilhabe in der Freizeit (BMAS 2013, S. 210) und der Mobilität (ebd., 175) die Möglichkeit, andere Menschen kennen zu lernen, Partner/innen zu finden oder sexuelle Erfahrungen zu machen. Stigmatisierungsprozesse und erlebte Diskriminierungen (Schrötle et al., 2012, S. 34) sowie die Vermeidung von Kontakten durch Menschen ohne Behinderung oder erlebte Kontaktabbrüche können im sozialen Bereich als abwertende Erfahrungen erlebt werden und verunsichern. Dies wird in einem autobiografischen Zitat aus der Jugendzeit des an Muskeldystrophie erkrankten Hans-Joachim Stelzer deutlich: »Kontaktschwierigkeiten kannte ich nicht! Sobald aber meine Kontaktversuche einen sexuellen Unterton erhielten, verklemmte und blockierte ich mich total. Ich fühlte mich schüchtern und irgendwie minderwertig. (...) Es war nicht die Furcht vor der ganz normalen Ablehnung, mit der man immer rechnen musste, wenn man einen Beziehungsversuch startete. (...) Ich fürchtete mich aber vor einer Ablehnung wegen meiner Behinderung. Mein Selbstbewusstsein war damals noch nicht so stark gefestigt, als dass ich souverän mit solch einer behinderungsbedingten Ablehnung umzugehen gewusst hätte« (Stelzer, 2011, S. 118 f). Häufig fehlen Vorbilder oder Gesprächspartner/innen mit Behinderung, mit denen Unsicherheiten, Ängste oder auch erfreuliche, erotische Erfahrungen thematisiert und geteilt werden könnten. Pflegeabhängigkeit kann ebenso das Erleben von Sexualität und auch die Bewertung der eigenen Lebenssituation mit Behinderung verändern. Die Progredienz einer Behinderung und den damit verbundenen Verlust an Selbständigkeit beschreibt Stelzer wiederum sehr

eindrücklich: »Mein Status als ›Selbstabwischer‹ (auf der Toilette, B.O.) verabschiedete sich langsam aber kontinuierlich. (...) Dabei spielte es keine Rolle, dass meine weiblichen und männlichen Behindertenassistenten sehr einfühlsam mit dieser Situation umgingen. Mein Behindertsein schlug voll durch, an einer Stelle, wo ich ›seelisch entblößt‹, gefühlsmäßig aufgewühlt war und keine Schutzmechanismen zur Verfügung standen« (ebd., S. 220).

Durch die Behinderung, Pflegeabhängigkeit, erlebte Fremdbestimmung, das Leben in Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen sowie oft fehlende oder nur kleine soziale Netzwerke sind die jungen Männer und Frauen besonders gefährdet, Opfer sexueller Gewalt zu werden (vgl. Zemp, 2011). Diese Gefährdung, aber auch die Angst vor ungewollten Schwangerschaften führt häufig zu prophylaktischer Verhütung (vgl. Schröttle et al., 2012, S. 41) und/oder zu einem sehr behütenden Erziehungsverhalten der Begleitpersonen. Dies ist bei Töchtern deutlicher ausgeprägt als bei Söhnen (vgl. Leue-Käding, 2004) und erschwert, sexuelle Erfahrungen zu machen. Sexuelle Erfahrungen sind in Kombination mit angemessener Sexualerziehung wiederum nötig, um zum einen sexuelle Übergriffe als solche erkennen und benennen zu können und zum anderen zu einer subjektiv befriedigenden Sexualität und Sicherheit im sexuellen Verhalten zu gelangen. Es zeigt sich ein Teufelskreis, den es zu durchbrechen gilt.

Abschließend ist bei allen möglichen Veränderungen der sexuellen Erfahrungen in der gesamten sexuellen Entwicklung zu betonen, dass Menschen mit Behinderung keine behinderte Sexualität haben. Häufig werden sie in ihrer individuellen sexuellen Entwicklung durch ihr eher sexualfeindliches Umfeld behindert und erhalten zu wenig förderliche, Mut machende und Freiräume eröffnende Unterstützung. Zum Abschluss sollen deshalb aktuelle, ausgewählte Ergebnisse einer Mitarbeitendenbefragung dargestellt werden, in der die zu Beginn schon benannte Verquickung verschiedener Faktoren deutlich wird (Ortland, 2013). Ebenso wird dargestellt werden, dass sich in institutionellen Zusammenhängen eigene Normen von angemessenen sexuellen Verhalten entwickeln können, welche gesellschaftlichen Normen diametral entgegenstehen.

1.3 Sexuelle Selbstbestimmung in einer Wohneinrichtung

In dieser nicht repräsentativen Erhebung wurden Mitarbeitende aus sechs Wohneinrichtungen der Eingliederungshilfe, in denen vorrangig Erwachsene mit geistiger Behinderung leben, mit einem Fragebogen schriftlich und in anonymisierter Form befragt. Aufgrund der breiten Datenlage (N = 640) geben die Ergebnisse deutliche Hinweise auf die Situation aus der Perspektive der Mitarbeitenden. Folgende Forschungsfragen leiteten die Studie: