



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Sexualpädagogik für Menschen mit intellektuellen Behinderungen an der Schnittstelle zwischen Elternhaus und professioneller Betreuung.

Eine qualitative Untersuchung, wie Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung das sexualpädagogische Modell `Special Love Talks` beurteilen und welche Unterstützung sie zur Begleitung der sexuellen Entwicklung ihrer Kinder benötigen.“

Verfasser

Andreas Lenz

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag. Phil.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 297

Studienrichtung lt. Studienblatt: Diplomstudium Pädagogik

Betreuerin / Betreuer: Doz. Ao. Univ.- Prof. Dr. Ernst Berger

Eidesstattliche Erklärung

Die Arbeit wurde vom Autor selbstständig verfasst. Extern verwendete Quellen sind als solche gekennzeichnet. Die vorliegende Arbeit wurde bei keiner anderen Universität eingereicht. Der Verfasser ist informiert, dass falsche Angaben rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen können.

Wien, März 2012

Lenz Andreas

Vorwort

Dankaussagen:

Ein besonderer Dank geht an Herrn Professor Berger für die freundliche und kompetente Begleitung und Betreuung der vorliegenden Arbeit. Bedanken möchte sich der Autor ferner bei allen, die ihm bei der Umsetzung der Arbeit geholfen haben:

- BetreuerInnen der Lebenshilfe Salzburg
- LeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg
- InterviewpartnerInnen
- Hr. Brosch (Moderator von „Special Love Talks“)
- MitarbeiterInnen der Bibliothek der Lebenshilfe
- Freunde, Familie, GegenleserInnen,...

Abstract:

Die vorliegende Arbeit soll Einblicke in das Arbeitsfeld der sexualpädagogischen Begleitung und Unterstützung bei Angehörigen von Menschen mit intellektueller Behinderung und deren Probleme liefern. Der Fokus wurde auf das sexualpädagogische Projekt „Special Love Talks“ gelegt. Die Befragung von elf Angehörigen in den Einrichtungen (Werkstätten und Wohnheimen) der Lebenshilfe Salzburg stellt den Ausgangspunkt der Diplomarbeit dar. Betroffene teilen ihre Erfahrungen, welche sie in der Begleitung von Menschen mit intellektueller Behinderung machten, mit. Für den Leser/ die Leserin bietet es die Möglichkeit, trotz zunehmender Akzeptanz von Sexualität bei Menschen mit intellektueller Behinderung auftretende Probleme und Stigmatisierung in der Umsetzung zu sehen, welche auch heute noch bestehen.

Inhaltsverzeichnis

1. <u>Einleitung- Disziplinäre Anbindung</u>	9
2. <u>Begriffsklärung und Definition (intellektueller) Behinderung</u>	13
2.1. Probleme bei dem Begriff Behinderung.....	13
2.2. Medizinische Betrachtungsweise von Behinderung..	14
2.3. Klassifikationssysteme der WHO.....	16
2.4. Problematik bei der Begriffswahl	22
2.5. Gesellschaftliche Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Behinderung.....	24
2.6. Geschichtlicher Hintergrund.....	27
2.7. Biologistische Ansätze.....	31
2.8. Gesellschaftliche Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung.....	36
3. <u>Definition von Sexualität</u>	41
3.1. Sexualität- der Versuch einer Begriffsbestimmung....	41
3.2. Sexualpädagogik und ihre Relevanz für Menschen mit Intellektueller Behinderung	45
3.3. Sexualität und Geschlecht.....	48
3.4. Die sexuelle Entwicklung von Menschen.....	50
3.4.1. Die körperliche und psychosexuelle Entwicklung von Heranwachsenden ohne Behinderung.....	50
3.4.2. Die körperliche und psychosexuelle Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung.....	53
3.5. Recht auf Anerkennung sexueller Selbstbestimmun.....	61
4. <u>Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung</u>	66

4.1.	Psychische Belastungssituation durch vorgeburtliche Untersuchungen werdender Eltern.....	66
4.2.	Relevanz der Schwangerschafts- und Kindesbegleitung	67
4.3.	Eltern und ihre Vorbildfunktion.....	70
4.4.	Lebenslange Elternschaft.....	71
4.5.	Bereitschaft zur Reflexion.....	72
4.6.	Neue Rollenfindung im Erwachsenenalter.....	74
5.	<u>Sexualerziehung an österreichischen Schulen und betreuten</u>	
	<u>Einrichtung</u>	76
5.1.	Die Rolle der Bezugspersonen und der Einfluss ihrer eigenen Sexualerziehung.....	76
5.2.	Verankerung von Sexualerziehung im Schulsystem.....	82
5.2.1.	Erlass für Sexualerziehung	83
5.2.2.	Lehrpläne für Sexualerziehung	85
5.3.	Sexualerziehung bei Menschen mit intellektueller Behinderung	87
5.3.1.	Rechtliche Grundlagen	87
5.3.2.	Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung	88
5.4.	Umsetzung der Sexualerziehung im Unterricht.....	89
5.4.1.	Anknüpfen an Vorwissen - Problematik bei Menschen mit intellektueller Behinderung	90
5.4.2.	Relevanz der Unterrichtsmaterialien	91
5.5.	Relevanz der gesetzlichen VertreterInnen (Eltern, SachwalterInnen,...) von Menschen mit intellektueller Behinderung.....	94
5.6.	Rolle des pädagogischen Personals	99
5.6.1.	LehrerInnen und BetreuerInnen als Vorbildfunktion	99

5.6.2. Mögliche Probleme im pädagogischen Alltag (Schulen, Wohnheime und Werkstätten) bei Menschen mit intellektueller Behinderung	101
5.6.3. Aus- und Weiterbildungen für PädagogInnen zum Thema Sexualpädagogik	103
6. <u>Rechtliche und soziale Aspekte zum Thema Sexualität von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung</u>	105
6.1. Sexualität Minderjährige	105
6.1.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sexualität bei Minderjährigen	105
6.1.2. Sexuelle Übergriffe unter Kindern	106
6.2. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sexualität bei Volljährigen.....	108
6.3. Sterilisation und Verhütungsmethoden.....	108
6.3.1. Erhältliche Verhütungsmittel im bio-psycho-sozialen Kontext. .	108
6.3.2. Sterilisation im bio- psycho- sozialen Kontext.....	111
6.3.3. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sterilisation- Probleme der Formulierungen und Handhabungen	115
6.4. Schwangerschaftsabbruch	119
6.4.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch	119
6.4.2. Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung	120
6.5. Sexueller Missbrauch	122
7. <u>Sexualität bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung</u>	131
7.1. Geschichtliche Entwicklung in Wohnheimen	131
7.2. Sexuelle Partnerschaft	132
7.3. Unterstützungsmaßnahmen	134
7.4. Kinderwunsch	135

7.5. Homosexualität	137
7.5.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Homosexualität	137
7.5.2. Soziale Aspekte	138
7.5.3. Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung	139
8. <u>Sexualpädagogische Institutionen und Projekte</u>	140
8.1. Sexualpädagogische Einrichtungen in Österreich.....	141
8.2. „Love Talks“; Special Love Talks“.....	142
8.2.1. „Love Talks“ (LT).....	142
8.2.2. „Special Love Talks“ (SLT).....	145
9. <u>Forschungsteil</u>	148
9.1. Forschungsfrage.....	148
9.2. Forschungshypothesen.....	149
9.3. Darstellung der Forschungsmethode.....	150
9.4. Darstellung der Auswertung.....	151
9.4.1. Transkriptionsmethode.....	151
9.4.2. Auswertungsmethode.....	152
9.5. Eckdaten der InterviewpartnerInnen.....	154
9.6. Interviewphase.....	157
9.7. Kontaktaufnahme- Erhebung der InterviewpartnerInnen..	157
9.8. Darstellung der Ergebnisse.....	159
9.8.1. Analyse der Forschungshypothesen.....	159
9.8.2. Überprüfung der Forschungshypothesen.....	171
9.9. Beantwortung der Forschungsfrage.....	176
10. <u>Resümee</u>	179
10.1. Über „Special Love Talks“ (SLT).....	179
10.2. Über den Forschungsteil.....	182
10.3. Über die Auswertung von Ebeyan.....	184
10.4. Konsequenzen für das pädagogische Arbeitsfeld.....	185
11. <u>Literaturverzeichnis</u>	187

12. <u>Anhang</u>	214
12.1. Fragebogen.....	214
12.2. Interviewleitfaden.....	214
12.3. Geführtes Interview (Beispielinterview).....	219
12.4. Lebenslauf des Autors	228
12.5. Abstract der Diplomarbeit.....	229

1. Einleitung- Disziplinaire Anbindung

Die Betreuung von Menschen mit intellektueller Behinderung verändert sich durch das Prinzip der Selbstbestimmung auch in Bezug auf das Thema Sexualität. Institutionen und Einrichtungen, in denen Menschen mit intellektueller Behinderung leben, setzen sich zunehmend professionell mit den Facetten des Themas auseinander und führen für ihre MitarbeiterInnen Fortbildungen durch, bzw. lassen sie einschlägige Weiterbildungen besuchen (vgl. Lebenshilfe 2009, 14); (vgl. Speck 2005, 336- 341).

So wird Sexualität heute als ein wesentlicher Bestandteil des Menschen akzeptiert, auch für Menschen mit Beeinträchtigungen. Eine große Bedeutung wird den Wünschen nach Nähe, Zärtlichkeit, Partnerschaft und Familie beigemessen. Sexualität wird also nicht auf körperliche Bedürfnisse reduziert (vgl. Leue- Käding 2004, 65); (vgl. Schlick 2004); (Walter 2005).

„Jeder Mensch - egal ob behindert oder nicht behindert - verfügt grundsätzlich über die Lebensenergie der Sexualität und kann zu einer subjektiv befriedigenden Form finden, wenn ihm das Erleben eigener Sexualität ermöglicht wird“ (Ortland 2005, 60).

In dieser Aussage von Ortland wird jedoch zugleich auch ein Problem angesprochen: Menschen mit intellektueller Behinderung brauchen in der Verwirklichung ihrer sexuellen Bedürfnisse mehr Unterstützung als Menschen ohne Behinderung. Die Frage, wie viel dies im konkreten Einzelfall sein darf, soll oder muss, wird in den Einrichtungen und in der Fachwelt noch heiß diskutiert. Die Grenzen zu sexuellen Übergriffen oder Gewalt müssen klar gezogen werden. Daher müssen auch diese Themen offen angesprochen und durch Ausbildung und z.B. Supervision professionell begleitet werden (vgl. Leue- Käding 2004, 41- 42); (vgl. Ortland 2008, 85- 90)

Einen zentralen Stellenwert bei der sexualpädagogischen Begleitung und Unterstützung von Menschen mit intellektueller Behinderung nehmen Angehörige und Sachwalter ein. Persönliche Einstellungen und Wertehaltungen seitens der Bezugspersonen bezüglich Sexualität bzw. Sexualität und Behinderung beeinflussen, wie und in welchem Ausmaß sexualitätsbezogene Themen behandelt werden und ob z.B. der Besuch von sexualpädagogischen Projekten unterstützt wird. Oftmals ist dieser Personenkreis mit der sexualpädagogischen Begleitung und Unterstützung von Menschen mit intellektueller

Behinderung durch Vorurteile und Stigmatisierung zum Thema Sexualität und Behinderung überfordert. LehrerInnen, BetreuerInnen und Beratungsstellen können bei sexualitätsbezogenen Fragen und Problemen für Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung eine unbefangene professionelle Hilfe darstellen (vgl. Schlick 2004, 109- 111); (vgl. Walter 2005, 417-418); (vgl. Lebenshilfe 2009, 128- 139); (vgl. Ortlund 2008, 90- 92); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 328- 330).

Diese Arbeit untersucht Aspekte, wie die sexualitätsbezogene Begleitung von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung an der Schnittstelle zwischen den primären Bezugspersonen – meist den Eltern oder nahen Angehörigen – und dem Übergang zu einer professionellen Betreuung durch eine Wohneinrichtung, Werkstatt o.ä. gestaltet werden kann und welche Probleme noch ungelöst sind.

Ausgangspunkt ist das Projekt „Special Love Talks“ (SLT), da es sich um ein sexualpädagogisches Projekt handelt, welches neben BetreuerInnen und Menschen mit intellektueller Behinderung die Eltern explizit in die sexualpädagogische Arbeit mit einbezieht. Anders als andere sexualpädagogische Weiterbildungsmaßnahmen wird dieses Projekt unter Einbeziehung aller Betroffenen (BetreuerInnen, Leitung, Eltern, Menschen mit intellektueller Behinderungen) direkt in den Einrichtungen durchgeführt (vgl. Schlick 2004, 112); (vgl. www.senia.at, Download am 16.11.2011); (vgl. www.sexualpädagogik.at, Download am 08.12.2011); (vgl. www.isp-dorthmund.de, Download am 08.12.2011); (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011).

Die Zufriedenheit der Eltern mit SLT wurde in einer Untersuchung von Schlick (2004) quantitativ erhoben.

Die Ergebnisse dieser quantitativen Untersuchung werden daher in Beziehung gesetzt mit den Ergebnissen der Interviews, die für diese Arbeit durchgeführt wurden.

Die Schwierigkeiten, mit denen Eltern bei der Begleitung der psychosexuellen Entwicklung ihrer intellektuell beeinträchtigten Kinder konfrontiert sind, werden in dieser Arbeit herausgearbeitet, da es dazu wenig Literatur und vor allem wenige wissenschaftlichen Untersuchungen gibt (vgl. Ortlund 2008); (vgl. Walter 2005); (vgl. Lebenshilfe 2009); (vgl. Schlick 2004).

Es gilt daher zu untersuchen, welche Art von Unterstützung Eltern bzw. Bezugspersonen wirklich benötigen. Um dies leisten zu können, werden nach einer Eingrenzung der Begriffe und einem Überblick über die psychosexuelle Entwicklung folgende Themenfelder genauer untersucht:

- Sexualpädagogische Begleitung im Vorschulalter
- Sexualpädagogische Begleitung im Schulalter
- Sexualpädagogische Begleitung im Erwachsenenalter (z.B. im Wohnheim)
- Sexualpädagogische Institutionen und Projekte - konkret „Special Love Talks“ sowie
- Rechtliche Aspekte der sexualpädagogischen Begleitung

Die disziplinäre Anbindung des Themas darzustellen ist auf Grund der nach wie vor kaum vorhandenen wissenschaftlichen Anerkennung des Bereichs der Sexualpädagogik schwierig.

Dennoch haben sich im deutschsprachigen Raum einige sexualwissenschaftliche und (einige wenige) sexualpädagogische Projekte etabliert. Leider kann in Österreich auf keine kontinuierliche wissenschaftliche Forschung bzw. eine akademische Institution zurückgegriffen werden. In den letzten 20 Jahren gab es lediglich einige zeitlich begrenzte Projekte (z.B. an der Universität Wien zwischen 1994 und 2007 durch Dr. Karlheinz Valtl), ansonsten institutionalisiert sich Sexualpädagogik außeruniversitär in Form von Ausbildungslehrgängen durch verschiedene Anbieter, die aus ihrem Selbstverständnis heraus unterschiedlich intensiv an sexualwissenschaftliche Traditionen angebunden sind (vgl. www.univie.ac.at, Download am 28.01.2012); (vgl. www.senia.at, Download am 16.11.2011); (vgl. www.sexualpädagogik.at, Download am 08.12.2011); (vgl. www.isp-dorthmund.de, Download am 08.12.2011); (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011); (vgl. Valtl 2001, 83- 85); (vgl. Timmermanns, Tuider, Sielert 2004, 27ff)

Die Relevanz der Auseinandersetzung mit sexualpädagogischen Fragen ergibt sich daher eher aus der Praxis: Personen, die in unterschiedlichen pädagogischen Arbeitsfeldern tätig sind, werden – nicht zuletzt durch die Liberalisierung des Themas in der Gesellschaft - fast zwangsläufig auch mit sexuellen Bedürfnissen und Äußerungen ihrer KlientInnen, KundInnen bzw. der ihnen anvertrauten Kinder und Jugendlichen konfrontiert (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997); (vgl. Ortlund 2005, 10 ff); (vgl. Lebenshilfe 2009, 10-16).

Diese zu ignorieren würde bedeuten, ein grundlegendes Menschenrecht vorzuenthalten, wie es vor allem auch die UN Konvention (UN Konventionen für MB Artikel 23b und 25a) für Menschen mit Beeinträchtigungen formuliert hat (vgl. www.bmask.gv.at, Download am 29.01.2012).

Die Notwendigkeit von Sexualpädagogik ergibt sich also in erster Linie aus der pädagogischen Praxis. Sielert (2005) sieht den Gegenstandsbereich von Sexualpädagogik darin,

- den Menschen als ein auf Erziehung angewiesenes Sexualwesen zu definieren,
- vorhandene sexuellerzieherisch relevante Konzepte auf ihre anthropologischen, gesellschaftlichen und teleologischen Grundannahmen zu prüfen und neue zu entwickeln,
- die sexuellerzieherische Wirklichkeit empirisch-methodisch und kritisch-analytisch zu beschreiben,
- Handlungstheorien und – modalitäten zu reflektieren und
- im Zusammenhang mit den jeweils zuständigen pädagogischen „Schwesterdisziplinen“ (Vorschul-, Sonder-, Sozial-, Schul-, Medienpädagogik und Erwachsenenbildung) ihre speziellen Realisierungsprobleme zu bearbeiten (vgl. Sielert 2005, 23).

Die Hauptströmung der Sexualpädagogik ist die sogenannte emanzipatorische Sexualpädagogik, die sich in der Tradition einer kritisch-reflexiven Erziehungswissenschaft sieht (vgl. Sielert 2005, 24). Die Befreiung aus inneren – biografischen – und äußeren – sozialen – Zwängen steht im Mittelpunkt und trifft sich an diesem Punkt mit einer Pädagogik für Menschen mit Beeinträchtigungen, die ebenfalls die Selbstbestimmung und das Empowerment in den Mittelpunkt ihrer Bemühungen stellt (vgl. Lebenshilfe 2009, 10- 16); (vgl. Offenhausen 2006, 15- 29) (vgl. Speck 2005, 67ff; 334- 342).

2. Begriffsklärung und Definition (intellektuelle) Behinderung

2.1. Probleme bei den Begriff Behinderung

Die Schwierigkeit, eine eindeutige Definition des Begriffs „Behinderung“ vorzulegen, besteht vor allem darin, dass der Begriff teilweise überholt scheint. Vor allem auch Menschen mit Beeinträchtigungen selbst sehen allein in diesem Wort oftmals eine Form der Diskriminierung (vgl. Feuser 1996); (vgl. Stinkes 2003, 31- 49); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 33-35, 2007)

Dabei ist der Begriff noch gar nicht sehr alt und wurde eigentlich verwendet, um Begriffe wie „Krüppel“, „Schielender“, „Hinkender“ o.ä. abzulösen, die die betroffenen Menschen noch mehr als heute auf ein einziges Persönlichkeitsmerkmal reduzieren, das eben nicht „der Norm“ entspricht (vgl. Steingruber 2000).

Heute gibt es eine Vielzahl von Begriffen, die jeweils versuchen, dem Problemkreis Behinderung in seinen vielen Erscheinungsformen gerecht zu werden: Menschen mit Behinderung(en), Menschen mit Beeinträchtigung(en), Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit Problemen beim Lernen, aber auch nach wie vor: Sehbehinderte, gehörlose Menschen, körperbehinderte Menschen, nur noch selten: geistig behinderte Menschen u.v.m. (vgl. Biermann, Goetze 2005, 12ff); (vgl. Theunissen 2007, 94- 96)

Die WHO erklärte angesichts der Neuordnung der Klassifikation von Behinderung 2001: „Menschen haben ein Recht darauf, so genannt zu werden, wie sie es wünschen!“ (zit. n. Puschke 2005)

Bei den Veränderungen in den letzten Jahren geht es vor allem auch darum, den Menschen als gesamte Person zu beachten und ihn nicht auf die Behinderung zu reduzieren. Auch das soziale Umfeld und die Behinderungen durch die Gesellschaft werden beachtet, sowie die Möglichkeiten der Teilhabe (Partizipation) in der Gesellschaft (Stichwort Integration) bzw. das Vorenthalten von Teilhabe (in der Schule, im Beruf, beim Wohnen und in der Freizeit). Dazu haben sich in den letzten Jahren auch die gesetzlichen Grundlagen geändert (vgl. Drechsler 2004, 33ff); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 33- 35, 2007).

Ein Versuch kann darin gesehen werden, dass bereits in den 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts in der Definition von „geistiger Behinderung“ des Deutschen Bildungsrates skizziert wird, welche Konsequenzen eine Behinderung auf das pädagogische Arbeitsfeld habe (vgl. Stinkes 2003, 31- 49); (vgl. Fischer 2008, 25).

Definition „geistige Behinderung“ nach Deutschen Bildungsrat

„wer infolge einer organischen- genetischen oder anderweitigen Schädigung in seiner psychischen Gesamtentwicklung und seiner Lernfähigkeit so sehr beeinträchtigt ist, dass er voraussichtlich lebenslänglicher sozialer und pädagogischer Hilfe bedarf. Mit den kognitiven Beeinträchtigungen gehen solche der sprachlichen, sozialen, emotionalen und motorischen Entwicklungen einher“ (Deutscher Bildungsrat 1973, 37 zit. nach Kuhl 2011, 6).

Diese Definition läuft jedoch Gefahr, zu einer reduzierten therapeutischen Hilfestellung, bzw. in eine lebenslange Abhängigkeit zu führen. Eigene Ressourcen des Menschen mit intellektueller Behinderung, welche es zu fördern und zu unterstützen gilt, bleiben ausgeklammert (vgl. Fischer 2008, 21- 25).

2.2. Medizinische Betrachtungsweise von Behinderung

Auch in der medizinischen Definition von Behinderung stehen nicht mehr rein körperliche Merkmale im Vordergrund. Trotzdem müssen für die wissenschaftliche, auch medizinische Forschung sowie zur Beschreibung von Merkmalen beeinträchtigter Menschen Klassifikationen vorgenommen werden, damit z.B. auch darüber entschieden werden kann, ob und welche Unterstützungsmaßnahmen einer Person durch die öffentlichen Wohlfahrtseinrichtungen bzw. die Krankenkassen zustehen. Dennoch soll hier gleich zu Beginn festgehalten werden, dass in der Beurteilung eines Menschen immer die individuellen Möglichkeiten und Ressourcen, die Fähigkeiten und die Chancen zur Entwicklung unter optimaler Förderung mitgedacht werden müssen. Dies kann eine

allgemeine Definition nicht leisten (vgl. Bleidick 1978, 72ff); (vgl. Bach 1991, 3- 13); (vgl. Drechsler 2004, 33ff).

Zunächst können grob folgende Merkmale unterschieden werden:

- Körperliche Beeinträchtigung(en) – dies können fehlende oder nicht funktionierende Gliedmaßen sein oder auch mangelnde oder fehlende motorische Fähigkeiten.
- Sinnesbehinderungen – also Beeinträchtigungen der einzelnen Sinnesorgane bis hin zu völligem Funktionsausfall mit unterschiedlich schwerwiegenden Folgen
- Sprachbehinderungen – im Gegensatz zu früheren Zeiten schließt man heute nicht mehr von den sprachlichen Fähigkeiten auf die geistigen, obwohl dies im Alltag noch anzutreffen ist.
- Psychische (seelische) Behinderung – unter dieses Merkmal fallen eine große Anzahl von Beeinträchtigungen, die jeweils speziell klassifiziert und ihren Auswirkungen auf das Leben der einzelnen Person bzw. ihres Umfeldes betrachtet werden müssen.
- Geistige Behinderung – auch intellektuelle Behinderung als Bezeichnung für andauernde unterdurchschnittliche kognitive Fähigkeiten sowie damit verbundene Einschränkungen des affektiven Verhaltens
- Lernbehinderung – dieser Begriff wird vor allem im schulischen Bereich dann angewendet, wenn die Lernleistungen dauerhaft unterhalb des erforderlichen Niveaus zur Erlangung eines Schulabschlusses liegen, aber keine geistige Behinderung diagnostiziert werden kann. Man spricht auch von einer Beeinträchtigung der Intelligenz (vgl. Bleidick 1978, 72ff); (vgl. Biermann, Goetze 2005, 12ff); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 33- 35, 2007); (vgl. Bach 1991, 3- 13)

Alle diese Einschränkungen können einzeln, aber auch in Mischformen, in unterschiedlichen Schweregraden, von unterschiedlicher Dauer und mit Veränderungen im Lebensalter (durch Verbesserungen durch Förderungen, durch medizinische Behandlung, durch therapeutische Maßnahmen, manchmal auch durch Heilung; aber auch durch Verschlechterungen) auftreten (vgl. Speck 2005, 69); (vgl. Bach 1991, 3-13)

Andere Klassifikationen gehen von den Ursachen von Behinderung aus (endogene und exogene Ursachen). Darauf kann an dieser Stelle nur hingewiesen werden (vgl. Neuhäuser, Steinhausen 1999).

Im Folgenden konzentrieren sich die Ausführungen auf den Bereich der intellektuellen Beeinträchtigung. Die anerkannteste Definition liefert das von der Weltgesundheitsorganisation WHO immer wieder überarbeitete Modell.

2.3. Klassifikationssysteme der WHO

Das ICD Modell

Jene Abkürzung Bezeichnung steht für folgendes Klassifikationssystem:

- „International Statistical
- Classification of
- Diseases and Related Health Problems“(www.dimdi.de, Download am 05.10.2011)

Nach ICD wird zwischen Lebensalter und Intelligenzalter unterschieden (vgl. www.dimdi.de, Download am 05.10.2011).

- Leichte Intelligenzminderung: IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten.
- Mittelgradige Intelligenzminderung: IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Maß an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit.

- Schwere Intelligenzminderung: IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig.
- Schwerste Intelligenzminderung: IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt“ (www.dimdi.de, Download am 05.10.2011).

Bei der Definition der Intelligenzminderung fehlen jedoch Angaben, welche Art der Unterstützung und Fördermaßnahmen ein Personenkreis benötigt. Ferner kann die Zuschreibung und Definition maßgebend vom Gutachter/der Gutachterin abhängen, z.B. von der Interpretation von Testergebnissen oder durch Verzerrungen der Ergebnisse durch das subjektive Empfinden seitens des Gutachters/der Gutachterin. Es stellt sich im heilpädagogischen und integrativen Kontext das Problem, dass die Bezeichnungen darauf ausgerichtet sind, diverse Entwicklungsverzögerungen und Defizite zu beschreiben. Sie stehen damit im Gegensatz zu einem Modell, dass sich an den Ressourcen und Fähigkeiten eines Menschen orientiert und nicht an seinen Beeinträchtigungen. So nehmen im heilpädagogischen Kontext die individuell angepassten Förder- und Unterstützungsmaßnahmen einen ganz besonderen Stellenwert ein. Das Phänomen Behinderung ist somit immer gekoppelt an soziale und kulturelle Werte. Je nach Rollenzuschreibungen oder konkrete Förder- und Unterstützungsmaßnahmen kann diese Personengruppe ihre Behinderung verstärkter oder reduzierter erleben und empfinden (vgl. www.lebenshilfe.at, Download am 12.10.2011); (vgl. Greving, Ondracek 2009, 42-77); (vgl. Stockner 2010); (vgl. Speck 2005, 33- 42); (vgl. Fischer 2008, 13- 36).

Die Angehörigen spielen in der Beurteilung der Situation und der Möglichkeit, die eigene Behinderung positiv zu integrieren, eine zentrale Rolle. Eine Mutter beschreibt die Situation mit ihrem intellektuell behinderten Kind wie folgt:

„Das Leben mit Kilian empfinde ich trotz Stress, Sorgen und Ängsten als große Bereicherung. Ich hätte früher nicht unbedingt gedacht, dass auch ein schwer behinderter Mensch wie Kilian so viel Lebensfreude haben kann“ (www.lebenshilfe.at, Download am 12.10.2011).

Angehörige empfinden es oftmals als eine extreme Belastung, geringschätzenden Blicken seitens des sozialen Umfeldes bezüglich ihres Kindes ausgeliefert zu sein (vgl. www.lebenshilfe.at, Download am 12.10.2011):

„Letztens hat uns sogar eine Frau völlig schamlos mit offenem Mund nachgesehen“ (www.lebenshilfe.at, Download am 12.10.2011).

Es zeigt sich somit die Problematik der gesellschaftlichen Zuschreibungen von Behinderung. Frühere Modelle und Klassifikationen waren neben ICD auf das Beschreiben von Defiziten ausgerichtet. Da es sich beim Menschen um ein bio-psycho-sozio-kulturelles Wesen handelt, kann eine alleinige biologische oder psychische Betrachtung dem gesamten Menschen nicht gerecht werden (vgl. Puschke 2005); (vgl. Fischer 14- 36).

Ein weiteres Modell, welches relevante psychosoziale Aspekte ausklammerte, wurde 1980 unter den Namen ICIDH entwickelt und bis in die Jahrtausendwende verwendet (vgl. Puschke 2005). Jene Abkürzung steht für folgendes Klassifikationssystem:

- „International
- Classification of
- Impairments,
- Disabilities,
- Handicaps“ (www.dimdi.de, Download am 01.12.2011)

Es ist in folgende Bereiche unterteilt

- Schädigung (körperlich oder mental)
- Funktionsbeeinträchtigung (Einschränkung durch die Behinderungsart)
- Soziale Benachteiligung (z.B. Barrieren durch bauliche Gegebenheiten) (vgl. Puschke 2005).

Eine neue Klassifikation ICF sollte alte Modelle mit dem Fokus auf defizitäre Betrachtung durch die Erweiterung psychischer und sozialer Faktoren ergänzen, z.B.

dadurch dass beachtet wird, welche Fähigkeiten vorhanden sind bzw. welche Einschränkung sich durch die Behinderung für die Person ergeben (vgl. Puschke 2005).

Das ICF- Modell

(„Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (www.dimdi.de, Download am 26.10.2011))

Dieses Modell wurde seitens der WHO zu Beginn der Jahrtausendwende verabschiedet

	ICDH	ICF
Konzept:	Kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell:	Krankheitsfolgenmodell	Bio- psycho- soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung:	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	Formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen: keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	Formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
Grundlegende Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und -strukturen

	<ul style="list-style-type: none"> • (soziale) Beeinträchtigung 	Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) <ul style="list-style-type: none"> • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation (Teilhabe) Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation (Teilhabe)
Soziale Beeinträchtigung:	Attribut einer Person	Partizipation (Teilhabe) und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren:	Bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
Personenbezogene (persönliche) Faktoren:	Werden höchstens implizit berücksichtigt	Werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich:	Nur im gesundheitlichen Kontext	

„ (icf 2005, 5 von 191).

Im Vergleich zum vorigen Modell entspricht die Erweiterung bei ICF im weiteren Ausmaß der Lebenswirklichkeit von Menschen mit intellektueller Behinderung. Jedoch wurde dieses Modell ebenfalls aus der Sicht von nicht behinderten Menschen entwickelt. Ziel des Modells sollte es sein, den Ausschluss und die Isolierung von Menschen mit intellektueller Behinderung aus dem gesellschaftlichen Leben abzuwenden. Die Erweiterung des Behinderungsbegriffs kann daraus abgeleitet werden, dass bei mangelnder Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nicht die Behinderungsart als

ursächlich, sondern die Behinderung dieser Personengruppe durch die Gesellschaft gesehen wird (vgl. Puschke 2005); (vgl. Fischer 2008, 12- 18).

Definition nach Feuser

Nach Annahme von Feuser gäbe es ferner keine „Geistigbehinderten“. Es handle sich bei der Bezeichnung „Behinderung“ um eine Normierung von WissenschaftlerInnen und ForscherInnen, welche nach Maßstäben (z.B. IQ Tests, ...) versuchen, Abweichungen zu definieren. Diese Definition kann als Konsequenz die Aussonderung und Selektion von Menschen mit intellektueller Behinderung begünstigen. Zwar werde beispielsweise versucht, Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung in einem gemeinsamen Klassenraum mit Gleichaltrigen ohne Behinderung zu unterrichten; jedoch bestehe in dieser Form der Integration großer Aufholbedarf, wenn nach verschiedenen Lehrplänen gearbeitet werde, bzw. PädagogInnen dieser Form des Unterrichtes skeptisch gegenüberstehen. Nach Feuser besteht der Terminus Behinderung in einer Reduktion des Menschen auf seine Beeinträchtigung. Besondere Bedenken sieht er folglich in dem Machtanspruch der Heilpädagogik bezüglich der externen Rollenzuschreibung (z.B. defizitorientierte Betrachtungsweise) und deren Konsequenzen auf die Personengruppe, der Menschen mit intellektueller Behinderung (vgl. Feuser 1996).

„Der `geistigbehinderte` Mensch darf also nur so (und nicht anders) sein, wie wir ihn uns zu denken vermögen, wie wir annehmen, daß er sei. Mittels des sozialen und bildungsmäßigen Reduktionismus, vermittelt, organisiert und kontrolliert durch die Heil- und Sonderpädagogik, tun wir alles dafür, daß diese Projektionen eine überzeitliche Gültigkeit erfahren“ (Feuser 1996).

Besondere Gefahr einer externen Beschreibung von Menschen mit intellektueller Behinderung kann darin gesehen werden, dass diese Etikettierung sich meist über das ganze Leben erstreckt. Radikal formuliert Feuser, dass Menschen mit Downsyndrom gezeigt haben, dass ein Leben mit dieser Chromosomenabweichung durchaus zu meistern und auch lebenswert ist. Menschen ohne Behinderung haben dieses noch nicht bewiesen. Ferner würden mit der Etikettierung „Behinderung“ defizitorientierte Aspekte in den Vordergrund geschoben, welche aber andere wesentliche Eigenschaften, die das Gesamtbild eines Menschen ausmachen, ausklammern (vgl. Feuser 1996).

„Es müsste `eigentlich` ein ureigenes pädagogisches Anliegen sein, sich auf das zu orientieren, was aus einem Menschen seiner Möglichkeit nach werden kann, und nicht auf das, wie er uns gerade erscheint, daß er sei“ (Feuser 1996).

Daraus kann abgeleitet werden, dass im heilpädagogischen Arbeitsfeld der Fokus bezüglich Behinderung nicht zu eng gewählt werden darf. Es gilt zu analysieren, welche Aspekte des Menschseins gefördert werden sollte.

2.3. Problematik bei der Begriffswahl

Im geschichtlichen Verlauf zeigte sich, dass pädagogisches Personal, ForscherInnen,... mit der Problematik konfrontiert waren, dass einst neutral gewählte Begriffe (z. B. Idiotie, Schwachsinn,...) die gesellschaftlich negative Wertung von Behinderung nicht stoppte. Auch die Suche nach weiteren Begriffen konnte diese nicht aufhalten. Eine Begründung kann in den auch heute noch vorherrschenden Einstellungen und Werthaltung bezüglich Behinderung gesehen werden. Im wissenschaftlichen Diskurs gab es ferner Befürworter, den Begriff „Behinderung“ abzuschaffen. Allerdings fällt es ohne Begriffsbestimmungen, bzw. Behinderungsbeschreibungen schwer, die notwendigen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen auf die Behinderungsart anzupassen. Einerseits kann, so wie bei Menschen ohne Behinderung, durch Lob eine Verstärkung erbrachter Leistungen durch positive Motivation begünstigt werden. Andererseits können bereits im Kindesalter, anders als beispielsweise bei nicht behinderten Geschwistern, Menschen mit intellektueller Behinderung sich selbst als defizitär empfinden. Dafür stellt es eine Notwendigkeit dar, durch begriffliche Konkretheit genau jene Problematik zu skizzieren, in welcher diese Personengruppe durch ihre Behinderungsart Hilfestellungen (z. B. bei Amtswege, persönlicher Pflege,...) benötigt. Ein wichtiger Aspekt in der Diskussion um die Begriffswahl ist es, andere Eigenschaften der Persönlichkeit (z.B. Hilfsbereitschaft, Freundlichkeit,...) positiv hervorzuheben, also die Behinderung nicht vor der Person zu sehen bzw. ihr diese „überzustülpen“. Die Problematik der Wortwahl des Begriffes (intellektuelle Behinderung, geistige Behinderung,...) findet sich ferner im wissenschaftlichen Diskurs wieder (vgl. Theunissen 2005, 13- 14); (vgl. Greving, Ondracek 2009, 42- 77); (vgl. Speck 2005, 43- 53); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 94- 96).

Begriff Geistige Behinderung versus Intellektuelle Behinderung

In den 50-er Jahren des vorigen Jahrhunderts sollte die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ die früher verwendeten Begriffe ablösen. Er wurde an die englische Bezeichnung „mental retardation“ angelehnt und von der Lebenshilfe entwickelt (vgl. Speck 2005, 43); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 94).

In unzähligen Fachbüchern kann der Begriff „geistige Behinderung“ auch heute noch gelesen werden. Im wissenschaftlichen Diskurs finden sich neben jenem Begriff der „geistigen Behinderung“ auch jener der „intellektuellen Behinderung“. Weber differenziert folgende Unterscheidung in der Wertung (vgl. Weber 1997, 14- 15):

„Durch den Austausch des Wortes geistige mit intellektuelle wird verschärft auf das persistierende Merkmal bei diesem Erscheinungsbild hingewiesen, nämlich auf die Beeinträchtigung intellektuell- kognitiver Funktionen. Die Einschränkungen beziehen sich vor allem auf die Bereiche der abstrakt-analytischen und begrifflichen Intelligenz und den hiermit verbundenen mehr oder weniger ausgeprägten Schwierigkeiten und Begrenzungen in der Aneignung von Fertigkeiten wie z. B. dem Generalisierungsvermögen, dem abstrakt- logischen Denken, dem Vorstellungsvermögen, der Strategieentwicklung und der Strategiebefolgung. Demgegenüber entwickeln Menschen mit IB unter normalisierten Bedingungen und häufig graduell zum Schweregrad der intellektuellen Behinderung größere Fertigkeiten in sozialen Kompetenzen. Dies betrifft nicht nur die Bereiche des zwischenmenschlichen Kontaktes, sondern trifft auch auf die Entwicklung von beruflichen Fertigkeiten und auf die Entwicklung von persönlichen Interessen zu. Insofern erscheint der Begriff geistige Behinderung als zu breit für das besprochene Erscheinungsbild und im Hinblick auf den heutigen Kenntnisstand als nicht mehr korrekt“ (Weber 1997, 14- 15).

In der vorliegenden Arbeit wird daher die Bezeichnung „Intellektuelle Behinderung“ verwendet, da dieser der zu beschreibenden Personengruppe am ehesten gerecht wird. Bei AutorInnen, welche in ihren Texten „geistige Behinderung“ verwendeten, wird er in den Zitaten auch so geschrieben.

2.5. Gesellschaftliche Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Behinderung

Wie bereits erläutert handelt es sich auch bei wissenschaftlichen Aussagen um gesellschaftliche Zuschreibungen, wie Behinderung gesehen wird. Gesellschaftliche und individuelle Faktoren beeinflussen somit, aus welchem Blickwinkel Behinderung betrachtet wird, ebenso, welche Fähigkeiten den einzelnen Personengruppen zugesprochen- bzw. aberkannt werden. Deutliche Unterschiede bezüglich der Akzeptanz von Behinderung innerhalb der Gesellschaft zeigen sich in der Differenzierung von körperlicher Behinderung und intellektueller Behinderung. Menschen mit körperlicher Behinderung wird bezüglich Ausbildung und Beruf mehr Leistungsfähigkeit zugesprochen, als Personen mit intellektueller Behinderung. Gesellschaftliche Förder- und Unterstützungsmaßnahmen sowie die Teilhabe am sozialen Leben hängt folglich maßgebend von der Akzeptanz von Menschen ohne Behinderung ab; also ob und in welchem Umfang negative Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Behinderungen überwunden bzw. reflektiert werden. In Fachkreisen stehen somit zweierlei kontroverse Richtungen einander gegenüber; einerseits jene, welche Behinderung als Erkrankung und Gendefekt ohne Entwicklungsmöglichkeiten betrachtet und andererseits die heil- und integrativpädagogische Betrachtung der Förderung und Unterstützung (vgl. www.euro.who.int/de, Download am 16.10.2011); (vgl. Stinkes 2003, 45); (vgl. Gerber 2005); (vgl. Theunissen 2005, 18- 19); (vgl. Markowetz 2007, 289- 293).

Es lässt sich beispielsweise in dem bereits zitierten früheren Lehrbuch folgende Aussage über das „entsprechende“ Verhalten gegenüber jener Personengruppe finden:

„Man sollte nie gedankenlos über das Schicksal dieser Menschen hinwegsehen. Sie empfinden genauso Freude und Leid, Glück und Unglück, Liebe und Zuwendung wie wir. Sie brauchen die helfende und wohlwollende Unterstützung ihrer Umwelt genauso wie jeder andere behinderte Mensch“ (Driza, Cholewa, Holemy 1991, 26).

Aus dem Zitat kann abgeleitet werden, dass Unterstützungsmaßnahmen auf Grund der Behinderungsart im Vordergrund stehen. Es kann für MitschülerInnen bedeuten, dass persönliche Fähigkeiten, Interessen und Hobbies durch die Behinderungsart in den Hintergrund gedrängt werden. Es wird dieser Personengruppe eine Außenseiterrolle zugeschrieben. Menschen mit intellektueller Behinderung sollten demnach aus „Mitleid“

gemocht werden. Im Kontext der vorliegenden Arbeit kann es bedeuten, dass stigmatisierenden Zuschreibungen über Menschen mit intellektueller Behinderung lange nachwirken; also dass jenes erlernte Bild von Behinderung seitens der volljährigen Menschen ohne Behinderung verinnerlicht wurden (vgl. Magauer 2008, 157- 161); (vgl. Thimm 2001, 80- 82).

Welche gesellschaftlich stigmatisierende Betrachtungsweise über Behinderung bis heute vorherrscht zeigte ein Fall in Deutschland, wo einer Frau Schadensersatz vom Reiseveranstalter über einen gerichtlichen Prozess zugesprochen wurde, da sie der Anblick auf eine Reisegruppe von Menschen mit Behinderungen störte bzw. sie sich dadurch in ihrer Lebensfreude beeinträchtigt fühlte (vgl. Lempp 2005, 180- 181).

In welchem Ausmaß das Arbeiten mit Menschen mit intellektueller Behinderung zu vorurteilsfreieren Einstellungen gegenüber dieser Personengruppe beitragen kann, konnte von Magauer (2008) aufgezeigt werden.

Magauer erforschte im Rahmen ihrer Diplomarbeit individuelle und gesellschaftliche Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Behinderung und Pränataldiagnostik. In ihrer Arbeit wurden zehn WirtschaftsstudentInnen und zehn Betreuerinnen von Einrichtungen für Menschen mit Behinderung sowie zwei ExpertInnen, nämlich

- Fr. Priming (Öffentlichkeitsarbeit für Menschen mit Behinderungen) und
- Hr. Prim. Prof. Dr. Deutinger (Mediziner im Bereich der Pränataldiagnostik) interviewt.

Bezüglich der Frage, wie das Thema Behinderung in ihrer Primärfamilie behandelt wurde, gab der überwiegende Teil der InterviewpartnerInnen an, dass diese Thematik trotz überwiegenden Vorhandenseins von Menschen mit intellektueller Behinderung im Freundes- und Familienkreis tabuisiert wurde. Die Bereitschaft, sich in der Familie mit dem Thema Behinderung auseinanderzusetzen, trug bei einem Teil der Befragten zu einem positiveren Zugang bei. So gaben Betreuerinnen an, dass der Kontakt mit Menschen mit intellektueller Behinderung Auswirkungen auf ihre Berufswahl gehabt hatte. Nach Angaben der InterviewpartnerInnen konnte die Begegnung und Kommunikation mit Menschen mit intellektueller Behinderung geringschätzende Einstellungen und Werthaltungen positiv verändern. Vorurteile und Berührungsängste wurden abgebaut. WirtschaftsstudentInnen, welche in ihrem Lebensverlauf direkten Kontakt (z.B. durch Zivildienst, Schulprojekte,...) mit dieser Personengruppe hatten, beschrieben diese Begegnungen als sehr lehrreich. Besonders positiv wurde die

Lebenseinstellung von Menschen mit intellektueller Behinderung, im Hier und Jetzt zu leben, und unmittelbar Freude in bestimmten Momenten zu empfinden, beschrieben (vgl. Magauer 2008, 85- 161).

In einem zweiten Schritt wurden die Meinungen zum Themenbereich Pränataldiagnostik erhoben. Die Einstellungen der Behindertenbetreuerinnen waren überwiegend negativ.

Als besonders bedenklich und beängstigend wurde die zugrundeliegende Ideologie einer „behindertenfreien Gesellschaft“ angegeben.

Im Gegensatz dazu sah der überwiegende Teil der befragten WirtschaftsstudentInnen in diesen vorgeburtlichen Untersuchungen einen medizinischen Fortschritt. Eine Person gab die „staatliche Wettbewerbsfähigkeit“ als Argumentation für derartige Untersuchungsreihen an, um keine Projekte für Menschen mit intellektueller Behinderung finanzieren zu müssen (vgl. Magauer 2008, 88- 161).

Magauer konnte im Rahmen eines Expertengesprächs mit Hr. Deutinger aufzeigen, dass Eltern pränataldiagnostische Untersuchungen dahingehend nutzen, um den Gesundheitszustand des Kindes zu erforschen; im Falle einer Behinderung mit der Konsequenz eines Schwangerschaftsabbruchs. Der Auffassung, dass Menschen mit Behinderung als gesellschaftliche Belastung angesehen werden, widersprach Fr. Priming. Sie führte als Argument beispielsweise die Schaffung von Arbeitsplätzen an; z.B. wenn Gebäude behindertengerecht umgebaut werden sollen (vgl. Magauer 2008, 142- 147).

Die Auseinandersetzung mit Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen führt also zu größerer Akzeptanz und zu einer kritischen Haltung gegenüber verschiedenen Erklärungsmustern, wie mit diesen Menschen umgegangen werden sollte. Diese Erkenntnis stellt ein gewichtiges Argument für die Integration von Menschen mit Beeinträchtigungen in allen Lebensbereiche dar. Besonders Erziehungsinstitutionen sind aufgefordert, Kinder mit Beeinträchtigungen nicht auszusondern, sondern sie so weit als irgend möglich am normalen Erziehungsalltag teilhaben zu lassen. Es ist die Aufgabe von gesellschaftlichen Institutionen (Politik, Schule, Gesetzgeber, Medien...), an der Bereitschaft für integrative Bemühungen mitzuwirken und die entsprechenden Rahmenbedingungen zu schaffen (vgl. Bach 1991, 3- 13); (vgl. Wocken 2001, 76- 79).

2.6. Geschichtlicher Hintergrund

Behinderung galt seit der frühen Menschheitsgeschichte als ein nicht der Norm entsprechendes Phänomen. Oftmals wurden Menschen mit intellektueller Behinderung auf Grund ihres äußeren Erscheinungsbildes als Bedrohung (z.B. als Dämon,...) gesehen. Auch kirchlich-religiöse Annahmen von einer „Strafe des Teufels“ begünstigten die Selektion von behinderten und nicht behinderten Säuglingen. Ferner waren sie in späteren Epochen häufig Opfer von Stigmatisierung und geringschätzendem Verhalten (z.B. als Attraktion bei Jahrmärkten, als Bettler,...). Nicht selten wurde die gesellschaftliche „Problemlösung“ von Behinderung in der Tötung von missgebildeten Säuglingen und Kindern gesehen.

Ab dem Mittelalter lassen sich erste Anzeichen von heilpädagogischen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen von Menschen mit intellektueller Behinderung erkennen. Systematische Ansätze (z. B. das Gründen von „Hilfsschulen für schwachsinnige Kinder“) finden sich in Aufzeichnungen ab dem 19. Jahrhundert. Danach folgte- neben der vermehrten Gründung von Hilfsschulen auch gezielte Förderung in themenbezogenen Gegenständen (z. B. Deutsch, Mathematik,...). Jedoch brachten sozialdarwinistische Lehren zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine große Wende bezüglich der Förderung und Unterstützung von Menschen mit intellektueller Behinderung (vgl. Speck 2005, 15- 28); (vgl. Severinsky 2005, 195):

„1920 erschien in Deutschland eine von zwei angesehenen Gelehrten, einem Rechtswissenschaftler, K. Binding, und einem Mediziner, A. Hoche, verfasste Schrift mit dem Titel „Die Freigabe der Tötung lebensunwerten Lebens“. Sie richtete sich gegen die Existenzberechtigung von Menschen mit schweren geistigen Mängeln, deren Versorgung als sinnlos und kostspielig angesehen wurde“ (Speck 2005, 28).

So wurde bereits vor dem Nationalsozialismus die Voraussetzung geschaffen für Zwangssterilisationen und Tötung von Menschen mit intellektueller Behinderung (vgl. Speck 2005, 15- 28).

Die NS- Zeit

Etwa eine viertel Million Menschen, welche als „Erbkrank“ galten, wurden in sechs Jahren während der NS- Zeit getötet (vgl. Berger 1999).

Die Rahmenbedingung für die systematische Erfassung von Menschen mit intellektueller Behinderung begann bereits im Säuglingsalter, bei jenen ÄrztInnen und Hebammen, die verpflichtet waren, missgebildete Neugeborene dem „Reichsausschuß zur wissenschaftlichen Erfassung von erb-anlagenbedingten schweren Leiden“ zu melden (vgl. Ganssmüller 1987, 150- 154).

Für dieses barbarische Vorhaben leisteten Behörden und Ämter bedeutende Unterstützung. So wurde der Verwaltungsapparat zu Beginn der Kriegsjahre erheblich aufgestockt. Welche minutiöse Planung und Systematik der Selektion und Tötung zugrunde lag, lässt sich in einem Auszug eines Berichtes des Wiener Gesundheitsamtes nachlesen (vgl. Berger 2011):

„Der Personalstand stieg von 4 Angestellten im Monat Februar auf 70 im Juli 1939. Der tägliche Karteikarten- Eingang erhöhte sich von Anfang 200 auf 1000, er umfaßt in der letzten Woche 1200 und wird im nächsten Monat auf 2000- 2500 ansteigen. Gearbeitet wurde bislang an der Verkartung folgender Personenkreise:

1. Polizei Sanitäts-Departement (ca. 60 000 Geisteskranke und Psychopathen.) Die Arbeit wird in etwa zwei Monaten beendet sein.
2. Trinkerkataster (40 000) Die Verkartung wird im September abgeschlossen.
3. Prostituiertenkataster (ca. 60 000) Die Arbeit wird in etwa 3- 4 Monaten beendet.
4. Zentral- Kinderübernahmestelle (40 000 überwiegend schwer erziehbare und psychopatische Kinder aus asozialen Familien) Die Arbeit wird im Oktober abgeschlossen.
5. Steinhof (120 000 Einzelfälle“ (Berger 2011).

Diese Personengruppen wurden in diverse Einrichtungen (Heil- und Pflegeanstalten, Psychiatrische Einrichtungen,...), in den meisten Fällen gegen den Willen der Erziehungsberechtigten bzw. der betroffenen Person, zwangseingewiesen.

Die Zielsetzung von psychiatrischen und heilpädagogischen Einrichtungen während der NS- Zeit lag in der systematischen Tötung und Vernichtung; neben Menschen mit

intellektueller Behinderung auch von Menschen aus sozialen Randgruppen. Besonders Kinder und Jugendliche waren in jener Zeit nicht selten Opfer menschenverachtender „medizinischer“ Versuchszwecke (unter anderem 789 Todesopfer im Kinderheim Am Spiegelgrund innerhalb von fünf Jahren) (vgl. Berger 2011).

Besonders innerhalb der letzten Kriegsjahre des Zweiten Weltkrieges, in denen die soziale Not ein großes Ausmaß erreicht hatte, wurden Menschen, welche als „finanzielle Belastung“ der Gesellschaft (darunter besonders Menschen mit intellektueller Behinderung) gesehen wurden, in großem Ausmaß getötet (vgl. Speck 2005, 32).

Eine Aktion, welche unter größtmöglicher Geheimhaltung diese Hinrichtungen vollzog, wurde unter der Bezeichnung „Aktion T4“ durchgeführt (vgl. www.lebensunwert.at, Download am 31.10.2011).

.

Aktion T4

„Die Aktion ‚T4‘ begann mit einem Rundschreiben des Reichsministers des Innern an alle Heil- und Pflegeanstalten. Dieser Erlass verpflichtete die Anstaltsleitungen zur Meldung der in Frage kommenden Personen. Die so gesammelten Daten bildeten die Grundlage für die Auswahl der Opfer. Die zurückgesandten Meldebögen wurden jeweils an drei ärztliche ‚Gutachter‘ weitergeleitet. Ohne die Menschen jemals gesehen zu haben, entschieden sie über Leben und Tod. Ein rotes ‚+‘ stand für ‚Töten‘ ein blaues ‚-‘ für ‚Weiterleben‘. Ein wesentliches Kriterium für diese Entscheidung war die Frage der Arbeitsfähigkeit. Insgesamt wurden zur "Begutachtung" der mehr als 100.000 AnstaltspatientInnen über 40 ‚Gutachter‘ eingesetzt, darunter sechs Österreicher. Sie stempelten in weniger als zwei Jahren 70.000 Menschen als ‚lebensunwert‘ ab“ (www.lebensunwert.at, Download am 31.10.2011).

Die Personen mit intellektueller Behinderung, welche nicht Opfer der Tötung des NS-Regimes wurde, lebte in Verwahrung, nur in seltenen Fällen wurden sie von der eigenen Familie versteckt und versorgt. Ferner wurde dieser Personenkreis als bildungsunfähig erklärt (vgl. Speck 2005, 30- 32).

Führendes Personal medizinischer und heilpädagogischer Einrichtungen der NS- Zeit, welche die Verantwortung für die Ermordung und Folterung unzähliger Menschen trugen, wurde in den Nachkriegsjahren kaum gerichtlich verurteilt. Sie durften auch nach

Kriegsende die Einrichtungen weiter leiten. Der überwiegende Teil der Verbrechen blieb auch nach 1945 unaufgeklärt und tabuisiert (vgl. Berger 2011).

Während der NS- Zeit gab es mehrere Komponenten, welche unter anderem die Tötung von Menschen mit intellektueller Behinderung begünstigten:

- Biologistische Erklärung des Menschen
- Thesen der Rassenhygiene und des Erbkranken Nachwuchses
- Soziale Not („gesellschaftliche Brauchbarkeit“) (vgl. Speck 2005, 28- 32);(vgl. Berger 2011).

Heimunterbringung nach 1945:

In der Nachkriegszeit wurden Menschen mit intellektueller Behinderung, sofern sie nicht im Elternhaus lebten, fast ausschließlich in Heimen mit Großbettzimmern untergebracht. Es erfolgte eine strikte Trennung innerhalb der Einrichtung nach Geschlechtern; oftmals auch in getrennten Gebäuden. Das Recht und der Anspruch auf Privatsphäre wurde jeder Person oftmals ebenso abgesprochen, wie die Anerkennung eines möglichst selbstbestimmten Lebens; ferner die Anerkennung sexueller Wünsche und Bedürfnisse. In vielen Einrichtungen vollzog sich für Menschen mit intellektueller Behinderung der gesamte Tagesablauf. Eine räumliche Trennung von Freizeit, Arbeit und Wohnen fand kaum statt.

Hospitalisierungserscheinungen sowie mögliche Anzeichen eines sexuellen Missbrauchs (Stereotypes Verhalten, Autoaggression,...) wurden oftmals als Teil der Behinderungsart betrachtet. Heil- und Integrativpädagogische Hilfestellungen reduzierten sich auf die Versorgung der Grundbedürfnisse (Essen, Hygiene,...) (vgl. Drechsler 2004, 39ff); (vgl. Zemp, Pichler, Schoibl 1997); (vgl. Offenhausen 2006, 32- 33); (vgl. Speck 2005, 322) (vgl. Hoffmann- Richter, Finzen 1996, 12- 20); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 327)

In den letzten Jahrzehnten konnte ein Paradigmenwechsel verzeichnet werden.

- Veränderung der Lebenssituation von Menschen mit intellektueller Behinderung (Wohnen, Arbeit und Freizeit)
- von Fremdbestimmtheit zur Selbstbestimmtheit

- Anerkennung sexueller Wünsche und Bedürfnisse
- Räumliche Veränderung von Anstalten zu offenen Wohnformen (z.B. Einzelzimmer, Betreute Wohngemeinschaften,...) (vgl. Drechsler 2004, 39ff); (vgl. Lebenshilfe 2009, 10ff); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 327- 330)

Die Vorurteile über Menschen mit intellektueller Behinderung und der Versuch nach Trennung von Menschen mit und ohne Behinderung wirken jedoch bis heute nach (vgl. Speck 2005, 28- 33). So können biologistischen Thesen über den Menschen auch im heutigen Forschungsdiskurs wiedergefunden werden.

2.7. Biologistische Ansätze

Besonders bedenklich zeigen sich pseudowissenschaftliche Ansätze aus der biologischen Ebene, wenn basierend auf medizinischen Befunden, psycho- soziale Aussagen über Menschen getroffen werden (vgl. Berger 2011).

„Alle wesentlichen psychischen Eigenschaften des Menschen werden als unmittelbar biologisch begründbar erklärt. Psychische Störungen mit IB sind unmittelbar Folge eines biologischen Defekts“ (Berger 2011).

Relevante Inhalte bezüglich des sozialen Umfeldes des Menschen mit intellektueller Behinderung (im obigen Zitat mit IB gekennzeichnet), sowie welche Konsequenzen die Behinderungsart auf Förder- und Unterstützungsmaßnahmen haben, bleiben ausgespart. Es wird nicht erwähnt, wie der psychische Ist-Zustand aussieht, also wie der/ die Betroffene seine/ ihre Behinderungsart empfindet, wie die Person damit umgeht, und wie sie die soziale Umgebung wahrnimmt bzw. von ihr wahrgenommen wird (z.B. auch Stigmatisierungen durch nicht behinderte Menschen) (vgl. Berger 1999).

Nach einer Phase, in der biologistische Denkweisen eher in den Hintergrund gedrängt waren, tauchen diese nun in einem neuen Mantel wieder auf. Durch Genforschung und verbesserte diagnostische Verfahren mehren sich Stimmen, die eine Behinderung als „vermeidbares Risiko“ einstufen und die hohen Kosten der Forschung gegen jene Kosten gegenrechnen, die durch die Versorgung von Menschen mit Beeinträchtigungen entstehen, (vgl. Feuser 1991).

„Schon im Informationsspiegel 7 (vom 15.02.1977, Hrsg.: Stiftung Rehabilitation, Heidelberg) wird, unter der Bezugnahme auf den Marburger Genetiker Prof. Dr. Wendt, aufgerechnet, dass je 2,5 Mill. Einwohner eine humangenetische Beratungsstelle zur Verfügung stehen sollte, da bei diesem Bevölkerungsanteil jährlich mit etwa 25000 Neugeborenen zu rechnen ist, von denen bei einer genetischen Schädigungsrate von 4-5% 1000 bis 1250 Kinder erhebliche Schäden aufweisen. Nach den Marburger Erfahrungen könnten 200 bis 250 dieser Kinder durch eine pränatale Diagnostik und humangenetische Beratung verhindert werden. Rechnet man für die lebenslange Versorgung eines schwerkranken Kindes mit 100.000.~ DM, so könnten mit einem Jahresaufwand von DM 650.000.—jährlich 20- 25 Millionen DM an Folgekosten eingespart werden“ (Feuser 1991).

Anerkannte Forschungseinrichtungen sind bemüht, nahezu alle Behinderungsarten zu erkennen. So findet sich ebenfalls als Argumentation der vermeintlich finanzielle Einsparaspekt, welcher sich durch die Früherkennung von Behinderung ergibt.

„Bis heute sind annähernd 7000 ‚monogene‘ Krankheiten bekannt, und für etwa die Hälfte ist der betreffende Gendefekt bereits identifiziert. Sie finden sich bei etwa 17 Prozent aller Kinder, die in Krankenhäuser eingewiesen werden. Ihr Anteil an den Gesamtkosten der Krankenversorgung liegt noch deutlich höher. Viele monogene Krankheiten sind jedoch noch unbekannt. Sie werden oft nicht diagnostiziert, weil es sich um Fälle ohne erkennbare familiäre Häufung oder um Patienten mit vermeintlich komplexen Volkskrankheiten handelt“(www.mpg.de, Download am 16.10.2011).

Diese Darstellung von Behinderung ist darauf ausgelegt, durch medizinischen Fortschritt eine möglichst „behindertenfreie Gesellschaft“ zu schaffen (vgl. Strachota 2006, 199-201).

Diese Reduktion einer Person auf eine Kosten/Nutzen-Rechnung spricht Menschen mit intellektueller Behinderung ihre Daseinsberechtigung ab, darüber hinaus ignoriert die Möglichkeit einer Entwicklung bzw. des Erlernens diverser Fähigkeiten (vgl. Berger 1999).

„Berechnung und Unterteilung“ der Menschen in finanzielle Belastung versus gesellschaftlicher Brauchbarkeit sowie der Vorselektion seitens nicht behinderter

Menschen, welche „genetischen Qualitätsstandards“ Föten bestehen müssen, klammert vollständig jene psycho-sozialen Perspektiven des Menschen mit intellektueller Behinderung aus, ob sie ihr Leben tatsächlich als leidvoll, schmerzhaft und nicht lebenswert empfinden.

Ferner werden bei einem solchen Denkansatz mehrdimensionale Werte (z.B. Lebensfreude im Hier und Jetzt) ausgespart, welche einen Menschen unter umfassender Betrachtungsweise ausmachen (vgl. Feuser 1991).

Die Vorstellung einer „behindertenfreien Gesellschaft“ lässt sich in der Praxis niemals umsetzen, da der Anteil von Menschen mit intellektueller Behinderung, welcher durch Pränataldiagnostik erfasst werden kann, nur einen geringen Prozentsatz ausmacht (etwa 0.5%) (vgl. www.bmwfj.gv.at, Download am 01.12.2011)

Ferner dürfen iatrogene Schäden, welche durch ärztliche Eingriffe entstehen, nicht außer Acht gelassen werden. Der größte Anteil von Behinderungen tritt jedenfalls unmittelbar während (perinatal) oder nach (postnatal) der Geburt ein (vgl. Strachota 2006, 13- 26); (vgl. Ness 1997); (vgl. Doose 2003) und ist daher durch Pränataldiagnostik nicht zu vermeiden. Auch die Tatsache, dass jeder Mensch, auch wenn er gesund zur Welt kommt, zu jedem Zeitpunkt seines Lebens eine Erkrankung oder einen Unfall erleiden kann, die zu einer dauerhaften Beeinträchtigung führt, wird in diesem Diskurs ignoriert.

Das würde in diesem Kontext bedeuten, dass die menschliche Daseinsberechtigung auch für die Personengruppe, bei denen die Behinderung nicht angeboren, sondern zu einem späteren Zeitpunkt eintritt, in Frage gestellt wird. Was das im sozialen Kontext bedeutet, soll anhand folgender Aussage eines älteren Herrn dargestellt werden (vgl. Feuser 1991): „Sollte ich aber pflegebedürftig werden, möchte ich am selben Tag tot sein. Ich kann und will mich nämlich nicht von anderen Leuten abhängig machen, am wenigsten von meinen Kindern; ich kann und will mich ihnen nicht zumuten, da ich ihnen sonst den Genuß ihres Lebens beeinträchtigen würde. Das bin ich nicht Wert“ (Feuser 1991).

Die angeführte Darstellungsform von Behinderung als „erforschbares bzw. vermeidbares Risiko“ bedeutet ferner die Infragestellung der Disziplin der Heil- und Integrativpädagogik sowie der Integrationsbewegung von Menschen mit intellektueller Behinderung. Auch das Konzept der Inklusion wird in Frage gestellt, obwohl es in einer Gesellschaft, die das Individuum als Maß aller Dinge sieht, allen Menschen zu Gute kommen würde (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 141- 145); (vgl. Gerber 2005).

Nach Berger lassen sich diese Gefahren und Problematiken einer Utopie einer „behindertenfreien Gesellschaft“ wie folgt zusammenfassen:

- „Die Hartnäckigkeit des biologistischen Paradigmas ist beträchtlich und gewinnt eine neue (scheinbare) Stützung durch Fortschritte der Genforschung.
- Die Molekularbiologie hat sich neben den Computerwissenschaften und neben der Kommunikationstechnologie zu einer tragenden Säule wissenschaftlicher Forschung und zu einer potenten Wirtschaftskraft entwickelt. Sie verdrängt sozialwissenschaftliche Ansätze aus dem Spektrum der Wissenschaften vom Menschen.
- Wir sind mit verstärkten Tendenzen zu einer neuen „Euthanasie“-Ideologie konfrontiert.
- Unter den Bedingungen wirtschaftlichen Rezessionen besteht akute Gefahr der Verschlechterung der sozialen Position behinderter Menschen - behinderte Menschen werden Opfer der als „Sparpolitik“ ausgegebenen Umverteilungspolitik.
- Statusinteressen und Standesinteressen verschiedener Berufsgruppen im medizinischen und psychosozialen Feld werden als Widerstand gegen interdisziplinären Kooperationen und Kompetenztransfer wirksam“ (Berger 1999).

Diese Ansätze einer Vermeidungshaltung gegenüber Behinderung lassen sich jedoch nicht nur innerhalb der Forschung finden. Die „neuen Erkenntnisse“ der Genforschung bezüglich Behinderung haben Einzug in den schulischen Unterricht erlangt.

Defizitorientierte Betrachtungsweisen und geringschätzende Werthaltungen bezüglich intellektueller Behinderung lassen sich bereits in schulischen Lehrbüchern wiederfinden, bei denen intellektuelle Behinderungsarten (z.B. das „Down Syndrom“) ebenfalls als vermeidbares Risiko betrachtet wird, wobei darin auch empfohlen wird, bei einer Risikoschwangerschaft (z.B. durch Alter, durch erbliche Vorerkrankung,...) ärztliche Untersuchungen in Anspruch zu nehmen (vgl. Greben- Krenn, Jaenicke, Jungbauer 2010, 103); (vgl. Driza, Cholewa, Holey 1991, 26).

Die Unterstreichung der defizitorientierten Betrachtungsweise von intellektueller Behinderung kann in der Auswahl der Abbildung (Foto) eines Kindes mit Down Syndrom neben Mutationen von Tieren in einem früheren Lehrbuch betrachtet werden (vgl. Driza, Cholewa, Holemy 1991, 24). Ferner finden sich in einem Biologiebuch der 4. Klasse der ehemaligen sogenannten Hauptschule folgende Definitionen des Down Syndroms:

„Ein bekanntes Erbleiden ist die Trisomie 21 (Down Syndrom, auch Mongolismus genannt, die Bezeichnung ist nicht glücklich gewählt, da sie die mongolide Menschenrasse diskriminiert und die Krankheit in keiner Weise mit der Rassenzugehörigkeit zusammenhängt)... Das Down Syndrom zeigt sich in Wachstumsstörungen, abnormen Aussehen der Augen, von Nase, Mund und Ohren sowie geistiger Unterentwicklung“ (Driza, Cholewa, Holemy 1991, 25).

„Diese angeborene Krankheit ist gekennzeichnet durch körperliche Missbildungen, verminderte Intelligenz und eine deutlich herabgesetzte Lebenserwartung der betroffenen Kinder. Ursache dieser Krankheit ist ein überzähliges Chromosom. Eine Heilung ist nicht möglich“ (Greiben- Krenn, Jaenicke, Jungbauer 2010, 103).

Besonders bedenklich stellt sich unter heil- und integrativpädagogischem Blickwinkel dar, dass durch solche Darstellungen von Behinderung in Lehrbüchern sowie durch negative Einstellungen und Werthaltungen gegenüber Behinderung der Bezugspersonen bereits für Heranwachsende ein reduziertes Bild dieser Personengruppe von biologisch, genetisch und vorurteilsbehafteter Zuschreibungen vorgelegt wird. Kinder und Jugendliche ohne Behinderung können in diesem Kontext Gefahr laufen, solche „Informationen“ über Behinderung zu verinnerlichen

Durch jene reduzierte Darstellung von Behinderung als Defizitär- bzw. jene Darstellungsform der Medizin, welche Behinderung als besonders leidvoll beschreibt, begünstigt diese Argumentation ferner die Inanspruchnahme der Pränataldiagnostik, um jenes Leid (durch die im Zitat angeführten Gendefekte) der Menschen mit intellektueller Behinderung zu erkennen; oftmals mit der Konsequenz, dass ein positiver Befund zu einer Begünstigung der Abtreibung führt (vgl. Magauer 2008, 157- 161); (vgl. Thimm 2001, 80- 82); (vgl. Drechsler 2004, 33- 35).

Diese Auffassung von Behinderung steht im Gegensatz zu heutigen Heil- und Integrativpädagogischen Gesichtspunkten und, denn sie gesteht Menschen mit

intellektueller Behinderung keine Wissensaneignung im Sinne von Erlernen und Erwerben diverser Fähigkeiten zu. Eine solche Betrachtungsweise lässt keinen Raum für Veränderungen (vgl. Berger 2005, 33- 34); (vgl. Theunissen 2005, 18- 19); (vgl. Greving, Ondracek 2009, 42- 77); (vgl. Berger 1999).

Dagegen sprechen auch Forschungsergebnisse über das Nervensystem.

„Wir wissen heute, dass sich biologische Systeme - insbesondere das Nervensystem - nach dem Prinzip der Selbstorganisation in Abhängigkeit von ihrer Tätigkeit strukturieren. Daraus resultiert ihre Veränderbarkeit. Die Relevanz dieser Erkenntnis für die Praxis lautet: Ein biologisches Defizit ist keine absolute Konstante, sondern eine unter anderen Bedingungen für das Leben, die relative Plastizität aufweisen“ (Berger 1999).

Alle diese scheinbar naturwissenschaftlich begründeten, biologistischen Aussagen über Behinderung sind letztlich Ausdruck eines bestimmten Menschenbildes, in dem Menschen, die nicht der Leistungs-, Gesundheits-, Konsumnorm oder anderen „Standards“ entsprechen und daher abgewertet werden. Sie widersprechen damit dem Grundsatz der Menschenrechte, nachdem JEDER Mensch gleich an Rechten und Würde geboren ist (vgl. Art.1, www.un.org, Download am 28.12.2011)

2.8. Gesellschaftliche Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung

Schulische Integration

Im pädagogischen Arbeitsfeld legte der Deutsche Bildungsrat in den 1970er Jahren einen Grundstein für Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung.

Deutscher Bildungsrat 1973

„Ihre langfristigen Perspektiven gehen über kurzfristig zu verwirklichende Maßnahmen hinaus und beschränken sich nicht auf eine Weiterentwicklung und den weiteren Ausbau bestehender Formen des Sonderschulwesens, sondern verfolgen eine Konzeption der weitmöglichen gemeinsamen Unterrichtung und Erziehung Behinderter und

Nichtbehinderter und die stärkere Integrierung sonderschulischer Einrichtungen in das gesamte Schulsystem... Für die pädagogische Förderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher empfiehlt die Bildungskommission ein flexibles System von Fördermaßnahmen, das einer Aussonderungstendenz der allgemeinen Schule begegnet, gemeinsame soziale Lernprozesse Behinderter und Nichtbehinderter ermöglicht und den individuellen Möglichkeiten und Bedürfnissen behinderter Kinder und Jugendlicher entgegenkommt... . Die dadurch zustande kommende gemeinsame Unterrichtung von behinderten und nichtbehinderten Kindern bringt eine sonderpädagogische Verantwortung für die allgemeine Schule mit sich, die sie bisher nicht wahrzunehmen brauchte, weil es neben ihr die Sonderschule gab und noch gibt. - Auch für die Kinder, bei denen eine gemeinsame Unterrichtung mit nichtbehinderten Kindern nicht möglich erscheint, unterbreitet die Bildungskommission Vorschläge für einen Abbau der Isolierung vor allem durch eine Vermehrung des Kontakts zu nichtbehinderten Kindern“(www.nibis.de Download am 26.10.2011).

Einfluss des deutschen Bildungsrates auf die schulische Integration

Dieser Ansatz des Bildungsrates war eine Empfehlung für die Umsetzung der Integration. Dadurch sollte der Selektion und Kategorisierung von Kindern mit intellektueller Behinderung nach Defiziten und gesonderten Unterstützungsmaßnahmen entgegen gewirkt werden. Diese Neuorientierung der (deutschen) Bildungspolitik kann als Paradigmenwechsel in der Bildungs- und Behindertenpolitik betrachtet werden (vgl. Hinz, Boban 2001, 25- 26).

Allerdings hat sich trotz der Empfehlung an dem Bestehen von Sonderschulen nur wenig geändert.

Zur Situation in Österreich

In Österreich findet sich eine Stagnation bei der Integration von Kinder und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung an öffentlichen Schulen seit dem Jahr 2003. Im Schuljahr 2006/ 2007 war die Anzahl der Integrationskinder mit 13 800 um 600 Personen höher als jene, welche zu Sonderschulen gingen (13 200) (vgl. www.oear.or.at, Download am 25.11.2011).

Ferner zeigt sich, dass die Anzahl von Sonderschulen in den letzten Jahren in etwa konstant bleibt (2008/ 09: 325 Sonderschulen); (2009/ 10: 324 Sonderschulen) (1990/91: 329 Sonderschulen); (1995/ 1996 322 Sonderschulen). Ein Einbruch in der Statistik konnte vor zehn Jahren gefunden werden. Hier gab es in Österreich (im Schuljahr 2000/01) einen kurzen Rückgang (280 Sonderschulen). Eine mögliche Ursache dafür könnte an den in jenem Jahr entwickelten UN- Konventionen liegen (vgl. www.statistik.at, Download am 20.11.2011).

Die Integration von Kindern mit intellektueller Behinderung im Regelschulsystem unterscheidet sich ferner in den einzelnen Bundesländern. Außerdem besuchen weniger Heranwachsende mit sonderpädagogischem Förderbedarf Gymnasien und höhere Schulen (vgl. Stockner 2010).

Magauer konnte im Rahmen ihrer Diplomarbeit über Einstellungen und Werthaltung bezüglich Menschen mit Behinderung erforschen, dass Integration an österreichischen Schulen und am gesellschaftlichen Leben überwiegend positiv besetzt war. Jedoch verwiesen die Befragten auch auf Schwierigkeiten bei der Umsetzung, da Integration auch bedeutet, dass bei Abweichung von sozial- und kulturell geprägten Normen wegen der Behinderung keine Ausnahmen bestehen dürfen (z.B. Schimpfen in der Öffentlichkeit,...); es wurde eine Diskussion eingefordert, wie mit auffälligen Verhaltensweisen bei Kindern und Jugendlichen mit Beeinträchtigungen umgegangen werden sollte (vgl. Magauer 2008, 85- 159). Integration sollte seitens der Bezugspersonen auch als solche vertreten werden und gelebt werden. Besondere Probleme, welche sich bei einer umfassenden Integration ergeben, könnten in der Umsetzung der gleichen Normierung liegen (z.B. Verhalten in der Öffentlichkeit).

Die aktive Teilnahme auch an anderen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens (Bildung, Arbeit, Freizeit,...), bzw. dass Menschen mit intellektueller Behinderung nicht auf Grund ihrer Behinderung benachteiligt bzw. stigmatisiert werden dürfen, wurde zu Beginn der Jahrtausendwende in den UN-Behindertenrechts-Konventionen festgehalten.

UN- Behindertenrechts- Konventionen

„Artikel 23 (Achtung von Heim und Familie): Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt Anspruch auf Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften. Sterilisationen von Menschen mit Behinderungen sind verboten. Die Staaten haben umfassende Beratungen für Menschen mit Behinderungen anzubieten.

Die Vertragsstaaten haben Eltern mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung zu unterstützen.

Kein Kind darf ausschließlich aufgrund einer Behinderung, weder wegen der der Eltern noch wegen der eigenen, von der Familie getrennt werden. Nur in einem gerichtlichen Verfahren kann festgestellt werden, dass eine Trennung im Wohl des Kindes gelegen wäre. Sollten die Eltern nicht in der Lage sein, ein Kind zu versorgen, so sind die Staaten verpflichtet, die Betreuung des Kindes im weiteren Familienkreis (wie zum Beispiel bei Großeltern oder Onkel bzw. Tanten usw.) zu gewähren.

Artikel 24 (Bildung): die Unterzeichnerstaaten müssen das Recht auf diskriminierungsfreie und chancengleiche Bildung von Menschen mit Behinderungen anerkennen. Sie müssen sicherstellen, dass inklusive Bildung (d. h. der gleichberechtigte Zugang von Kindern mit Behinderungen zu Regelschulen) auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen möglich ist“ (www.oeaar.at, Download am 26.10.2011).

Trotz der Unterzeichnung der UN-Konvention durch die österreichische Regierung und der rechtlichen Verbindlichkeit seit Ende 2008 entspricht die heutige Situation von Menschen mit intellektueller Behinderung in Österreich bezüglich Gleichstellung in der Gesellschaft auch trotz Integrationstendenzen (im gesetzlichen und sozialen Kontext) nicht jener Situation von Menschen ohne Behinderung (vgl. www.oeaar.at, Download am 01.12.2011).

Speziell bezüglich weiterführender Ausbildungen nach Absolvierung der Schulpflicht (höhere Schulen, Universitäten) erfährt diese Personengruppe Benachteiligungen. An österreichischen Hochschulen beträgt der Anteil von Menschen mit Behinderungen gerade einmal 1% (vgl. www.lebenshilfe.at, Download am 01.12.2011). Aber auch am Arbeitsmarkt erfahren Menschen Benachteiligungen. Obwohl laut Gesetz Unternehmen pro 25 Angestellte einen Menschen mit Behinderung anstellen müssten, kaufen sich die meisten Unternehmen lieber von dieser Verpflichtung frei (vgl. Hinz, Boban 2001, 402-403).

„Nur 65% der rund 93.000 Pflichtstellen wurden besetzt: Für den Rest müssen die heimischen Unternehmen eine Ausgleichsteuer in der Höhe von je 213 Euro monatlich (2008) zahlen.“ (www.oeaar.at, Download am 25.11.2011). Dadurch ist es für Menschen mit Beeinträchtigungen schwierig, überhaupt eine Stelle zu finden. Ferner hängt eine langfristig zufriedenstellende Integration am ersten Arbeitsmarkt maßgebend vom

innerbetrieblichen Klima und den Einstellungen und Werthaltung gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung ab (vgl. Hinz, Boban 2001, 402- 403).

Auch die von UN-Konventionen geforderte Gleichstellung bezüglich Partnerschaft und Kinderwunsch entspricht nicht jener Situation von Menschen ohne Behinderung. Wenn das Recht auf Partnerschaft und Sexualität abgesprochen wird laufen Menschen mit intellektueller Behinderung Gefahr, psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen zu bilden, welche bei genauer Betrachtung (z. B. bei psychotherapeutischen Gesprächen) oftmals jene Unzufriedenheit im sexuellen Bereich ausdrückt (vgl. Sailer- Lauschmann, Schönwiese 2000); (vgl. Vries 2008).

Ein gesellschaftlicher Paradigmenwechsel dieser Personengruppe von:

- Belastung für die Gesellschaft
- bemitleidenswerte Wesen
- perspektivenlose Wesen
- kranke Personen
-

zu

- gleichberechtigte Personen mit allen Rechten und Pflichten wie Menschen ohne Behinderung
- volle Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Abbau von Barrieren wie etwa Vorurteilen und baulichen Veränderungen)

Zugang und Partizipation in privaten und öffentlichen Einrichtungen vom Kindergarten über die Berufsausübung bis zu Pflegeeinrichtungen

bedarf folglich einer permanenten Öffentlichkeitsarbeit diverser Behindertenverbände, Heil- und IntegrativpädagogInnen, Politik,... ; z.B. durch das erneute Bewusstmachen, Reflektieren sowie Aufzeigen von Missständen und dem aktiven Einsatz für diese Personengruppe (vgl. www.lebenshilfe.at, Download am 01.12.2011); (vgl. Stockner 2010); (vgl. Vries 2008); (vgl. Doose 2003); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 327- 330).

3. Definition von Sexualität

3.1. Sexualität – der Versuch einer Begriffsbestimmung

Eine Definition des Begriffes bzw. schon der Versuch einer Klärung, was Sexualität eigentlich ist, erweist sich auf Grund der mehrdimensionalen Betrachtungsweise als besonders schwierig. Je nach Intention, Wissenschaftsfeld oder Blickwinkel werden unterschiedliche Dimensionen als der Sexualität zugehörig verstanden oder nicht; z.B. als

- Nähe, Geborgenheit und Sinnlichkeit
- Primäre Lebensenergie
- Lustfunktion
- Fortpflanzungsfunktion
- Individuelles Erleben
- Soziales Modell (z.B. in Form von Ehe, Partnerschaft)
- Schönheitsideal und Körperkultur(z.B. Modells)
- Mediale Darstellungsform
- Geschichtliche Entwicklung-Sexuelle Revolution
- Funktionsstörung
- Tabu (z. B. Menschen mit intellektueller Behinderung haben keine Sexualität)
- Geschlechtsbezogene Rolle: Frau sein; Mann sein
- ...

(vgl. Walter 2005); (vgl. De Vries 2008); (vgl. Rendtorff 2006, 78- 84); (vgl. Ortland 2008, 16- 34); (vgl. Sielert 2004, 27); (vgl. Achilles 2005)

Bezüglich der vorliegenden Arbeit sollen relevante Aspekte über Sexualität thematisiert werden, wie jener Begriff unter Berücksichtigung der Fragestellung zu verstehen ist.

Ferner soll in der vorliegenden Arbeit den Geschlechtern in der Benennung der gleiche Stellenwert zukommen. Bei der Thematisierung wählt der Autor der vorliegenden Arbeit folgende Bezeichnungen:

- BetreuerInnen (für Betreuer und Betreuerinnen)
- KlientInnen (für Klienten und Klientinnen),...

Einzelnennungen des Geschlechts (z.B. Lehrerin/ Lehrer) werden gesondert angeführt.

Ursprung des Begriffs und seine historische Verwendung

Der Begriff der Sexualität ist noch nicht sehr alt. Er taucht erst seit etwa 1850 in medizinischen Schriften auf, eine Erweiterung über das medizinisch-biologische Verständnis hinaus erfährt der Begriff durch die beginnende Sexualwissenschaft und den Theorien von Freud, Marcuse, Hirschfeld und vielen anderen (vgl. Sigusch 2008). Psychologische und soziale Faktoren blieben zunächst ausgeklammert (vgl. Ortland 2008, 16).

„Der Begriff Sexualität wurde erstmals 1820 von dem Botaniker August Henschel in seinem Buch ‚Von der Sexualität der Pflanzen‘ verwendet und bezeichnete die Aufteilung der Pflanzen in solche mit männlicher und weiblicher Ausprägung“ (Ortland 2008, 16).

Sexualität war den keuschen Moral- und Sittenvorstellungen der Gesellschaft unterworfen. Sie wurde ausschließlich auf ihre Fortpflanzungsfunktion reduziert und war nur in der Ehe erlaubt. Homosexualität und andere Formen waren teilweise unter Strafe gestellt, verpönt und tabuisiert (vgl. Ortland 2008, 22- 23); (vgl. Fütterer, Siegel 2005, 81- 86). Die Erforschung von Sexualität im wissenschaftlichen Kontext begann vor etwa hundert Jahren (vgl. Ortland 2008, 22; (vgl. Sigusch 2008).

Freud stellte zunächst auch aus medizinischer Sicht, später erstmals auch aus psychoanalytischem Blickwinkel gesellschaftlich vorherrschende sexualitätsbezogene Normen in Frage (vgl. Schuster, Springer- Kremser 1998, 166); (vgl. Leksy 1992, 204- 206)

Freuds Theorien bezüglich Sexualität

Wesentliche Teile seiner Fragestellungen waren:

1. „Welche Aufgabe stellt die Kultur an die einzelnen Mitglieder?
2. Bietet die zugelassene legitime Sexualbefriedigung (Ehe) eine annehmbare Entschädigung für den sonstigen Verzicht?

3. In welchem Verhältnis stehen etwaige Schädigungen aus diesem Verzicht zum kulturellen Nutzen, den er bewirkt“ (Schuster, Springer-Kremser 1998, 166).

Ferner erkannte Freud das Vorhandensein des Sexualtriebes ab der Geburt des Menschen.

„Das Ziel eines Triebes ist allemal die Befriedigung, die nur durch Aufhebung des Reizzustandes an der Triebquelle erreicht werden kann. Aber wenn auch dies Endziel für jeden Trieb unveränderlich bleibt, so können doch verschiedene Wege zum gleichen Endziel führen, so dass sich mannigfache nähere oder intermediäre Ziele für einen Trieb ergeben können, die miteinander kombiniert oder gegeneinander vertauscht werden“ (Freud 1915 zit. nach Schuster, Springer- Kremser 1997, 26).

Die Triebbefriedigung kann beispielsweise im Kleinkindalter durch Berührungen des eigenen Körpers sowie durch das Verwenden äußerer Gegenstände (z. B. das Reiben an Gegenständen) betrachtet werden. Freud stellt in seinen Schriften zwei Arten von Sexualobjekten im Säuglings- und Kleinkindalter dar:

- Triebobjekt (z.B. Gegenstände)
- Liebesobjekt (nahe stehende Person)

Die Wahl der Objekte und Liebespersonen durchlaufen abhängig von der Entwicklung des Kindes mehrere Stadien (z.B. Autoerotische Erfahrungen, Ödipale Phase,...) (siehe auch Kap. Sexuelle Entwicklung); (vgl. Schuster, Springer- Kremser 1997, 26-27; 100); (vgl. Leksy1992, 206- 207).

Zugewinnen der Lustfunktion

Der empfundene Lustgewinn durch

- Riechen, Berühren des eigenen Körpers
- das Einverleiben von Gegenständen,
- Ausstoßen und Zurückhalten von Ausscheidungsprodukten,

- das Vorhandensein von direkten Bezugspersonen

stellen fundamentale Entwicklungsschritte für die spätere erlebte Sexualität im Erwachsenenalter dar. Daraus lässt sich ableiten, dass Freud zwischen zwei Arten der Sexualität unterscheidet:

- Kindliche Sexualität
- Erwachsenensexualität

Dieser Ansatz stellt im wissenschaftlichen Diskurs einen Paradigmenwechsel bezüglich vorherrschender Definitionen und Normen von Sexualität dar (vgl. Schuster, Springer-Kremser 1998, 164- 169); (vgl. Schuster, Springer- Kremser 1997, 26-27; 100). Er leitete damit eine Veränderung des Verständnisses von Sexualität, eine Erweiterung des Begriffs und nicht zuletzt auch die Liberalisierung der Sichtweise auf sexuelle Praktiken und Bedürfnisse ein (vgl. Leksy 204- 206, 1992).

Die einstigen Sittlichkeits- und Moralvorstellungen wirken allerdings bis weit in das 20. Jahrhundert nach. So waren sexuelle Kontakte außerhalb der Ehe bis in die Siebzigerjahre des vorigen Jahrhunderts in vielen Ländern verboten. Es durfte beispielsweise an ein Pärchen kein gemeinsames Hotelzimmer vergeben werden. Auch Homosexualität war per Strafe verboten. Jedoch haben sich diese kulturell geprägten Normen der Sexualität in den letzten Jahrzehnten gewandelt. Gesellschaftliche und sexuelle Emanzipation der Frauen ging mit der Einführung der oralen Empfängnisverhütung (Pille) Hand in Hand (vgl. Ortland 2008, 22- 23); (vgl. Holler, Limmer 2001, 65); (vgl. Wrede, Hunfeld 1997, 65- 67); (vgl. Fütterer, Siegel 2005, 81- 86). Mit der sogenannten sexuellen Revolution begann eine Liberalisierung von Sexualität, die sowohl die gesellschaftlichen, die wissenschaftlichen sowie die individuellen Annahmen und Wertvorstellungen und Sichtweisen grundsätzlich veränderten. Das Sprechen über Sexualität und damit die Enttabuisierung vormals „privater“ Bereiche wie sexuelle Vorlieben, Praktiken, Bedürfnisse und Handlungen ebneten den Weg, auch die sogenannten dunklen Seiten aufzuarbeiten. So wurde z.B. durch die Forschung rund um die Krankheit AIDS seit Beginn der 80er Jahre sexualpädagogischer Begleitung der Weg geebnet. Auch die Aufarbeitung der Ereignisse der jüngsten Zeit, z.B. über sexuelle Gewalt in

Kinderheimen, wurde erst durch die Liberalisierung und die Erweiterung des Begriffs möglich.

Heute werden neben den Aspekten der Fruchtbarkeit und Reproduktion auch die Aspekte Beziehung, Identität und Lust in ihren unterschiedlichen Ausprägungen dem Begriff Sexualität zugeordnet und wahrgenommen (vgl. Sielert 2005, 49f).

3.2. Sexualpädagogik und ihre Relevanz für Menschen mit intellektueller Behinderung

Auch die Sexualpädagogik hat in ihrer noch relativ kurzen Geschichte bereits mehrere Strömungen hervorgebracht (vgl. Sielert, 2008; Werde/ Hunfeld, 1997).

- Traditionell- repressive Sexualerziehung

In diesem Ansatz dient Sexualität rein der Fortpflanzung und ist nur innerhalb der Ehe gestattet. Jegliche andere Formen der Sexualität (z.B. als Lustfunktion, die Wahrnehmung des Menschen als sexuelles Wesen bereits im Kindesalter) werden ausgeklammert. So sollten sexuelle Begegnungen im Jugendalter nicht gefördert werden. Homosexualität hat in diesem Modell den Status der Erkrankung und wird als eine mögliche Lebensform der Sexualität nicht akzeptiert.

- Bürgerlich- liberale Sexualerziehung

Ähnlich dem ersten Modell beschreibt dieser Ansatz die Befriedigung des Sexualtriebes innerhalb der Ehe. Sexualität in den Jugendjahren erfährt Anerkennung, jedoch sollten Heranwachsende darin auch durch Erwachsene begleitet werden. In diesem Lebensabschnitt „dürfen“ ferner Erfahrungen mit Selbstbefriedigung sowie Homosexualität gesammelt werden, welche jedoch im Erwachsenenalter nicht mehr stattfinden sollten. Diese Formen der praktizierten Sexualität werden als Durchgangsstadium begriffen. Das Ziel dieses Ansatzes besteht in der Weiterführung der Sexualität innerhalb der Ehe. Andere Formen (z.B. Gleichgeschlechtliche Partnerschaft,...) werden nicht genannt (vgl. Ortland 2005, 51- 53).

- Gesellschaftskritische- emanzipatorische Sexualerziehung

Dieser Ansatz unterstützt die individuell geprägte Sexualität des Menschen. Gesellschaftliche und kulturelle Faktoren werden im Vergleich zum obigen Modell berücksichtigt.

„Sexualität wird in diesem Verständnis zu großen Teilen erlernt. Sie ist gesellschaftlich formbar und kann kultiviert werden. Es wird von einer geschlechtsspezifischen Sexualität ausgegangen. Auf der Grundlage einer Gleichwertigkeit der Geschlechter werden die traditionellen Geschlechtsstereotype kritisch reflektiert“ (Ortland 2005, 51).

Ferner werden alle Formen, deren Zielsetzung nicht in der sexuellen Ausbeutung anderer Menschen liegt, anerkannt. In diesem Ansatz werden neben der heterosexuellen Partnerschaft andere Formen der Sexualität (z.B. Homosexualität) als eine Lebensform unter vielen betrachtet.

Diese Arbeit bezieht sich auf das Konzept der emanzipatorischen Sexualpädagogik, die sich dem Prinzip der Selbstbestimmung verpflichtet fühlt. Mit ihrer sexualfreundlichen Grundhaltung sehen die VertreterInnen dieser Richtung ihre Aufgabe darin, den Umgang mit dem Thema Sexualität in all seinen Aspekten zu fördern. Sexualität wird nicht auf körperliche Geschehnisse reduziert, sondern in ihrer Vieldimensionalität wahrgenommen (vgl. Sielert, 2005). Diese ganzheitliche Wahrnehmung eignet sich im Besonderen auch für die Auseinandersetzung mit dem Umgang mit dem Thema Sexualität in der Familie sowie für den Bereich der Heilpädagogik.

Im Heilpädagogischen Arbeitsfeld lassen sich folgende Haltungen zum Thema Sexualität und Behinderung feststellen:

- Anerkennung von Sexualität und das Recht auf Selbstbestimmung (Unterstützung in der Erfüllung sexueller Bedürfnisse, altersentsprechende Aufklärung von Geburt an, Akzeptanz von Wünschen nach Partnerschaft, Kinderwunsch,...)
- Sexuelle Wünsche und Bedürfnisse werden geduldet [aber meist nicht aktiv gefördert; Anm.d.A.]
- das Recht auf sexuelle Selbstbestimmungen wird bei Menschen mit intellektueller Behinderung abgelehnt (vgl. Leue-Käding 2004, 87); (vgl. Walter 2005)

In der vorliegenden Arbeit bekennt sich der Autor eindeutig zur vollen Anerkennung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung. Die emanzipatorische Sexualpädagogik unterstützt diesen Selbstbestimmungsprozess. Im emanzipatorischen Ansatz besteht die Zielsetzung in der Unterstützung der Jugendlichen bei den Wünschen nach Sexualität, Partnerschaft und eventuellem Kinderwunsch. Sexualität wird als Lebensenergie verstanden. Heranwachsenden soll es ermöglicht werden, eigene Erfahrungen (auch Enttäuschungen) zu sammeln und auf diesem Weg zu einer befriedigenden Form ihrer individuellen Sexualität zu finden (vgl. Wrede, Hunfeld 1997, 118-122).

Der emanzipatorische Ansatz benennt aber auch die Schwierigkeiten, die auf dem Weg zur Umsetzung (sexueller) Selbstbestimmung bewältigt werden müssen. Eltern und MitarbeiterInnen in Einrichtungen für Menschen mit (intellektuellen) Behinderungen sind mit den sexuellen Äußerungen und der Umsetzung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung häufig überfordert. Es fehlen oftmals professionelle Hilfestellungen und ein fachlicher Diskurs (vgl. Walter 2005); (vgl. Ortland 2005); (Leue- Käding 2004) Menschen mit intellektueller Behinderung brauchen im Laufe ihrer psychosexuellen Entwicklung andere Hilfestellungen als nicht behinderte Menschen. Dies reicht von Aufklärungsgesprächen in einfacher Sprache, bis hin zu speziellen didaktischen Maßnahmen, die jeweils auf die Art und den Grad der Beeinträchtigung, auf das (Entwicklungs-)Alter, sowie die individuellen Umstände, abgestimmt werden müssen (vgl. Lebenshilfe 2009, 24-30). Sexualerziehung sollte hierbei nicht als punktuell geführtes Aufklärungsgespräch verstanden werden, sondern als fortlaufender Prozess, der im Elternhaus beginnt und auch im Erwachsenenalter nicht abgeschlossen ist. Es scheint unumgänglich, Angehörige bei der sexualpädagogischen Begleitung ihrer Kinder zu unterstützen. Wohnheimrichtungen, Werkstätten und Schulen nehmen hierbei einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Wilken, Jeltsch-Schudel 2003, 165-169).

Verwendung des Sexualitätsbegriffs in der vorliegenden Arbeit

Zusammengefasst soll der Begriff Sexualität in der vorliegenden Arbeit nicht auf eine eindimensionale Betrachtungsweise (z.B. Sexualität als reine Triebfunktion) reduziert bleiben. Sexualität nimmt von Geburt bis in das hohe Erwachsenenalter einen zentralen Stellenwert ein. Wesentliche Aspekte sollen an dieser Stelle genannt werden:

- Als individuelle Form jedes Menschen (ausgenommen sexuelle Gewalt)
- Sexualität als Lebensenergie
- Keine Reduktion (z.B. Sexualität dürfe nur im Sinne der Fortpflanzung gelebt werden)
- Die Respektierung sexueller Wünsche und Bedürfnisse vom Kindes- bis in das hohe Erwachsenenalter
- Das Vermeiden gesellschaftlicher Rollenzuschreibung und der daraus resultierenden Auffassung von Sexualität
- Keine Ausgrenzung bzw. gesellschaftliche Rollenzuschreibung diverser Personengruppen; konkret bezüglich des Vorurteiles: „Menschen mit intellektueller Behinderung seien asexuelle Wesen“ (vgl. Walter 2005, 66); (vgl. Greving, Ondracek 2009, 69- 70); (vgl. De Vries 2008); (vgl. www.bzga.de, Download am 06.11.2011); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 329- 330).

3.3. Sexualität und Geschlecht

Im Gegensatz zur deutschen Sprache, in der unter dem Begriff Sexualität auch Begriffe wie Geschlechts(zugehörigkeit bzw. –identität), soziale und emotionale Aspekte dazu gezählt wurden, entwickelte sich im englischen Sprachraum eine Unterscheidung in „sex“ und „gender“. So wurde eine Trennlinie gezogen zwischen biologischen, körperlichen Merkmalen des Geschlechts und sozialen, kulturellen und psychologischen Aspekten. Da ein deutsches Wort fehlt, wurde das Wort Gender auch im deutschen Sprachraum etabliert. Anhand von sogenannten „Gender Mainstreaming“-Richtlinien wird der Begriff vor allem im Gleichberechtigungsdiskurs verwendet und hat sich als Unterrichtsprinzip („Erziehung zur Gleichstellung von Frauen und Männern“) auch im österreichischen Schulwesen etabliert (vgl. www.gender.schule.at, Download am 28.12.2011).

Entwicklung der geschlechtsbezogenen Rollenbilder (Gender)

Der Begriff Gender bezieht sich auch auf die individuelle Ausformung von Geschlecht, die sich natürlich nicht unabhängig von gesellschaftlichen Rollenmustern entwickelt. Erziehung, Medien und die Vermittlung von Rollenstereotypen in Sozialisationsinstanzen

wie Kindergarten oder Schule prägen von frühester Kindheit an die Erfahrungen der Menschen als Mann oder Frau. Dabei gibt es selbst biologisch gesehen nicht nur zwei Geschlechter, sondern eine breitere Varianz (vgl. Haeberle 2005).

Die Beziehung zum eigenen Geschlecht (Geschlechtsidentität) lässt sich in

- „Kern- Geschlechtsidentität,
- Geschlechtsrolle (Geschlechtsrollenidentität) und
- Geschlechtspartner-Orientierung“ unterteilen (vgl. Ortland 2008, 21).

Kern- Geschlechtsidentität

Diese entwickelt sich einerseits durch das angeborene Geschlecht (weiblich oder männlich) und der subjektiven Empfindung des Kindes, sich als Mädchen oder Junge zu fühlen.

Andererseits beeinflussen geschlechtsbezogene soziale und kulturelle Werte die psychosexuelle Entwicklung des Heranwachsenden. Eltern als direkte Bezugsperson nehmen in den ersten Entwicklungsjahren der Geschlechtsidentität ihrer Kinder einen zentralen Stellenwert ein.

Geschlechtsrolle

Im weiteren Entwicklungsstadium, in Rahmen des primären Sozialisationsprozesses, werden - teils bewusst, teils unbewusst - Erwartungshaltungen, welches rollentypische Verhalten von Mädchen oder Buben aus gesellschaftlicher Sicht gewünscht wird, erprobt und gefördert. Entscheidend dabei ist, ob Kindern starre Vorstellungen vorgelebt werden (Männer sind so und Frauen sind anders – oder umgekehrt), oder ob sie die Möglichkeit haben, auch untypische Verhaltensweisen und Vorbilder zu erleben, damit sie ihr individuelles Potential entfalten können und nicht durch unreflektierte Rollenzuschreibungen eingeengt werden.

Das geschlechtsbezogene Zugehörigkeitsgefühl wird in diesem Entwicklungsabschnitt verstärkt.

Geschlechtspartner-Orientierung

Bereits im frühen Kindesalter bilden sich erste Veranlagungen, zu welchem Geschlecht sich die Heranwachsenden im späteren Erwachsenenalter hingezogen fühlen. Die Weiterentwicklung, für welche sexuelle Orientierung (z.B. Heterosexualität) sich die heranwachsende Person dann tatsächlich entscheidet, erfolgt meist im Adoleszenzalter (vgl. Ortland 2008, 21- 22).

3.4. Die sexuelle Entwicklung von Menschen

3.4.1. Die körperliche und psychosexuelle Entwicklung von Heranwachsenden ohne Behinderung

Menschen sind bereits von Geburt an als sexuelle Wesen wahrzunehmen. Eltern nehmen in der Begleitung der psychosexuellen Entwicklung ihrer Kinder einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Ortland 2005, 60); (vgl. Ortland 2008, 17).

Die Erziehung erfolgt Geschlechtsbezogen. Gesellschaftliche und kulturelle Verhaltensmuster werden verstärkt und gefördert. Dieser Prozess erfolgt meist unbewusst seitens der Eltern durch die Wahl des Spielzeuges (z.B. Puppen für Mädchen, Spielzeugautos für Knaben) und Kleidung (z.B. in der Farbe und anderen Merkmalen) (vgl. Ortland 2008, 20-21).

Die ersten Lebensjahre:

Kinder nehmen bereits ab dem ersten Lebensjahr die Umgebung mehrdimensional wahr. Ein wesentlicher Bestandteil der Sinneswahrnehmung folgt über die Haut und den Mund. Durch zärtliches Streicheln und Berühren der Haut wird das Urvertrauen und Angenommen werden verstärkt und unterstützt. Gegen Ende des Ersten Lebensjahrs erreicht das Kind erste Tendenzen der Autonomie. Durch Robben, Krabbeln und erste Gehversuche ist es ihm möglich, sich zu gewünschten Gegenständen und Bezugspersonen hin (oder auch davon weg) zu bewegen.

Im zweiten Lebensjahr rückt das Interesse am eigenen Körper; ferner das Interesse des eigenen Geschlechts in den Mittelpunkt. Kinder erlangen lustvolles Empfinden durch Ansehen und Berühren ihrer Genitalien, Vagina und Penis werden durch kindertypische

Ausdrücke benannt. Hierbei stellt die Einstellung und Werthaltung der Eltern eine zentrale Bedeutung dar. Durch das Vergleichen beim Duschen oder Toilettengang wird das eigene Geschlecht mit jenem der Elternteile verglichen und zugeordnet. Das Kind findet in diesem Alter besonderen Reiz, sein Geschlecht zu zeigen (Zeigelust). Auch Geschwister können die geschlechtsbezogene Identitätsentwicklung fördern.

Im dritten Lebensjahr erfolgt die Sauberkeitserziehung. Das Kind erfüllt es mit Stolz, die Ausscheidungen zunehmend kontrollieren zu können und sich (dazu) verbal zu äußern. Es fühlt sich erwachsener und selbständiger, da es weniger auf die Hilfe der Eltern angewiesen ist. Die Übernahme und das Ausprobieren rollentypischer Verhaltensmuster wird durch Spiele und Rückmeldungen der Umwelt auf das Verhalten der Kinder verstärkt. Das Kind übernimmt zunächst unhinterfragt die Werte und Einstellungen der Eltern, die damit durch ihre Vorbildfunktion eine große Verantwortung tragen.

Zirka zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr wird scheinbar der gleichgeschlechtliche Erziehungsberechtigte als Konkurrent gesehen. Sie werden favorisiert, während der andere Elternteil mit aggressiven Verhalten und Gefühlen begegnet werden kann. Durch Rollenspiele werden geschlechtsbezogene Verhaltensmuster weiter erprobt und gefestigt. Neben den Rollenspielen, werden in Kindergruppen, z.B. beim gemeinsamen Toilettengang, die Genitalien gegenseitig erforscht (auch als Doktorspiele bezeichnet). Es entstehen erste Beziehungen und Freundschaften, die teilweise mit starken Gefühlen, auch Verliebtheit und Eifersucht, einhergehen. In diesem Lebensjahr suchen die Heranwachsenden in ihrer geschlechtsbezogenen Identitätsentwicklung und -sicherung vermehrt den Kontakt zum eigenen Geschlecht (vgl. Bader 2005, 153); (vgl. Ortland 2008, 35- 44); (vgl. Friedrich 2001, 29- 31); (vgl. BZgA 2010, 7ff)

Das Grundschulalter:

Dieser Altersabschnitt ist geprägt von einem verstärkten kognitiven Interesse. Die Kinder wollen verstehen und wissen - auch zum Thema Körper und Sexualität. Im Zuge dieses Lernprozesses überprüfen sie auch erstmals die Werteinstellung ihrer Eltern, sie lernen, was „die Gesellschaft“ für richtig oder falsch hält. Die Peergroup, also die Gleichaltrigen, spielen eine entscheidende Rolle - Kinder möchten in diesem Alter dazugehören. Gleichzeitig differenzieren sie ihre emotionalen Fähigkeiten: mit wem bin ich am engsten befreundet, mit wem nicht? Trotz des großen Wissenszuwachses in diesem Alter werden

noch in vielen Bereichen unverständliche Sachverhalte mit Phantasievorstellungen verknüpft oder erklärt.

Informationen über sexualitätsbezogene Themen (z. B. Wie entstehen Kinder?) werden daher trotz vieler Informationsquellen und u.U. sachlich richtiger Aufklärung in den unterschiedlichen Altersstufen unterschiedlich aufgenommen und verarbeitet. Bei der Qualität der Informationsauswahl nehmen Personen aus dem sozialen Umfeld des Kindes einen zentralen Stellenwert ein. Selbst angeeignetes Wissen ohne Feedback der Erwachsenen kann Gefahr laufen, auf Halbwissen bzw. verzerrten Informationen oder auf nicht mehr altersentsprechenden kindlich-phantasiereichen Vorstellungen zu beruhen.

Das Berühren des eigenen Körpers sowie Masturbation werden als besonders lustvoll erlebt (vgl. Ortland 2008, 44- 46); (vgl. Schenk- Danzinger 1988, 135- 138).

Das Pubertätsalter:

Die Veränderung des Körpers wird von den Jugendlichen mit großem Interesse, aber auch großer Verunsicherung beobachtet. In geschlechtsbezogenen Peergroups wird der körperliche Reifungsprozess gegenseitig verglichen, man tauscht sich mit FreundInnen über Probleme aus. Diese Gruppe bietet den Heranwachsenden Schutz und Halt und fördert den Abnabelungsprozess von den Eltern (vgl. Ortland 2008, 56- 57); (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfler 2007, 2); (vgl. Schenk- Danzinger 1988, 147ff).

Neben den Peer-Groups werden von den Heranwachsenden auch Beratungsangebote (z.B. Internetplattformen, Jugendzeitschriften, HausärztInnen,...) genutzt (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfler 2007, 4-5). Eine gewisse Verunsicherung gehört in dieser Lebensphase dazu. Werthaltungen, die Einstellung zu den Eltern und gesellschaftliche Entwicklungen und Trends werden kritisch hinterfragt, der/die Jugendliche muss sich aus einer Vielzahl an Lebensformen und Vorbildern eine Identität „basteln“ (vgl. Leue-Käding 2004, 81); (vgl. Schenk- Danzinger 1988, 147ff).

Die psychosexuelle Entwicklung ist also gekennzeichnet durch Veränderungen und dem Überarbeiten von (auch sexuellen) Normen. Charakteristische Merkmale lassen sich nach Leue-Käding wie folgt zusammenfassen:

- „1. Pubertäre Stimmungsschwankungen mit abrupten Wechsel zwischen Hochstimmung und depressivem Tief
2. Schwanken zwischen aktivem Verhalten und passiven Verhalten (Rückzug, Lethargie)

3. Arroganz, Überheblichkeit und egozentrischer Widerstand gegen Autorität (Phantasie von eigener Größe und Unerreichbarkeit, kann sich aber auch schlagartig ins Gegenteil verkehren)
4. Eigenes Aussehen steht im Mittelpunkt aller Überlegungen
5. Negierungen der Erwachsenenwelt“ (Leue- Käding 2004, 81).

Zusammengefasst stellt diese Zeit einen wesentlichen Bestandteil in der Identitätsentwicklung dar. Neue Verhaltensmuster können erprobt und gefestigt werden.

Die Pubertät erfüllt im wesentlichen den Zweck zur Vorbereitung auf das Erwachsenenalter.

3.4.2. Die körperliche und psychosexuelle Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Zunächst muss vorausgeschickt werden, dass die körperliche Entwicklung bei Menschen mit einer intellektuellen und/oder körperlichen Behinderung in der Regel keine starken Abweichungen aufweist, außer es liegen massive endokrinologische oder auch genetische Schädigungen vor. Die psychologische und emotionale Entwicklung kann jedoch sehr unterschiedlich verlaufen. Damit klafft unter Umständen zwischen körperlicher und seelischer/emotionaler Reife eine große Lücke) (vgl. Speck 2005, 339); (vgl. Bader 2005, 150- 154).

„Die Entwicklung der Geschlechtlichkeit vollzieht sich bei geistig behinderten Personen individuell derart unterschiedliche, dass hilfreiche Aussagen im konkreten Fall nur unter Berücksichtigung der individuellen Situation möglich sind“ (Speck 2005, 339).

Mögliche Probleme bei der psychosexuellen Entwicklung von Menschen mit intellektueller Behinderung:

Die psychosexuelle Entwicklung ist im Vergleich zu Gleichaltrigen ohne Behinderung verzögert. Frühe Entwicklungsschritte (z.B. Zeigelust, Doktorspiele,...) können bei Jugendlichen mit intellektueller Behinderung verspätet durchlebt werden. Die psychosexuelle Entwicklung eines Menschen mit intellektueller Behinderung ist, ebenso

wie bei Menschen ohne intellektueller Behinderung, maßgeblich von der sozialen Umgebung des Heranwachsenden abhängig (vgl. Leue-Käding 2004, 81- 84); (vgl. Bader 2005, 152- 154).

Relevante Informationen und Erfahrungen in der psychosexuellen Entwicklung bleiben diesen Personenkreis oftmals wegen Kommunikations- und Leseschwächen vorenthalten (vgl. Lebenshilfe 2009, 131). Eher selten wird das bio-psycho-soziale Geschlecht berücksichtigt. Anders als bei gleichaltrigen Heranwachsenden ohne intellektuelle Behinderung wird rollentypisches Verhalten eingeschränkt gefördert (z.B. burschen- oder mädchenstypisches Spielzeug, die Förderung von rollentypischem Verhalten, die Verwendung geschlechtsspezifischer Kleidung,...) (vgl. Bader 2005, 278- 282).

Bei den „Doktorspielen“ laufen Kinder mit intellektueller Behinderung Gefahr, in die Opferrolle oder eine passive Rolle gedrängt zu werden. Aufgrund des Tragens von Windeln kann die Erforschung der Genitale erschwert sein. Der natürliche Lernprozess in Bezug auf Sauberkeit und der damit empfundene Stolz, die eigenen Ausscheidungen kontrollieren zu können, kann dadurch verhindert oder erschwert werden (vgl. Ortland 42-46). Oftmals war das Tragen einer Inkontinenzhilfe Anlass, diese Kinder nicht in öffentlichen Einrichtungen (z.B. Kindergarten) aufzunehmen (vgl. Faßbender, Schlüter 2007, 47- 48).

Ferner kann die Pflege im urogenitalen Bereich seitens der Heranwachsenden mit intellektueller Behinderung als störend bzw. als Eingriff in die Intimsphäre empfunden werden. Unangenehme Berührungen werden aus Angst (z.B. vor Liebesentzug, Sanktionen,...) eher geduldet, als bei Verdacht eines Missbrauches gemeldet zu werden (vgl. Achilles 2005, 49- 50); (vgl. Färber, Lipps, Seyfarth 2000, 131). Ferner fällt es wegen der Beeinträchtigung bzw. mangelnder Aufklärung manchen Heranwachsenden schwer, Gefahren bzw. verfängliche Situationen entsprechend einzustufen und zu hinterfragen (vgl. Achilles 2005, 13).

Aggressives Verhalten und Stimmungsschwankungen im Pubertätsalter können seitens der Erziehungsberechtigten und BetreuerInnen anders (z. B. als Undankbar sein) interpretiert werden. Sie werden oftmals nicht als Zeichen der Entwicklung erkannt. Spontane Treffen unter gleichaltrigen Jugendlichen mit und ohne Behinderung werden wegen strenger Hausordnung in Heimen und Elternhäusern, sowie wegen Sammeltransporten und der Fahrabhängigkeit von den Eltern, erschwert. Ein Erfahrungsaustausch bezüglich der körperlichen und psychischen Entwicklung findet

unter Gleichaltrigen mit Behinderung weniger statt als bei nicht behinderten Heranwachsenden (vgl. Ortland 2008, 46); (vgl. Achilles 2005, 36).

Die körperliche Entwicklung, erfolgt nahezu identisch mit jener von Heranwachsenden ohne Behinderung. Eine weitere Belastung stellt für Jugendliche mit intellektueller Behinderung die erneute Auseinandersetzung mit der Behinderung dar. Mediale Darstellungsformen von Schönheitsideal und Körperkultur stellen für diese Personengruppe eine erneute Konfrontation mit ihrer Behinderung einerseits und dem nicht erreichbaren Schönheitsideal andererseits dar. Angehörige nehmen in diesem Lebensabschnitt einen zentralen Stellenwert in der Begleitung der Heranwachsenden mit intellektueller Behinderung ein. Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung sollten gegenüber ihres Sohnes/ ihrer Tochter klare Position zu deren individuellen Fähigkeiten und Eigenschaften beziehen; ferner sich reflektierend mit der Thematik der Behinderung im Sinne von

- Vorurteilen
- Rechte
- Eigener Einstellung und Werthaltung
- Umfassenden Beratungsangebot
- ...

beschäftigt haben (vgl. Senckel 2003, 86- 87).

Wesentliche Voraussetzung für die wahrheitsgetreue Beantwortung etwaiger Fragen (z.B.: Was heißt Behindert?, Warum ich?,...) seitens der Jugendlichen ist der Verarbeitungsprozess der Eltern, besonders die Akzeptanz der Behinderung. Bei mangelnden Strategien zur Bewältigung dieses Lebensabschnittes laufen Jugendliche mit intellektueller Behinderung Gefahr, in frühkindliche Verhaltensmuster zurückzufallen. Bestimmte Entwicklungsphasen werden auf diesem Weg ein zweites Mal durchlaufen (vgl. Leue- Käding 2004, 78- 85); (vgl. Walter 2005, 164- 169).

Oftmals lassen sich auf Seiten der PädagogInnen, BetreuerInnen und Eltern veraltete Einstellungen und Werthaltung finden; etwa dass Menschen mit intellektueller Behinderung asexuelle Wesen seien bzw. die Vorstellung, dass dieser Personenkreis als „ewige Kinder“ zu betrachten wären oder – im Zuge der Missbrauchsdebatte – ganz besonders geschützt werden müssen (vgl. Leue- Käding 2004, 61- 62); (vgl. Walter 2005, 417); (vgl. Ortland 2005, 10); (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997)

So stößt die Veränderung zum erwachsenen Körper im sozialen Umfeld häufig auf Angst und Ablehnung. Ein kindertypisches Verhaltensmuster und Erscheinungsbild, welches seitens des sozialen Umfeldes als Hilfsbedürftigkeit und Liebenswert empfunden wird, läuft somit Gefahr, bei der Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale in den Hintergrund zu treten, was zu einer abrupten Reduktion der Zuwendung seitens der Bezugspersonen führen kann (vgl. Irblich, Stahl 2003, 359). Ängste und Vorurteile bezüglich Sexualität und Behinderung erschweren das Verhältnis zwischen Jugendlichen und Eltern. Wünsche und Bedürfnisse nach Nähe und Distanz könnten anders interpretiert werden (vgl. Leue- Käding 2004, 82).

Pubertierende Heranwachsende mit intellektueller Behinderung können ferner im Zwiespalt mit ihrer körperlichen und seelischen Veränderung stehen. Einerseits besteht der Wunsch nach Beziehung, Sexualität und Partnerschaft, andererseits darf durch strenge Hausordnungen oder durch das Nicht-Zulassen des Besuches der Freundin/ des Freundes dieser neue Lebensabschnitt nicht gelebt werden (vgl. Leue- Käding 2004, 194- 195).

Die sexualpädagogische Begleitung und Unterstützung von Elternhaus und Einrichtungen (Wohnheime, Schulen, Werkstätten,...) in Bezug auf die Anerkennung der psychosexuellen Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung nimmt im heilpädagogischen Arbeitsfeld einen zentralen Stellenwert ein (vgl. Hoyler- Herrmann 2005, 197- 213).

Ferner kann es für Heranwachsende mit intellektueller Behinderung bezüglich Normalität eine besondere Hilfestellung darstellen, bereits im frühesten Kindesalter mit Kindern ohne Behinderung aufzuwachsen. Bei der psychosexuellen Entwicklung haben neben der frühen Integration auch Geschwister einen besonderen Einfluss bezüglich sexualitätsbezogener Themen (vgl. Kandel, Müller- Erichsen 1999); (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 167), wie die folgende Aussage einer betroffenen Mutter lebhaft illustriert:

„Dass man schönen Frauen im Schwimmbad nicht auf dem Po klatscht, hat der Bruder klargestellt; das hatte eine wesentliche Wirkung, als wenn ich es verboten hätte“ (Kandel, Müller-Erichsen 1999).

Mögliche Probleme der Psychosexuellen Entwicklung von Menschen mit intellektueller Behinderung im Erwachsenenalter

Erwachsene Menschen mit intellektueller Behinderung sollen in so vielen Bereichen wie möglich Selbstständigkeit erwerben. Sie sind immer als erwachsene Menschen zu betrachten, wenngleich Verhaltensmuster von Menschen mit intellektueller Behinderung häufig auch kindhaftem Verhalten ähneln. Alle haben die Pubertät durchlebt (vgl. Speck 2005, 113); (vgl. Leue- Käding 2004, 85). Allerdings fällt es oftmals dem sozialen Umfeld auf Grund des äußeren Erscheinungsbildes schwer, Personen mit intellektueller Beeinträchtigung als Erwachsenen zu empfinden (vgl. Kandel, Müller- Erichsen 1999); (vgl. Offenhausen 2006, 25- 33)

So stößt diese Personengruppe auf Grund gesellschaftlich und kulturell bedingter Definitionen von Erwachsensein an ihre Grenzen. Personen ohne Behinderung treffen oftmals über sehr intime Bereiche von Menschen mit Behinderungen Entscheidungen (z. B. Wohnform, Art der Betreuung, Auswahl der betreuenden Personen usw.). Entscheidungen werden abgenommen oder auch nicht zugetraut. So erfahren Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen durch festgelegte Definitionen oder Vorurteile sowie aufgrund einer defizitären Betrachtungsweise eine Sekundärbehinderung (vgl. Speck 2005, 102-104); (vgl. Walter 2005, 32- 33); (vgl. Leue-Käding 2004, 61); (vgl. Hahn 2002).

Ein späteres selbstständiger gestaltetes Leben ist ohne externe Unterstützung oft schwer zu erreichen, da sich erlernte Rollenbilder (Helferrolle und erlernte Hilflosigkeit) manifestieren könnten. Um dem entgegenzuwirken, bedarf es langfristiger professioneller Begleitung und Unterstützung. Einen zentralen Stellenwert bei der Begleitung von Menschen mit intellektueller Behinderung nehmen die Eltern bzw. primären Bezugspersonen ein. Sie sind Entscheidungsträger, ob und in welcher Form Hilfestellungen angenommen werden, welche Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Behinderung und Sexualität übertragen und vermittelt werden (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 166- 169); (vgl. Speck 2005, 334- 341); (vgl. Lebenshilfe 2009, 11- 12).

Sexualprobleme von Menschen mit intellektueller Behinderung in Bezug auf die Geschlechtszugehörigkeit

Bei Menschen mit Behinderungen wurde bis in die siebziger Jahre des vorigen Jahrhunderts das Geschlecht von der Behinderung verdrängt; das bedeutet konkret: Menschen mit einer Behinderung wurden als geschlechtsneutrale Wesen seitens der nichtbehinderten Menschen gesehen. Sexuelle Triebe wurden bei Menschen mit intellektueller Behinderung als nicht vorhanden einerseits, bzw. als nicht beherrschbar andererseits, betrachtet und unterdrückt (z.B. medikamentös, oder durch kalte Bäder, etc...). Der Wahrung der Intimsphäre bei der Körperpflege oder der Unterstützung bei der Wahl der Kleidung (Frauen-/Männerspezifisch) wurde ein untergeordneter Stellenwert beigemessen. Gesellschaftsbezogene Rollenzuschreibungen bzw. Rollenerwartungen galten folglich aus Sicht von Menschen ohne Behinderungen nicht für die Personengruppe der Menschen mit Behinderung. Das Phänomen der Behinderung als Einschränkung wurde als Gesamtdefinition dieser Menschen betrachtet bzw. dieser Personengruppe übergestülpt. Individuelle Persönlichkeitsmerkmale wurden ausgeklammert. Personen, welche bezüglich der eigenen Behinderungsart mit gesellschaftlich und kulturell geprägten Wertehaltungen wie „nicht der Norm entsprechend“ bzw. „als unvollständiger Mensch“ seit der frühesten Kindheit konfrontiert waren, laufen besonders Gefahr, bei der erfolglosen PartnerInnensuche die Ursache in der Behinderung zu sehen; wobei diese Personen oftmals auf Grund sozialer Reaktionen eine Bestätigung erfahren (vgl. De Vries 2008); (vgl. Meyer- Wahl 2005, 67- 74); (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997); (vgl. Herzog, Tergeist 1996)

Ein Betroffener beschreibt es so:

„Und manchmal, muss ich sagen, wenn ich ganz gut aufgelegt bin, dann bewege ich mich ins Abenteuer. Das sind die Partnerschaftsanzeigen in der Sonntagszeitung. Da schreibe ich und treffe mich mit denen. Ist halt ein Mordsrisiko, aber gut, zu verlieren hast du auch nichts, aber oft ist es lustig. Wenn es nicht klappt, da gebe ich halt immer gerne der Behinderung die Schuld, weil ich mir denke: ‘Die mag mich sicher nicht, weil ich kann nicht Ski fahren oder kann nicht tanzen oder kann jenes nicht’. Und das treibt mich oft in den Wahnsinn. Das ist wirklich, was mir oft Angst macht“ (Arbeitskreis Eltern Behinderter 2002).

Aus dem Zitat lässt sich ableiten, dass neben intellektuellen Behinderungen auch bei körperlichen Behinderungsarten bzw. körperlichen Zusatzbehinderungen ein medial dargestelltes Bild von Männlichkeit oder Weiblichkeit als „Maßstab“ verwendet wird.

Normierungen bezüglich Schönheit, Hobbys, Beruf, etc. machen es möglich, dass auch heute aus gesellschaftlicher Sicht unterstellt wird, Menschen mit Behinderung, insbesondere mit intellektueller Behinderung, könnten keine geschlechtsbezogene Rolle als Mann oder Frau entwickeln. Ein wesentlicher Teil der Problematik kann somit in der Normierung von Sexualität und Geschlechtszugehörigkeit seitens der nicht behinderten Menschen gesehen werden.

„Kulturelle Ideale von sexueller Attraktivität, von Männlichkeit und Weiblichkeit sind eine Grundlage solcher Ausgrenzung. Wir verinnerlichen geschlechtliche Ideale, Ideale von Erotik; und Andere müssen ihnen entsprechen, um überhaupt zu geliebten und begehrten Anderen werden zu können“ (Turinsky 2003).

Die gesellschaftlichen und kulturellen „Anforderungen“ von sexueller Attraktivität (im Sinne von Partnerschaft, Schönheitsideal,...) wird der Personengruppe der Menschen mit intellektueller Behinderung abgesprochen bzw. scheinen auch für sie selbst als unerfüllbar. In diesem Kontext erfahren Frauen mit intellektueller Behinderung eine weitere Stigmatisierung, welche z.B. das Austragen einer Schwangerschaft sowie die Versorgung eines Kindes (ev. bei gleichzeitiger Berufstätigkeit) betreffen. Dies solle überwiegend nicht ohne heil- und integrativpädagogische Maßnahmen zur Unterstützung möglich sein (vgl. Leue- Käding 2004, 70). Eine weitere Stigmatisierung bzw. Aberkennung der Sexualität von Frauen mit intellektueller Behinderung kann in den früheren unzählig durchgeführten Zwangssterilisationen gesehen werden (vgl. Berger, Michel 1997); (vgl. Berger 1998); (vgl. Hoffmann- Richter, Finzen 1996, 14- 15)

Jedoch sind Wünsche nach Sexualität, Partnerschaft, Fortpflanzung,... bei Menschen mit intellektueller Behinderung im gleichen Ausmaß vorhanden wie bei nicht behinderten Menschen. Dieses Paradoxon führt der nicht behinderten Gesellschaft die Grenze der Normen vor Augen, da auch Menschen mit intellektueller Behinderung den Wunsch nach Liebe, Zuneigung,... teils durch auffälliges Verhalten (z.B. Annäherung an Fremde,...) zeigen (vgl. De Fries 2008); (vgl. Walter 2005, 12- 21); (vgl. Turinsky 2003)

„Unbehagen und Abscheu gegenüber Sexualität behinderter Menschen können nicht mehr als Randproblem des Umgangs mit Behinderten angesehen werden, sondern entpuppen sich als geradezu zentraler Faktor der Beunruhigung, die wir gegenüber behinderten Menschen empfinden“ (Turinsky 2003).

Benachteiligung von Menschen mit intellektueller Behinderung bezüglich medial sexualisierter Schönheitsideale

Präsentierte Schönheitsideale (Models,...) entsprechen kaum dem realen Erscheinungsbild von Menschen ohne Behinderung. Besonders Jugendliche laufen oftmals Gefahr, sich auf Grund jener „dargestellten Definition von Schönheit“ in ihrem Körper als defizitär bzw. sich in ihrem Erscheinungsbild (z. B. durch Akne, ungleiche Proportionen während des Wachstums,...) als nicht liebenswert zu empfinden. Auch durch die Darstellung von Sexualität in Pornos, bei denen die männliche Sexualität überwiegend über die Potenz, die Größe, etc. ... definiert wird, können dazu führen, dass sich männliche Jugendliche als defizitär erleben. Menschen mit intellektueller Behinderung erfahren in diesem Kontext eine weitere Behinderung, da sie sich durch das Auseinanderdriften von Körperdarstellungen z.B. in der Werbung und dem Blick auf den eigenen Körper (bezüglich ihres äußeren Erscheinungsbildes durch die Behinderung) als defizitär empfinden bzw. sich nicht als männlich oder weiblich (attraktiv) wahrnehmen. Wesentlichen Stellenwert nehmen in diesem Kontext neben der intellektuellen Behinderung auch körperliche Behinderungsarten ein. Es besteht auch bei Menschen mit intellektueller Behinderung der Wunsch, in diesem Lebensbereich als „normal“ zu gelten. So kann beispielsweise eine Beziehung zu nichtbehinderten Menschen als ein Schritt zur Normalität empfunden werden. Jedoch laufen in diesem Kontext Menschen mit intellektueller Behinderung Gefahr, leichter Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden (siehe auch sexueller Missbrauch). Die mediale Darstellung von Sexualität bedarf einer kritischen Auseinandersetzung (z.B. durch Fach- und Hintergrundinformation), welche es Menschen mit intellektueller Behinderung erlaubt, eine erweiterte Perspektive über gesellschaftliche Definitionen von Sexualität zu erhalten (vgl. Turinsky 2003); (vgl. De Vries 2008); (vgl. Leue- Käding 2004, 49ff); (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfer 2007, 14ff); (vgl. Ortland 2008, 22- 23).

3.5. Recht auf Anerkennung sexueller Selbstbestimmung

Nach der WHO hat jeder Mensch (mit und ohne Behinderung) das Recht bzw. den Anspruch auf sexuelle Selbstbestimmung (körperlich, psychisch und sozial). Diese trägt maßgeblich dazu bei, dass sich auch Menschen mit intellektueller Behinderung in diesem Lebensbereich als gesund fühlen (vgl. www.bzga-whocc.de, Download am 06.11.2011).

„Sexuelle Gesundheit ist die Integration der somatischen, emotionalen, intellektuellen und sozialen Aspekte sexuellen Seins auf eine Weise, die positiv bereichert und Persönlichkeit, Kommunikation und Liebe stärkt. Grundlegend für dieses Konzept sind das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust“ (WHO 1975, zit. nach www.bzga-whocc.de, Download am 06.11.2011).

Sexualpädagogische Beratungseinrichtungen und Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung erkennen zunehmend die Relevanz von Sexualität bei Menschen mit intellektueller Behinderung an (vgl. Walter 2005, 35- 37); (vgl. De Vries 2008); (vgl. Offenhausen 2006); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 327ff). Ferner kann jenes Recht auf die Akzeptanz und Unterstützung in dessen Leitmotiven gefunden werden:

Institution Lebenshilfe

Der Verein Lebenshilfe wurde 1958 auf Initiative der Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung in Deutschland gegründet (vgl. Speck 2005, 33); (vgl. www.lebenshilfe.de , Download am 08.12.2011).

Die Lebenshilfe nimmt in der Forderung auf Gleichstellung (im rechtlichen und sozialen Kontext) von Menschen mit intellektueller Behinderung in der Gesellschaft bei politischen Entscheidungen und Diskursen eine zentrale Rolle ein. Ferner begleitet und unterstützt die Lebenshilfe jene Personengruppe in der aktiven Teilnahme an der Gesellschaft (z.B. Integration an Schulen, Integration am freien Arbeitsmarkt,...)

Nach eigenen Angaben verfügt die Lebenshilfe Österreich über 4000 MitarbeiterInnen und 400 Einrichtungen (Werkstätten und Wohnheimen). 10000 Menschen mit intellektueller Behinderung werden von der Lebenshilfe betreut (Angaben von 2009) (vgl. www.lebenshilfe.at, Download am 27.11.2011).

Folgendes Leistungsangebot bietet die Lebenshilfe an:

- Bibliotheken mit Zeitschriften und Fachbüchern zum Thema Behinderung
- Publikationen (z.B. monatliche Zeitschriften, Fachbücher, aktuelle Informationen im Internet,...)
- Beratungsgespräche für Angehörige
- Projekte (z.B. Theateraufführungen,...)
- Zusammenarbeit mit öffentlichen Betrieben
- Werkstätte und Wohnhäuser für Menschen mit intellektueller Behinderung
- Frühförderung,... (vgl. www.lebenshilfe.at; Download am 27.11.2011); (vgl. www.lebenshilfe.de, Download am 27.11.2011).

Diese Hilfestellungen seitens der Lebenshilfe, Menschen mit intellektueller Behinderung in allen Lebensbereichen zu unterstützen, inkludiert ebenfalls die Sexualität:

„Sexualität ist mit dem Menschen untrennbar verbunden. Sie umfasst alle Aspekte des Mann- oder Frauseins und ist bereits Teil der kindlichen Persönlichkeit. In der zwischenmenschlichen Beziehung ist Sexualität von großer Bedeutung für Werte wie Liebe, Nähe, Wärme, Zärtlichkeit, Sinnlichkeit, Erotik. Sie ist damit Ausdruck des Grundbedürfnisses, nicht allein sein zu wollen“ (Lebenshilfe Deutschland zit. nach Kunz, Winkler 2001, 329- 330).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Nach eigenen Angaben versteht sich die BZgA mit der Niederlassung in Köln, als öffentliche Informations- und Anlaufstelle bezüglich Sexualität, Partnerschaft, Kinderwunsch, etc...

„Sexualaufklärung und Familienplanung sind seit 1992 ein Arbeitsschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der gesetzliche Auftrag zur Konzeptentwicklung verpflichtet die BZgA in besondere Weise, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung anzuregen und zu fördern. Dies ist auch ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung in diesem Feld. Durch

verschiedene Publikationen leistet die BZgA einen Beitrag zur Information und Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex“ (BZgA 2002, 5).

Die Institution stellt fachbezogene Texte (bezüglich Aufklärung,...) den Interessierten zum gratis downloaden zur Verfügung und bietet für alle Personengruppen (Menschen mit intellektueller Behinderung, Angehörige und pädagogisches Personal) zielgerichtete Broschüren an. So finden sich beispielsweise Aufklärungsschriften in vereinfachter Sprache für Menschen mit intellektueller Behinderung sowie Fach und Hintergrundinformationen für Angehörige und pädagogischen Personal. Nachschlagwerk (z.B. für wissenschaftliche Arbeiten) kann auch mittels geringen Unkostenbeitrages bestellt werden (vgl. www.bzga.de, Download am 10.10.2011).

Nach der BZgA ist Sexualität untrennbar mit dem Menschen verbunden:

„Sexualität ist ein existentielles Grundbedürfnis des Menschen und ein zentraler Bestandteil seiner Identität und Persönlichkeitsentwicklung. Sexualität umfasst sowohl biologische als auch psychosoziale und emotionale Tatbestände und Vorgänge. Die Ausgestaltung von Sexualität deckt ein breites Spektrum von positiven bis zu negativen Aspekten ab, von Zärtlichkeit, Geborgenheit, Lustempfinden, Befriedigung, bis hin zu Gewaltanwendung und Machtausübung. Menschen leben und erleben Sexualität unterschiedlich. Sie ist ein wichtiges Element der individuellen Lebensweise“ (www.bzga-whocc.de, Download am 06.11.2011)

Sexualität aus bio-psycho-sozialer Sicht in Bezug auf Menschen mit intellektueller Behinderung

Bei Menschen mit intellektueller Behinderung besteht trotz den von der UN-Konvention geforderten Förderung zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben (bezüglich schulischer Integration, betreutes Wohnen,...) im Kontext der Sexualität noch großer Aufholbedarf. Das Zugestehen der sexuellen Wünsche und Bedürfnisse erfährt Zensur oder Unterstützung durch die Eltern, die BetreuerInnen,... Sie entscheiden oftmals, in welchem Ausmaß Sexualität gelebt werden darf. Bei den Einschränkungen handelt es sich nicht immer um pädagogische Maßnahmen bezüglich sexueller Übergriffe oder das Thematisieren von sozialen Grenzen von Sexualität (z. B. Masturbation in der Öffentlichkeit), sondern ob und in welchem Ausmaß die Suche nach einem

Lebenspartner/ einer Lebenspartnerin gefördert oder verboten wird oder ob z.B. soziale Räume ohne ständige Kontrolle (eigenes Zimmer, Freundschaften zu Gleichaltrigen, Möglichkeiten den eigenen Körper ohne Inkontinezzschutz zu erforschen) ermöglicht werden. Subjektive Einstellungen und Werthaltungen von BetreuerInnen, LeiterInnen und Eltern stellen eine zentrale Bedeutung dar. Das Empfinden von Sexualität als Tabu bzw. für Menschen mit intellektueller Behinderung nicht geeignet können die Suche nach einer erfüllenden Sexualität und Partnerschaft dieser Personengruppe verhindern (vgl. Leue-Käding 2004, 60); (vgl. De Vries 2008); (vgl. Walter 2005, 25- 31); (vgl. Offenhausen 2006, 15ff)

Relevanz von Sexualassistenz bezüglich einer positiven erlebten Sexualität

Je nach Förderung und Unterstützung können sich Menschen mit intellektueller Behinderung in ihrer sexuellen Identität als gesund oder krank bzw. beeinträchtigt empfinden.

Oftmals werden seitens der Eltern und BetreuerInnen der Wunsch nach Nähe, Zärtlichkeit,... bei Menschen mit intellektueller Behinderung erstmals durch stereotype Verhaltensauffälligkeiten (z.B. heftiges Reiben an Möbeln, Schreikrämpfe,...) erkannt. Diese Auffälligkeiten zeigen den Angehörigen und BetreuerInnen den dringenden Handlungsbedarf bezüglich der sexuellen Unzufriedenheit auf, so sie denn als solche wahrgenommen werden. Die Aufgabe der wissenschaftlichen Disziplinen kann darin betrachtet werden, zu erforschen welche Maßnahmen notwendig scheinen (z.B. sexuelle Assistenz, Aufklärungsgespräche,...) um Menschen mit intellektueller Behinderung in diesem Teilbereich zu unterstützen. Auch regelmäßiger Austausch (Supervision), kollegiale Unterstützung und Evaluation von Praxismodellen kann helfen, Modelle im Umgang mit sexuellen Grundbedürfnissen zu entwickeln. Nach Aussagen einer Betreuerin stellten sich bei einem Bewohner durch den regelmäßigen Besuch einer Sexualassistentin eine deutliche Veränderungen in seinen Verhalten ein (vgl. DeVries 2008); (vgl. Achilles 2005, 94- 98); (vgl. Offenhausen 2006, 49ff); (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011)

„Es ist insgesamt so, dass er viel ruhiger geworden ist, er hätte diese Ruhe nicht gekriegt. Oft setzt er sich nach den Sitzungen eine Stunde aufs Bett und eine tiefe Zufriedenheit ist spürbar. Es kam nie vor, dass er danach ausgerastet ist“ (De Vries 2008).

Eine sexualitätsbezogene Betreuung kann Menschen mit intellektueller Behinderung Zeit und Raum bieten, rollentypisches Verhalten als Mann/ Frau zu erproben (vgl. De Vries 2008):

„Ich meine, dass das was die Sitzungen ihm geben u. a. auch ein Gefühl von Dazugehören ist. Im Sinne von Anerkennung, dass er ein sexuelles, männliches Wesen ist und nicht ein Neutrum auf Grund seines Down-Syndroms. Er hat die Neigung, sich etwas machohaft zu verhalten und lebt teilweise in einer Traumwelt, wo er der Held ist“ (De Vries 2008).

Unter Heil- und Integrativpädagogischer Betrachtung bedeutet eine positive Besetzung der eigenen Sexualität im bio-psycho-sozialen Kontext eine erhebliche Steigerung der individuellen Lebensqualität (vgl. Greving, Ondracek 2009, 51- 52; 69- 70).

Diese Unterstützung des positiven Erlebens der individuellen Sexualität wird auch seitens der WHO gefordert (vgl. www.bzga-whocc.de, Download am 06.11.2011)

- „Eine Umgebung, die Menschen den uneingeschränkten Genuss ihrer Sexualität als Potenzial ihrer selbst ermöglicht.
- Umfassende Information und Zugang zu entwicklungsspezifischen sexualpädagogischen Angeboten.
- Freiheit von sexuellem Zwang, Missbrauch und sexueller Gewalt.
- Schutz vor Gesundheitsproblemen im Zusammenhang mit dem Sexuelleben und entsprechende Behandlung derselben“ (www.bzga-whocc.de, Download am 06.11.2011)

4. Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung

4.1. Psychische Belastungssituation durch vorgeburtliche

Untersuchungen werdender Eltern

Einstellungen und Werthaltungen bezüglich intellektueller Behinderung seitens des sozialen Umfelds prägen maßgebend, wie Angehörige selbst mit dieser Thematik umgehen. Im geschichtlichen Verlauf war, wie bereits im Kapitel Begriffsklärung und Definition (intellektuelle) Behinderung ausgeführt, das Thema Behinderung in der Wertung überwiegend negativ besetzt. Ebenfalls bedeutet es für alle Bezugspersonen (LehrerInnen, Eltern, BetreuerInnen,...) sich für die Rechte von Menschen mit intellektueller Behinderung einzusetzen bzw. diese fortlaufend einzufordern. Angehörige bestehen auf das Recht von Gleichstellung ihres Sohnes/ ihrer Tochter beispielsweise beim gemeinsamen Unterricht mit Heranwachsenden ohne Behinderung (vgl. Speck 2005, 35; 227).

Jedoch beginnt die Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung für Angehörige bereits im Rahmen von vorgeburtlichen Untersuchungen, wenn ein Verdacht auf Behinderung des Nachwuchses besteht. Untersuchungsreihen die zur Früherkennung von Behinderung durchgeführt werden, stehen jedoch oftmals in keinem Verhältnis zu später erworbene Behinderungsarten (vgl. Ness 1997).

„Man möge sich die Zahlenrelation vor Augen halten: Erbkrankheiten kommen bei ca. 1,5% aller Geburten vor, Chromosomenveränderung bei ca. 1% der Neugeborenen, wobei davon bloß 0,5% eine unmittelbare medizinisch relevante Chromosomenstörung darstellen (z.B. Trisomie 13, 18, 21). Bloß 1,5% aller Behinderungen sind genetisch bedingt, weniger als 0,5% aller >Ursachen< für Behinderungen lassen sich mit Hilfe pränataldiagnostischer Verfahren feststellen“ (Strachota 2006, 26).

Im überwiegenden Fall gibt es keine Auffälligkeiten. Jedoch entscheiden sich fast alle Betroffenen (ca. 95% in Österreich, ca.80- 90% in der Schweiz) für einen Abbruch bei Chromosomenstörungen (z.B. Trisomie 21). Untersuchungen zeigen aber, dass Frauen bei umfassender Beratung weniger Bereitschaft zeigen, Pränataldiagnostik durchzuführen (vgl. Strachota 2006, 26); (vgl. www.praenatal-diagnostik.ch, Download am 15.09.2011).

„Wie breit dieses Denken Einzug in den Alltag von Schwangeren gefunden und wie sehr die Rechtsprechung dem Anspruch auf ‚Schadensprävention‘ Rechnung trägt, wird u. a. daran deutlich, dass im Jahr 1991 rund 10 Prozent aller Frauen (70 000) pränatale Testungen vornehmen ließen, während es 1980 noch 5 000 waren. In der medizinischen Praxis muss mittlerweile der/ die ÄrztIn die Frau über die Möglichkeit der Amniozentese aufklären, um zivilrechtliche und Schadenersatzansprüche der Mutter gegen den Arzt abzuwenden, so ein Urteil des Bundesgerichtshofes. Nach einer niedersächsischen Studie zur Pränataldiagnostik sind 75 Prozent der Frauen ‚risikoschwanger‘ und dementsprechend haben sich diese spezifischen ‚Leistungen‘ der Gynäkologen in den letzten Jahren verfünffacht“ (Ness 1997).

Die gesellschaftliche Einstellungen und Werthaltungen, ein „perfektes Kind“ zu gebären, lässt nach diesen Ausleseverfahren keinen Platz für Behinderung. Oftmals besteht auch der Druck, an weiteren Untersuchungen teilzunehmen, um alle vorstellbaren Risiken auszuschließen. Wie es werdenden Eltern bei einem auffälligen Befund geht, welchen Einfluss diese Untersuchungsreihen auf die weitere Schwangerschaft bzw. auf Eltern mit intellektueller Behinderung haben kann, soll im folgenden Abschnitt thematisiert werden (vgl. Strachota 2006, 28ff).

4.2. Relevanz der Schwangerschafts- und Kindesbegleitung

Eine geplante Schwangerschaft stellt zunächst für alle Beteiligten eine große Freude dar. Weitere Planungen bezüglich des Babys (z. B. Kleidung, Name,...) rücken in den Vordergrund. Im Rahmen der ärztlichen Betreuung und Begleitung der zukünftigen Eltern werden Untersuchungsmethoden, welche die Früherkennung von Behinderungen inkludieren, bei diversen Risikofaktoren (z. B. Alter, Genetische Vorerkrankungen,...) oftmals selbstverständlich in Anspruch genommen. Bei einer Abweichung von der Norm, also bei Verdacht auf Behinderung, bedeutet es oftmals für werdende Eltern, dass die empfundene Freude der Schwangerschaft mit einem Schlag verloren geht. Bei Verdacht auf eine Behinderung liegt es in der Entscheidung der Frau, bzw. des Paares, die Schwangerschaft weiterzuführen oder abubrechen. Allerdings konnte Strachota bei einer Untersuchung (Strachota 2006) von werdenden Eltern, welche verschiedene Arten Pränataler Diagnostik (z.B. Ultraschall, Fruchtwasseruntersuchung,...) in Anspruch genommen hatten, erforschen, dass sich dieser Personenkreis während der

Untersuchungsphase in der Regel in einem psychischen Ausnahmezustand befindet. Weitere Untersuchungsmaßnahmen, welche seitens der Eltern nicht geplant waren, wurden bei Verdacht auf Behinderung trotzdem in Anspruch genommen. Ferner hätten ÄrztInnen Schwangere zu weiteren, meist unangenehmen, risikobehafteten und schmerzhaften Untersuchungen überredet (vgl. Strachota 2006, 11; 28ff). In welchem Zwiespalt der Gefühle diese Personen sind, soll anhand folgender Aussagen aufgezeigt werden:

„Sollte ich noch einmal vor der Wahl stehen >Fruchtwasseruntersuchung ja oder nein<, mein Herz würde nein sagen, mein Verstand wahrscheinlich wieder ja“ (Strachota 2006, 83).

Bei der Beobachtung eines spielendes Kindes meinte eine Betroffene zu ihren Mann: „>Kannst du dir vorstellen, so ein liebes Kind umzubringen?< Er meinte darauf: >So habe ich das noch gar nicht gesehen.<“ (Strachota 2006, 82).

„Aus heutiger Sicht und mit der Erfahrung von damals würde ich nie wieder eine Fruchtwasseruntersuchung durchführen lassen. Noch dazu war die sachliche Aufklärung sehr schlecht, was mir aber in der damaligen Situation nicht aufgefallen ist“ (Strachota 2006, 59- 60).

In diesem Zustand müssen sich Eltern für oder gegen weitere Untersuchungen entscheiden. Die Wartezeiten bis zur Befundbesprechung werden als extrem belastend empfunden. Ferner stellen sich ethische und moralische Fragen ein (z.B. über den weiteren Verlauf der Schwangerschaft), welche in dieser Situation kaum rationell beantwortet werden können. Des Weiteren sollen Eltern Entscheidungen für das Fortsetzen bzw. den Abbruch der Schwangerschaft treffen. Bereits erlernte Erfahrungen und die Suche nach Informationen bezüglich intellektueller Behinderung können die Entscheidungsfindung maßgebend beeinflussen. Bei den Ergebnissen auf Auffälligkeiten recherchierten werdende Eltern und deren Angehörige meist selbst, welche Konsequenzen (bezüglich Betreuung und Pflege) ein behindertes Kind nach sich ziehen könnte. In der Bekanntgabe eines auffälligen Befundes durch ÄrztInnen wurde der Verdacht auf Behinderung von den werdenden Eltern als Bedrohung empfunden. Eltern, welche sich trotz positivem Befund für die Geburt eines Kindes mit intellektueller Behinderung entscheiden oder von vorneherein keine Pränatale Diagnostik in Anspruch nehmen, werden seitens des sozialen Umfeldes oftmals stigmatisiert und ausgegrenzt. Sie laufen Gefahr, mit der Frage konfrontiert zu werden, weshalb sie sich nicht für eine

Abtreibung entschieden hätten bzw. bekommen Verantwortungslosigkeit vorgeworfen. Behinderung wird mitunter als „vermeidbares Risiko“ betrachtet. Eltern erfahren in diesem Kontext eine weitere Stigmatisierung in der Öffentlichkeit (vgl. Strachota 2006, 26ff). Diese Einstellung überträgt sich in weiterer Folge auch auf jene Eltern, bei deren Kindern erst im Laufe der Kindheit eine Behinderung festgestellt oder durch eine Erkrankung, einen Unfall o.ä. eingetreten ist. In diesen Fällen wäre die Behinderung durch Pränataldiagnostik nicht zu verhindern gewesen, trotzdem müssen sich Eltern mit den Vorurteilen der Gesellschaft auseinandersetzen oder werden stigmatisiert.

Hervorzuheben ist, dass auch die Eltern eines Kindes mit körperlichen und/oder intellektuellen Beeinträchtigungen nicht frei davon sind, welche Einstellungen und gesellschaftlichen „Normen“ bezüglich intellektueller Behinderung in ihrem Lebensumfeld vorherrschen. Gerade diese Werthaltungen haben aber einen besonderen Einfluss auf die weitere Zukunft des Kindes. Eine unbewusste ablehnende Haltung bezüglich Behinderung, das Stigma, ein nicht ein gesundes Kind geboren zu haben, Sorgen um die Zukunft des Kindes aber auch Angst vor sozialer Isolation oder Überforderung wirken negativ auf die Eltern-Kind-Beziehung. So müssen Eltern verarbeiten, ein intellektuell behindertes Kind zu haben. Vorstellungen eines gesunden Kindes und den damit empfundenen Erziehungsvorhaben weichen dem realen Kind mit intellektueller Behinderung. Das Kind seinerseits erlebt sich oftmals als etwas Unvollständiges (vgl. Tietze- Fritz 1993, 22- 23; 40- 41); (vgl. Walter 2005, 165- 166); (vgl. Leue- Käding 2004, 62).

Es bedarf viel Kraft (und im Idealfall die aktive Auseinandersetzung mit den gesellschaftlichen und persönlichen Wertvorstellungen), trotz einer zunächst ablehnenden Haltung gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung eine stabile Vertrauensbasis zum Kind aufzubauen. Auf die besonders wichtige Zeit des ersten Lebensjahres für die Eltern-Kind-Beziehung kann hier nur hingewiesen werden (vgl. Anna Freud o.ä.).

Nach den Erzählungen einer betroffenen Mutter wurde ihr bei der Geburt ihres Sohnes von ärztlicher Seite nahegelegt, diesen in ein Heim zu geben (vgl. Kandel, Müller-Erichsen 1999).

„Roland ist ein 23 jähriger junger Mann mit Down- Syndrom. Als er geboren wurde, war die Prognose der Ärzte sehr negativ: Er ist ein Vollidiot, ein schwerer Fall, er wird sich nicht alleine versorgen können, er wird immer Hilfe brauchen, am besten geben Sie ihn in ein Heim“ (Kandel, Müller- Erichsen 1999).

Entgegen den „Empfehlungen“ des Arztes handelnd gelang es den Eltern mit intensiven Förder- und Unterstützungsmaßnahmen, Roland ein weitgehendes selbständiges Leben (mit eigener Wohnung bei den Eltern, betreutem Arbeitsplatz und einer Lebenspartnerin) zu ermöglichen (vgl. Kandel, Müller- Erichsen 1999).

4.3. Eltern und ihre Vorbildfunktion

Eltern nehmen für die psychosexuelle Entwicklung ihrer Kinder eine wichtige Vorbildfunktion ein. Bereits in frühesten Kindheit verinnerlichen Kinder vorgelebte Muster, Einstellungen und Werthaltungen. Das Kind lernt automatisch, wie in der Familie z.B. mit Körperkontakt, Scham und Intimität oder Nacktheit umgegangen wird (vgl. Friedrich 2001, 30-31).

Ferner scheint von zentraler Bedeutung zu sein, wie Eltern ihr intellektuell beeinträchtigtes Kind annehmen können, in welcher Form die Heranwachsenden in ihrer Entwicklung gefördert und unterstützt werden (vgl. Ortland 2008, 14- 15).

Eine Untersuchung (Bader 2005) von erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung im Alter von 50 bis 75 Jahren eines Wohnheimes deckte auf, unter welchen menschenverachtenden Bedingungen diese oftmals Jahrzehnte leben mussten.

Ein wesentlicher Teil der Befragten blieb der gegengeschlechtliche Kontakt zu Gleichaltrigen in ihrer Entwicklung durch ein streng geführtes Elternhaus bzw. durch Heimregeln und geschlechtsgetrennte geführte Heime verwehrt. Bei den Befragten konnte festgestellt werden, dass trotz den starren Begebenheiten der Wunsch nach Nähe, Sexualität und Partnerschaft vorhanden gewesen sei. So gaben einige Personen an, sich heimlich zu treffen bzw. getroffen zu haben. Andere lernten, sich den Bedingungen zu fügen und den Erwartungen der BetreuerInnen oder Eltern zu entsprechen. Die eigene Zufriedenheit richtete sich an den Einstellungen der Bezugspersonen aus (vgl. Bader 2005, 278- 282).

So sind Eltern zunächst primäre Ansprechpersonen bei sexualitätsbezogenen Fragen. Die Verantwortung, sexuelle Themen während der Entwicklung ihrer intellektuell behinderten Kinder zu behandeln, nimmt nach einer Studie (Ortland 2008) mit der Schwere des Behinderungsgrades ab, wahrscheinlich auch deshalb, weil andere, existentiellere Probleme den Alltag bestimmen. Jedoch findet ein überwiegender Teil der Eltern es wichtig, über diese Thematik zu sprechen (vgl. Ortland 2008, 90- 91).

Die Haltung der Angehörigen – und hier vor allem die Akzeptanz der Behinderung des beeinträchtigten Kindes - nimmt somit eine Schlüsselposition ein. Wie das Thema Sexualität familiär thematisiert wird, ob dem Nachwuchs der Wunsch nach Sexualität und Partnerschaft erlaubt und die Gelegenheit dazu gegeben wird, diese Wünsche auch umzusetzen, ist von zentraler Bedeutung. Dazu gehört auch die Frage, ob die Eltern ihren Sohn/ihre Tochter als ewiges Kind oder Jugendliche oder als junge/n Erwachsene/n sehen und sie/ihn als sexuelles Wesen wahrnehmen (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 158-160); (vgl. Kandel, Müller- Erichsen 1999); (vgl. Lempp 2005, 170- 178); (vgl. Achilles 2005).

Welcher Art der Hilfestellungen Menschen mit intellektueller Behinderung bei der psychosexuellen Entwicklung bedürfen, soll anhand folgender Aussage einer Mutter von zwei Söhnen (mit und ohne intellektueller Behinderung) aufgezeigt werden:

„Als Mutter eines behinderten und nichtbehinderten Sohnes konnte ich erleben, dass die Entwicklung beider Söhne fast gleichförmig verlief. Schmusen und Küssen, Streicheln und mit dem Körper spielen war beiden Kindern gleich wichtig. Viele Jahre der Kindheit verbrachten sie die Nächte am liebsten in meinem Bett, beide suchten die Nähe und Wärme. Mit Beginn der Pubertät verzog sich der nichtbehinderte Sohn von ganz allein in sein Zimmer und verschloß die Tür, während der behinderte Sohn ´diese Kurve´ alleine nicht schaffte. Hier war es wichtig, darüber zu sprechen, dass es nun ein Ende haben müßte mit der körperlichen Nähe, dem Bedürfnis, den Busen der Mutter zu streicheln, der Klatsch auf dem Po war nicht angemessen“ (Kandel, Müller- Erichsen 1999).

4.4. Lebenslange Elternschaft

Eltern finden sich ohne ausreichende beratende Unterstützung oftmals in der Rolle der permanenten Elternschaft (d. h. dass sie auch nach dem Erreichen des Erwachsenenalters in vielen Lebensbereichen für ihre Tochter/ihren Sohn verantwortlich sind). Viele Elternteile (speziell Mütter) finden in dieser Aufgabe eine mehr oder weniger erfüllende (manchmal auch überfordernde) Lebensaufgabe, welche Halt und Struktur gibt. Dies wird verstärkt durch die Tatsache, dass Mütter oftmals gezwungen sind, ihren Beruf aufzugeben, um ihr behindertes Kind betreuen zu können. Um diese Aufgabe nicht zu verlieren, werden unter Umständen diverse Anstrengungen in Kauf genommen. So werden Kinder täglich mit dem Auto transportiert, obwohl die Tochter/der Sohn bereits

öffentliche Verkehrsmittel zur Schule oder Werkstatt benutzen könnte. Die gegenseitige Abhängigkeit kann dazu führen, den Abnabelungsprozess zu verlangsamen bzw. zu stoppen. Zwar sind sich Angehörige bewusst, auf Grund lebensbedingter Ereignisse (z.B. Alter, Krankheiten, Tod,...) nicht bis zum Lebensende der Kinder die Verantwortung tragen zu können, jedoch ist die Angst, „nicht mehr gebraucht zu werden“ bzw. die Aufgabe zu verlieren, scheinbar zu groß. Ferner möchte auch der Nachwuchs auf die Liebe und Zuwendung der Eltern nicht verzichten. Andererseits streben auch Menschen mit intellektueller Behinderung nach Autonomie und Selbstständigkeit. (vgl. Wilken, Jeltsch Schudel 2003, 158- 160); (vgl. Lempp 2005, 170- 178); (vgl. Drechsler 2004, 33ff).

Das Spannungsgefüge zwischen der Rollenzuschreibung des ewigen Kindes und dem Wunsch nach Erwachsenwerden kann auf Grund des Machtgefälles und der Angst vor Liebesentzug zu einer Lebenszufriedenheit führen, welche scheinbar beim Ableben der Eltern nicht mehr möglich scheint (vgl. Speck 2005, 328): „Wenn die Mama stirbt, dann mach ich Selbstmord, dann mag ich nicht mehr leben“ (Speck 2005, 328).

Aber auch Eltern kann es schwerfallen, mit der Volljährigkeit ihrer intellektuell behinderten Kinder ihre eigenen, lange Zeit zurückgestellten Interessen wieder zu entdecken, zu thematisieren und zu verwirklichen. Eine zentrale Bedeutung stellt hierbei die Begleitung der Familie beim Erwachsenwerden des intellektuell behinderten Menschen dar (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 160).

4.5. Bereitschaft zur Reflexion

Für eine günstige Entwicklung der Menschen mit intellektueller Behinderung bedarf es somit eines gut geschulten Personals in Werkstätten, Schulen und Wohnheimen sowie die Einbeziehung der Angehörigen in Förderangebote (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 157- 160). Professionelles Personal von Wohnheimen und Schulen erkennt zunehmend die Notwendigkeit, ihre lebensgeschichtlich bedingten Normen und Werte bezüglich Sexualität und Behinderung zu reflektieren. Zudem werden Selbstreflexionsseminare und sexualpädagogische Weiterbildungen angeboten (vgl. Walter 2005, 36-37); (vgl. Lebenshilfe 2009, 24- 32); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 331- 339); (vgl. Schlick 2004, 112); (vgl. www.senia.at, Download am 16.11.2011); (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011)

Im Rahmen einer Diplomarbeit (Wagner 2007) wurde festgestellt, dass die Einstellungen und Werthaltungen zum Thema Sexualität bei den KlientInnen von Wohnheimen zunehmend positiv besetzt sind. Dieser Umstand deutet auf einen massiven Umdenkprozess in Einrichtungen der Behindertenhilfe hin, in denen das Thema Sexualität bis vor 20 Jahren konsequent ignoriert oder auch bekämpft wurde (vgl. Walter 2005). Ferner zeigte sich, dass Wohnheimen Menschen mit intellektueller Behinderung bei ihrer Partnerwahl Unterstützung und Hilfestellung häufiger anboten, als Einrichtungen für nicht behinderte Menschen. Auch sah das Personal von Wohnheimen für Jugendliche ohne intellektuelle Behinderung die Sexualerziehung eher bei den Eltern als jene BetreuerInnen von Jugendlichen mit intellektueller Behinderung. Es findet somit zunehmend eine Sensibilisierung der PädagogInnen von Wohnheimen statt, die die Sexualerziehung, bzw. die sexualpädagogische Begleitung nicht alleine bei den Eltern sehen und sich für die Aufklärung ihrer KlientInnen mit verantwortlich fühlen (vgl. Wagner 2007, 84- 88).

Anders als professionelles Personal sind Angehörige nicht verpflichtet, Seminare zum Thema Sexualpädagogik zu besuchen. Ihre Teilnahme basiert auf Freiwilligkeit. Je nach eigenen Vorstellungen und Werthaltungen kann die psychosexuelle Entwicklung des Nachwuchses beeinflusst werden. Die Bereitschaft des Zugeständnisses sowie in weiterer Folge Unterstützung bei der Erfüllung von sexuellen Wünschen und Bedürfnissen ihres Nachwuchses verstrickt Angehörige oftmals in innere Konflikte (vgl. Lebenshilfe 2009, 11- 13). Neben dem psychischen Verarbeitungsprozess, ein intellektuell behindertes Kind geboren zu haben, standen in der Kindheit meist gezielte Fördermaßnahmen (z.B. Frühförderung) im Mittelpunkt. Das Empfinden, die Heranwachsenden als sexuelle Wesen wahrzunehmen, kann, wie bereit in Kapitel 3 angeführt, durch die Behinderung Gefahr laufen, vernachlässigt zu werden (vgl. Ortland 2008, 14- 15). Seitens der Eltern können Zeichen der Sexualität (erste Monatsblutung, erster Samenerguss) als störend empfunden werden. Manchmal sind weder Eltern noch Kinder auf diese Situationen vorbereitet. Die Veränderung des kindlichen Körpers zum erwachsenen Körper hin führt oftmals dazu, dass die Zuwendung seitens der Bezugspersonen in Zeit und Intensität rückläufig wird. Das gegenseitig erlernte Sozialverhalten kann den Veränderungsprozessen der Pubertät nicht Stand halten. Eltern können je nach deren inneren Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Sexualität und Behinderung Gefahr laufen, ihre Kinder nicht erwachsen werden zu lassen bzw. nur geschlechtsneutrales und kindliches Verhalten zu akzeptieren. Andererseits kann es auf Seiten der Jugendlichen

passieren, dass eine erwünschte Rolle übernommen und verinnerlicht wird (vgl. Speck 2005, 328- 329); (vgl. Lebenshilfe 2009, 11- 13); (vgl. Lempp 2005, 178).

Geschlechtsbezogene Entwicklungen (nächtlicher Samenerguss, erste Monatsblutung,...) führen bei Menschen mit intellektueller Behinderung bei unzureichender Aufklärung zu Verwirrung und Fehlinterpretationen (z.B. Einnässen, Verletzung im Genitalbereich). Die Einbeziehung der Eltern in sexualpädagogische Projekte durch professionelles Personal (LehrerInnen, BetreuerInnen,...) stellt in diesem Kontext eine zentrale Bedeutung dar (vgl. Leue- Käding 2004, 194); (vgl. Walter 2005, 168- 169).

4.6. Neue Rollenfindung im Erwachsenenalter

Für junge Erwachsene ohne Behinderung wird es als selbstverständlich betrachtet, sich bezüglich der Wohnsituation, in finanzieller Hinsicht, etc.... von den Eltern abzunabeln und ein eigenständiges Leben zu führen, ev. auch selbst eine eigene Familie zu gründen. Angehörige unterstützen und befürworten diesen Prozess. Bei Menschen mit intellektueller Behinderung ist dieser Loslösungsprozess wesentlich davon beeinflusst, wie viel externe Hilfestellung die Eltern erhalten. Ein hoher Stellenwert wird hierbei Wohnheimen und Werkstätten beigemessen. Menschen mit intellektueller Behinderung erfüllt es mit Stolz, einer alltäglichen Beschäftigung nachzugehen genauso wie Menschen ohne eine Behinderung, Betreutes Wohnen und Wohnheime begünstigen eine weitere Abnabelung von den Angehörigen. Ein geregelter Tagesablauf (Arbeit, Wohnen und Freizeit, betreutes Reisen) hilft dieser Personengruppe, auch außerhalb des Elternhauses neue Kontakte anzubahnen (vgl. Lebenshilfe 2009, 14- 16); (vgl. Wilken, Jeltsch-Schudel 2003, 158- 165); (vgl. Speck 2005, 334- 341).

Eingeübtes Rollenverhalten bzw. Rollenzuschreibungen (z.B. Lebenslange Elternschaft, ewiges Kind,...) können dadurch minimiert und reduziert werden. Den Angehörigen bietet es die Möglichkeit, eigenen Hobbies, Jobs und Interessen nachzugehen, aber auch als Paar (sofern die Beziehung noch aufrecht ist) wieder gemeinsame Aktivitäten zu unternehmen, welche durch intensive Förder-, Pflege-, und Unterstützungsmaßnahmen reduziert waren. Meist bedarf es jedoch einige Zeit, sich an die (wieder)gewonnene Freizeit zu gewöhnen. Ein positiver Loslösungsprozess ermöglicht es allen Beteiligten (Angehörige und Tochter/ Sohn), Probleme distanzierter zu betrachten sowie eigene

Fähigkeiten und Interessen zu fördern und zu stärken (vgl. Wilken, Jeltsch-Schudel 2003, 156- 165).

Einen weiteren zentralen Stellenwert nehmen in diesem Kontext SachwalterInnen oder andere Familienmitglieder (z.B. Geschwister) ein, wenn es um die gesetzliche Vertretung des erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung geht (vgl. www.help.gv.at Download am 11.09.2011). Die rechtlichen Grundlagen jener Vertretung werden in der Arbeit noch thematisiert.

5 .Sexualerziehung an österreichischen Schulen und in betreuten Einrichtungen

5.1. Die Rolle der Bezugspersonen und der Einfluss ihrer eigenen Sexualerziehung

Wie bereits im vorigen Kapitel ausgeführt nehmen Eltern und nahe Bezugspersonen, in der Sexualerziehung von intellektuell behinderten Kindern eine Vorbildfunktion ein. Dies gilt auch für BetreuerInnen und LehrerInnen, sofern sie eine gute Beziehung zum Kind/Jugendlichen/Erwachsenen aufbauen können. Erfahrungen aus dem eigenen Kindes- und Jugendalter können die Qualität der weitergegebenen Information sowie Wertehaltungen und Einstellungen zu sexualitätsbezogenen Themen beeinflussen.

Allerdings sind ältere Personen auf die sexuelle Reifung und Entwicklung der Kinder selten vorbereitet, da sie in ihrer eigenen Entwicklung Sexualität manchmal als etwas Bedrohliches oder Verbotenes seitens ihres sozialen Umfeldes vorgelebt bekamen (vgl. Achilles 2005, 35). Laut einer Umfrage (Perner 1999) bei 24 erwachsenen Personen (geboren in der Kriegs- und Nachkriegszeit) aus verschiedenen beruflichen Bereichen konnte festgestellt werden, dass Sexualität im schulischen und außerschulischen Bereich überwiegend tabuisiert wurde. Falls Sexualerziehung stattfand, war diese religiös oder biologisch geprägt (z. B. Sexualität auf Partnerschaft ausgerichtet, Masturbation als Sünde,...). Nur ein geringer Teil gab an, in ihrer Jugendzeit altersentsprechend aufgeklärt worden zu sein (vgl. Perner 1999). Doch auch in der jüngeren Generation fehlten häufig die Vorbilder einer gelungenen Sexualerziehung durch Elternhaus oder Schule (vgl. Perner 1999, 30- 35). Bis Mitte der 60er Jahre des vorigen Jahrhunderts war Sexualität auf Fortpflanzung und Partnerschaft ausgerichtet. Geschlechtsverkehr vor der Ehe, gleichgeschlechtliche Partnerschaften oder Masturbation waren tabuisiert und gesellschaftlich verpönt. Besonders prägend war immer wieder der Einfluss der katholischen Kirche auf das Leben der Menschen (vgl. Wrede, Hunfeld 1997, 65-67).

Kirche und Sexualität

Die Zeiten, in denen die katholische Kirche einen eher unbeschwerten Zugang zu sexualitätsbezogenen Themen hatte, liegen weit zurück. Das Verhältnis zwischen Kirche

und Sexualität ist zwiespältig und belastet. Als einziger Zweck von Sexualität wurde die Fortpflanzung in der von der Kirche legitimierten Gemeinschaft zwischen Mann und Frau, also in der Ehe akzeptiert, alle anderen Aspekte wurden verleugnet oder als „Schande“, „Sünde“ oder „Krankheit“ abgewertet. Andererseits führte der verleugnende Umgang mit den sexuellen Bedürfnissen der Menschen, vor allem auch der zum Zölibat bzw. zur Keuschheit gezwungenen Priester und der noch nicht verheirateten Jugend, zu massiven Konflikten, die sich in einer unreflektierten Doppelmoral, in Hetzkampagnen gegen Liberalisierungs-bewegungen und nicht zuletzt in sexueller Gewalt ausdrückten.

Der große Einfluss, den die Kirche auf die sexualitätsbezogenen Moralvorstellungen der (westlichen Industrie-) Gesellschaft ausüben konnte, erklärt sich vor allem auch aus den zahlreichen Erziehungseinrichtungen, die die Kirche unterhielt (und teilweise bis heute unterhält). So konnten Kinder und Jugendliche – gerade in der Zeit der Entwicklung der sexuellen Identität – nachhaltig geprägt werden, was sehr häufig zur Übernahme der religiösen Grundeinstellungen führte. Allerdings bekamen die Menschen durch eigene oder erzählte Erfahrungen mit Vertretern der Kirche, die die eigenen Vorschriften selbst nicht einhalten konnten oder wollten, auch die Ambivalenzen und die Doppelmoral tief in ihr Bewusstsein eingebrannt (vgl. Perner 1999); (vgl. Walter 2005, 78ff); (vgl. Schmuck 2007, 37ff). Als ein Beispiel, welche Empfehlungen noch vor etwa 100 Jahren zum Thema Sexualität weit verbreitet waren, sei hier ein Autor zitiert, der zu folgender „Umgangsweise“ mit dem Sexualtrieb rät:

„Sie ist in ihrem tiefsten Wesen hl. Erfurcht vor der gottentstammten Zeugungskraft, darum auch Ehrfurcht vor den Gliedern und Organen, die diesen Schöpfersegen Gottes weiterleiten sollen. Sie hält die äußeren Sinne in Zucht, behütet die Phantasie und bewacht das Leben der Gefühle. Das geschieht erzieherisch durch `die Pflege des Schamgefühls, vernünftige Abhärtung, Arbeitsamkeit, körperliche Bewegungen in Sport und Spiel, Maßhaltung in Speis und Trank und vor allem im Genuss alkoholischer Getränke“ (Bremer 1935 zit. nach Timmermanns, Tuidier, Sielert 2004, 29).

Als zentrale Elemente des katholischen Moralkodex lassen sich folgende Elemente festhalten:

- Sexualität ist nur innerhalb der Ehe erlaubt
- Homosexualität ist etwas Verbotenes (früher auch unter Bestrafung)

- Sexualität wird auf Fortpflanzung reduziert
- Masturbation ist eine Sünde; oftmals wird ein negativer Einfluss auf die Psyche oder den Körper unterstellt
- Frauen werden auf ihre Rolle als Gebärende reduziert (oder in dieser Rolle mit einem „Heiligenschein“ versehen); Ausschluss der Frau von der Besetzung kirchlicher Ämter
- Keuschheit und Ehelosigkeit von Priestern, Pfarrern- Zölibat
- Innerhalb der Kindes- und Jugenderziehung: Differenzierung zwischen „Gut“ und „Böse“; Drohung durch die Strafe Gottes; Körperfeindlichkeit; Sexualität als „Sünde“
- Ausklammerung lustbezogener Aspekte (vgl. Timmermanns, Tuidier, Sielert 2004, 27f); (vgl. Walter 2005, 78ff); (vgl. Perner 1999); (vgl. Schmuck 2007, 37ff); (vgl. Etschenberger 1992, 241- 245); (vgl. Bartholomäus 1992, 116- 117: 246- 249);

Durch besondere Enthaltbarkeit wurde seitens des christlichen Glaubens versucht, einen abgehobenen Status gegenüber der Gesellschaft zu erhalten. So galten früher die Ehelosigkeit, Enthaltbarkeit und die Liebe zu Gott als hohes Gut (vgl. Fütterer, Siegel 2005, 80- 82).

Die Darstellung von Sexualität als etwas Verbotenem, Unkeusem führte bei Jugendlichen und Erwachsenen oftmals zur Disharmonie mit dem eigenen Körper. Die Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale wurde als störend und nicht nachvollziehbar empfunden

Einstellungen und Werthaltung seitens der katholischen Kirche zur Sexualität sind auch heute noch geprägt von einer sexualfeindlichen Moral. Zwar hat sich der Einfluss der katholischen Kirche auf sexualitätsbezogene Einstellungen und Werthaltungen innerhalb der Gesellschaft in den letzten Jahrzehnten verringert, nicht zuletzt durch die allgemeine Säkularisierung, durch die Frauen- und Studentenbewegung, ebenso durch die immer wieder geäußerten Missbrauchsvorwürfe gegen Priester; jedoch leiden Menschen, die z.B. früher katholische Internatsschulen besuchten, auch heute noch an den Folgen einer sexualfeindlichen Erziehung. (vgl. Bartholomäus 1992,116- 117; 246- 249); (Schmuck 2007, 37ff); (vgl. Perner 1999); (vgl. www.derstandart.at , Download am11.02.2012); (vgl. Brehmer, Simon 1997 14ff).

In der bereits zitierten Studie von Perner (Perner 1999) gaben einschlägig belastete Personen ferner an, dass Sexualität speziell in kirchlichen Einrichtungen tabuisiert und als Bedrohung (z.B. Masturbation als Sünde, sexuelle Kontakte unter Gleichaltrigen als Verbrechen,...) dargestellt wurde. Wurden sexuelle Bedürfnisse dennoch ausgelebt, war dies nach Angaben der befragten Personen oftmals mit Schuldgefühlen belastet (vgl. Perner 1999).

Religiöse Aufzeichnungen (Zitate aus der Bibel) wurden und werden auch heute noch dahingehend interpretiert, bestehende Macht- und bereits reflexionsbedürftige Einstellungen und Werthaltung (z.B. Ausgrenzung der Frauen bei der Besetzung von kirchlichen Ämtern, Heiratsverbot für Priester,...) seitens der katholischen Kirche aufrechtzuerhalten (vgl. Perner 1999). So vertritt die katholische Kirche auch heute noch - trotz diverserer öffentlicher Diskurse (z.B. über homosexuelle Lebensformen,...) - das Konzept, dass Sexualität ausschließlich innerhalb der Ehe zwischen Mann und Frau gelebt werden darf. Sexualität soll der Fortpflanzung dienen. Diese Grundsätze werden z.B. auch weiterhin an katholischen Fakultäten gelehrt oder auf Tagungen verbreitet (vgl. www.christenfamilie.at, Download am 14.01.2012); (vgl. Brehmer, Simon 1997 14ff). Dieses Konzept soll anhand des Auszuges eines Tagungsberichtes des 14.05.2011 aufgezeigt werden.

„Unter dem Thema `Liebe, Leib und Leidenschaft` fand vom 13. bis 15. Mai an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt eine internationale Tagung zur Theologie des Leibes von Papst Johannes Paul II. statt. [...] In seinem Grußwort erinnerte Bischof Gregor Maria Hanke an die zahlreichen Ansprachen und Texte des gerade selig gesprochenen Papstes, die sich unter dem Begriff `Theologie des Leibes` zusammenfassen lassen. Sie basieren auf der Überzeugung, dass `Liebe die naturgemäße Berufung des Menschen ist`. [...] Der Mensch als Abbild des liebenden Gottes sei zur Liebe berufen, erklärte Hanke. Diese Berufung schließe auch den Leib und die Geschlechtlichkeit als Mann und Frau ein. Als zwei verschiedene Weisen der Verwirklichung dieser Berufung zur Liebe bezeichnete Bischof Hanke Ehe und Jungfräulichkeit“ (www.christenfamilie.at, Download am 14.01.2012).

Andere Aspekte, die nach heutigem Verständnis ebenfalls zur Sexualität gezählt werden (siehe Begriffsbestimmung) wie sexuelle Identität oder Homosexualität werden innerhalb der katholischen Kirche auch heute oftmals verschwiegen und tabuisiert. Trotz Beratungsangeboten und einem niederschwelligem Zugang zu Informationen kann allein

die Ansicht, Homosexualität sei eine Sünde, zu Identitätsverwirrung bei gleichgeschlechtlich orientierten Personen führen. Besonders schwer wiegt die Tabuisierung natürlich bei Priestern. Laut dem ehemaligen Pfarrer Johannes Wahala sind Priester, Pfarrer,... bezüglich Fragen und Probleme betreffend ihrer eigenen Sexualität meistens auf sich alleine gestellt. Wahala wurde seines Amtes als Pfarrer enthoben, da er sich in den 90er Jahren für die Gleichstellung homosexueller Menschen einsetzte. Erzbischof Kardinal Schönborn setzte diesen radikalen Schritt durch (vgl. Perner 1999, 138ff); (vgl. Schmuck 2007, 37ff).

Diese bereits angeführte reduzierte Darstellung der Sexualität klammert unter heutigen Gesichtspunkten wesentliche Teilbereiche der menschlichen Sexualität aus, z.B.:

- die Anerkennung des Sexualtriebes (Freud)
- sinnliches Empfinden
- individuelle Formen der Sexualität, die über Fortpflanzung und Heterosexualität hinausgehen
- Relevanz der Aufklärung und Verhütung
- Veränderung der Geschlechterrollen

Dadurch wird sie der gelebten Sexualität der Menschen, auch jener mit Beeinträchtigungen, nicht gerecht und begünstigt unter Umständen sexuellen Missbrauch durch mangelnde Sexualaufklärung oder Grenzziehungen (vgl. Zemp, Picher, Schoibl 1997).

Ferner zeigten KritikerInnen auf, dass bezüglich der Übersetzung der Bibel in die Gegenwart, nichts dagegen spreche, sondern dass es höchst angebracht erscheint, den Ethik- und Moralkodex der katholischen Kirche (z.B. zu Themen wie Homosexualität, Besetzung der kirchlichen Ämter durch Frauen,...) zu reflektieren und neu zu strukturieren (vgl. Perner 1999); (vgl. Schmuck 2007, 37ff);

Sexualität, Kirche und Menschen mit Beeinträchtigungen

Dieser eingeeengte Blick auf Sexualität seitens der (katholischen) Kirche führt bei der Auseinandersetzung mit den sexuellen Bedürfnissen von intellektuell beeinträchtigten Menschen zu massiven Problemen. Abgesehen davon, dass die meisten dieser Personen auch im fortgeschrittenen Erwachsenenalter wenig Chancen haben, zu heiraten, und ihre

Sexualität nur in seltenen Fällen auf Fortpflanzung ausgerichtet ist, werden durch diese Haltung alle anderen Formen von Sexualität geleugnet. Diese Sichtweise hat nicht zuletzt zur oben bereits erwähnten Einstellung beigetragen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen prinzipiell gar kein sexuelles Empfinden hätten, quasi asexuell seien. Damit wurden ihnen aber gleichzeitig ihre Bedürfnisse abgesprochen, an Unterstützung oder Aufklärung wurde gar nicht erst gedacht. Dies widerspricht jedoch nach heutiger Auffassung eindeutig der UN-Konventionen und in vielen Fällen auch den Einstellungen der betreuenden Personen. Besonders bedenklich ist dieser Aspekt auch in der Gegenwart, da immer noch viele Einrichtungen unter christlich-katholischer Leitung stehen. Auch wenn nicht all diesen Institutionen sexualfeindliche Einstellungen unterstellt werden können, so ist auch ihr heutiger Umgang mit dem Thema Sexualität durch die Geschichte und die nach wie vor von der Kirchenleitung vertretenen Ansichten geprägt. (vgl. Walter 2005, 82); (vgl. www.christenfamilie.at, Download am 14.01.2012); (vgl. Perner 1999); (vgl. www.caritas.at, Download am 14.02.2012)

Öffentlicher Diskurs bezüglich sexuellem Missbrauch

Ein weiteren zentralen Einfluss auf die Abkehr der Christen von der katholischen Kirche hat neben den bereits angeführten sexualfeindlichen Einstellungen und Werthaltungen die öffentliche Debatte über Missbrauchsfälle in kirchlichen Einrichtungen, welche versucht wurden zu verheimlichen. Erst durch den Mut damaliger Opfer, sich an diverse Anlauf- und Beratungsstellen zu wenden, scheint es möglich, dieses „heikle Thema“ mit seinen Ursachen und Folgen aufzuarbeiten. Zur großen Enttäuschung der Opfer kam es oftmals bestenfalls zu einer Versetzung der Täter in eine andere kirchliche Einrichtung. Eine strafrechtliche Verfolgung im Sinne einer rechtsgültigen Verurteilung fand bisher kaum statt (vgl. www.derstandart.at, Download am 11.02.2012); (vgl. Zemp, Picher, Schoibl 1997).

Unterschied zwischen katholischer und evangelischer Kirche

Innerhalb der katholischen und evangelischen Glaubensgemeinschaft klaffen die Vorstellungen von Sexualität im heutigen Diskurs bedeutend auseinander.

So erkennt die evangelische Kirche homo- und bisexuelle Lebensweisen als weitere Formen von Sexualität und als Grundlage für erfüllte Beziehungen an. So gibt es heute

Pfarrern, in denen homosexuelle Paare im evangelischen Glauben getraut werden. Schon seit der Zeit Martin Luthers wird dem Personal (Pfarrer) das Recht auf Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch zugesprochen. Auch haben Frauen bei der Besetzung diverser Ämter - anders als in der katholischen Kirche – formal den gleichen Stellenwert wie Männer, sie können also das Priesteramt ebenso wählen, wie Bischöfin werden (vgl. Schmuck 2007, 37ff)

Jener thematisierte kirchliche Einfluss nahm ab Ende der 60er Jahre durch die zunehmende Liberalisierung und Offenheit bezüglich sexueller Themen ab. Diese Entwicklung wurde durch mehrere Faktoren beeinflusst:

- Erfindung der Pille: Die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft trat in den Hintergrund
- Studenten-/Frauenbewegung: Reflektieren und Hinterfragen traditioneller Lebensformen
- Zunehmende Erweiterung des Verständnisses und Anerkennung von Sexualität als Lebensenergie (vgl. Wrede, Hunfeld 1997, 65-67).

Jüngere Eltern und LehrerInnen übernehmen zunehmend offene Einstellungen und Werthaltungen. Im Bereich Sexualität und Behinderung sind gewisse Tabus jedoch nach wie vor aufrecht oder wirken unbewusst nach (lange Zeit wurde behinderten Menschen überhaupt abgesprochen, „sexuell“ zu sein) (vgl. Leue- Käding 2004, 256- 259).

5.2 Verankerung von Sexualerziehung im Schulsystem

Das Unterrichtsministerium reagierte auf den steigenden Bedarf nach Sexualaufklärung im schulischen Bereich, nicht zuletzt bedingt durch die Gefahr, sich mit AIDS zu infizieren.

Seit der Schulreform Anfang der 70er Jahre gibt es das fächerübergreifende Unterrichtsprinzip Sexualerziehung, welches mittels Erlass festgelegt wurde (vgl. www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010); (vgl. www.schule.at , Download am 11.03.2011).

In den 80-er Jahren wurde von Fachleuten der „Medienkoffer Sexualerziehung“ entwickelt, der LehrerInnen bei der Umsetzung der im Unterrichtsprinzip angedachten Inhalte unterstützen sollte (vgl. Perner 1999, 30- 31). Textpassagen des Medienkoffers lösten bei Elternvereinen, Ärzteplattformen und kirchlichen Vereinen heftige Proteste aus. Auch viele DirektorInnen und LehrerInnen lehnten dieses Unterrichtsmedium ab; er wurde laut Aussagen von Zeitzeugen kaum verwendet (vgl. Rosenberger, Wassermaier 2007, 154- 158); (vgl. Perner 1999, 30-31). Dies zeigt allerdings, dass das Thema Sexualität in der Schule damals noch längst nicht selbstverständliche verankert ist. Die Situation heute ist etwas besser, aber durch fehlende Untersuchungen und Forschung unübersichtlich. Es ist nach wie vor so, dass die Tatsache, ob Kinder und Jugendliche in der Schule qualitativ und altersentsprechend in ihrer sexuellen Entwicklung begleitet werden, dem Zufall überlassen ist. Eine flächendeckende professionelle Verankerung, auch in Aus- und Fortbildungen für Lehrpersonen, ist nicht verwirklicht (vgl. Bergeest 2007, 243); (vgl. Valtl 2000, 50); (vgl. Istenits, Elsigan 2008, 205- 210).

5.2.1. Erlass für Sexualerziehung

Die Sexualerziehung sollte heute fixer Bestandteil des Unterrichts an österreichischen Schulen sein. Sie ist zwar mittels Erlass und Lehrplänen festgelegt, jedoch wird diese nicht einer flächendeckenden Kontrolle bezüglich deren Umsetzung unterzogen (vgl. www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010); (vgl. www.cisonline.at 26-34, Download am 29.12.2010); (vgl. www.bmukk.gv.at 1ff, Download am 07.08.2010); (vgl. Perner 1999).

Die Sexualerziehung sollte idealerweise fächerübergreifend (Biologie, Religion,...) stattfinden und mittels Kooperation zwischen Eltern, LehrerInnen und schulfremden Expertinnen durchgeführt werden (vgl. www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010). Jene Vorgehensweise ist ebenfalls im Erlass für Sexualerziehung an österreichischen Schulen wie folgt festgelegt:

- „Aufbau eines Wertewissens (Leitvorstellungen)
- Zusammenarbeit mit den Eltern
- Etablierung fächerübergreifender Strukturen
- Partnerschaftliche Kommunikation

- Die Schulgemeinschaft
- Einbindung von Expertinnen und Experten (Schulärzte/Schulärztinnen und außerschulisches Personal)“ (www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010).

Die Ergänzung bzw. Korrektur des von den Eltern vermittelten Wissens durch die Schule sollte ebenfalls einen festen Bestandteil in der Schule einnehmen:

„Sexualerziehung ist die primäre Aufgabe der Eltern/ Erziehungsberechtigten. Im Unterricht an den Schulen wird daher in steter Zusammenarbeit mit dem Elternhaus diese Bildungs- und Erziehungsarbeit durch Vermittlung entsprechender Wissensinhalte und Verhaltensweisen umfassend zu ergänzen, zu vertiefen und gegebenenfalls zu korrigieren sein“ (www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010).

In dieser Formulierung steckt die Erwartung, dass Eltern eine Verpflichtung für die Aufklärung ihrer Kinder tragen. Diese sollen im Wesentlichen in das Aufklärungsangebot an der Schule einbezogen werden.

„Zu Beginn des Schuljahres wird in der Lehrerkonferenz die Gesamtplanung der Sexualerziehung abzuklären sein. Der Schulleiter/die Schulleiterin hat diese Erziehungsarbeit an der Schule zu koordinieren und auf die pädagogische Zusammenarbeit der Lehrer und Lehrerinnen hinzuwirken. In der Lehrerkonferenz ist auch der Plan für Elternberatungen (Elternabende) aufzustellen“ (www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010).

Es ist intendiert (und auch sinnvoll), dass Sexualerziehung fächerübergreifend stattfinden sollte. Eine rein biologische Aufklärung – auch wenn sie idealerweise in einfacher Sprache geschieht - ist unzureichend. Emotionale und gesellschaftliche Aspekte müssen ebenso mit einbezogen werden wie Angebote an die Jugendlichen, die Suche nach der eigenen Identität aktiv zu begleiten. Sexualerziehung sollte altersentsprechend bereits im Volksschulalter beginnen und darauf aufbauend sich über die gesamte Pflichtschullaufbahn der Schülerin/ des Schülers erstrecken. Themenbezogene Inhalte sind in den Lehrplänen der öffentlichen Pflichtschulen festgelegt (vgl. www.bmukk.gv.at 84; 91,93, Download am 07.08.2010); (vgl. www.bmukk.gv.at, 1ff, Download am 07.08.2010); (vgl. www.cisonline.at 26ff, Download am 29.12.2010)

5.2.2 Lehrpläne für Sexualerziehung

Konkrete Lernziele bezüglich des sexualpädagogischen Themenfeldes sind in den Lehrplänen der einzelnen Schultypen verankert. Hierbei lassen sich anhand der Auszüge über Sexualerziehung die folgenden Themenschwerpunkte festhalten.

Lehrpläne Volksschule

Bereits in den ersten beiden Klassen finden sich grundlegende Themen der Sexualerziehung:

Grundstufe 1 (1.Klasse und 2. Klasse) und 2 (3. Klasse und 4. Klasse)

„Information über die menschliche Sexualität gewinnen:

- Geschlechtsunterschied von Mädchen und Bub, Frau und Mann
- Liebe und Partnerschaft zwischen Mann und Frau
- Die Tatsache der Elternschaft (Mutterschaft, Vaterschaft)“

(www.bmukk.gv.at 84, Download am 07.08.2010).

Eine Erweiterung sowie Intensivierung des Wissens lassen sich in den Lehrplänen der 3. und 4. Klasse finden. In der Grundstufe 2 soll das bisherige Wissen vertieft bzw. der Tatsache Rechnung getragen werden, dass die kognitive Entwicklung der Kinder weiter fortgeschritten und daher Wissen anders verarbeitet wird als mit 6-8 Jahren. Daher ist es nach Meinung der Lehrplan-AutorInnen sinnvoll und notwendig, grundlegende Themen immer wieder zu behandeln.

„Über Bereiche menschlicher Fortpflanzung grundlegendes Wissen erwerben (z.B. Entstehung menschlichen Lebens, Schwangerschaft, Geburt, Bedürfnisse des Säuglings); Liebe und Partnerschaft als Grundlage menschlicher Sexualität verstehen“ (www.bmukk.gv.at, 91ff, Download am 07.08.2010).

„Grundlegendes Wissen über menschliche Fortpflanzung erweitern (in den Bereichen Entstehung menschlichen Lebens, Schwangerschaft und Geburt, Entwicklung und Betreuung des Kleinkindes); Liebe und Partnerschaft als Grundlage menschlicher Sexualität verstehen; im Zusammenhang mit den Eltern (Erziehungsberechtigten) auf die

bevorstehende Reifeerscheinungen vorbereitet werden“ (www.bmukk.gv.at, 93ff, Download am 07.08.2010).

Eine Weiterführung der Sexualerziehung findet sich in den Lehrplänen der Hauptschule im Gegenstand Biologie. Als Bildungs- und Lehraufgabe bei Sexualität ist folgender Text zu entnehmen.

Lehrpläne Hauptschule

„Die Schülerinnen und Schüler sollen Verständnis für den eigenen Körper erwerben, das sie zu einem verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst befähigt (Akzeptanz des eigenen Körpers, der eigenen Sexualität; Gesundheitsförderung)“ (www.bmukk.gv.at 1, Download am 07.08.2010).

Anhand des Textes lässt sich erkennen, dass der Fokus dieser themenbezogenen Erziehung in der Erlernung eines erwachsenen Zugangs zur eigenen Sexualität liegt. Ferner heißt es im Themenbereich „Mensch und Gesundheit“:

„Neben der Förderung des Verständnisses für den eigenen Körper sowie eines umfassenden Gesundheitsbewusstseins soll eine an den Schülerinnen und Schülern orientierte Sexualerziehung zu tragen kommen“ (www.bmukk.gv.at, 2 Download am 07.08.2010). Konkret finden sich Inhalte der Sexualerziehung in der ersten sowie in der dritten und vierten Klasse der Sekundarstufe 1 (dies gilt auch für Gymnasien, da Hauptschulen und gymnasiale Unterstufe idente Lehrpläne haben!) (vgl. www.bmukk.gv.at, Download am 07.08.2010).

1. Klasse: „Unter Einbeziehung der Interessen der Schülerinnen und Schüler sind folgende Themen zu behandeln: Bau und Funktion der Geschlechtsorgane, Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt, körperliche, psychische Entwicklung und Befindlichkeit in der Pubertät, Aufklärung über sexuellen Missbrauch/ Prophylaxe“ (www.bmukk.gv.at 3, Download am 07.08.2010).

3. und 4. Klasse: „Unter Einbeziehung der Interessen der Schülerinnen und Schüler sind folgende Themen zu behandeln: Sexualität als biologisches, psychologisches und soziales

Phänomen, Empfängnisregelung, Schwangerschaft, Geburt; AIDS. Prophylaxe“ (www.bmukk.gv.at , Download am 07.08.2010).

Lehrpläne Sonderschule

In den Lehrplänen der Sonderschule sind sexualpädagogische Themenbereiche ebenfalls fixer Bestandteil im Unterricht. Es lassen sich gegenüber den bereits erwähnten Lehrplänen keine größeren Differenzen feststellen. Wesentliche Themen (Partnerschaft, Pubertät, Sexueller Missbrauch, Kinderwunsch und Liebe) werden ebenfalls zur Behandlung im Unterricht angeführt (vgl. www.cisonline.at 26ff, Download am 29.12.2010).

5.3. Sexualerziehung bei Menschen mit intellektueller Behinderung

5.3.1. Rechtliche Grundlagen

Erlass und Lehrpläne stellen die Struktur für eine umfassende Sexualerziehung dar. Um den individuellen Bedürfnissen von Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung gerecht zu werden, können seitens der PädagogInnen die Lehrpläne der Volks-, Haupt- und Sonderschulen im gesamten Unterricht oder in einzelnen Fächern herangezogen werden. Prinzipiell sind SchülerInnen mit intellektueller Behinderung somit die gleichen oder ähnlichen Lerninhalte zu vermitteln, wie ihren nicht behinderten Altersgenossen. Es darf keine der beiden Personengruppen von vorgesehenen Unterrichtsthemen ausgeschlossen werden. nach den Lehrplänen des österreichischen Unterrichtsgesetzes muss also in allen österreichischen Pflichtschulen, Sexualerziehung durchgeführt werden. Dabei sollten alle beteiligten Personengruppen einbezogen werden (vgl. www.bewegung.ac.at 7-8, Download am 07.08.2010); (vgl. www.bmukk.gv.at 14, Download am 07.08.2010); (vgl. www.bmukk.gv.at, Download am 14.05.2010). Jugendliche geben bei Untersuchungen (Weidinger, Köstenwein, Dörfer 2007), (Ortland 2008), (BZgA 2006) an, Informationen neben Elternhaus, Peergroups und Medien über die schulische Sexualerziehung zu beziehen (vgl. Ortland 2008, 53); (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfer 2007, 2-5); (vgl. www.bzga.de 83, Download am 13.03.2011).

Wissensdefizite und Halbwissen können durch PädagogInnen sowie durch den Einsatz von geeigneten Unterrichtsmaterialien korrigiert werden (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfer 2007, 2-3). Ein wesentlicher Beitrag für eine positive Sexualerziehung, sowie für die Erweiterung der sozialen Kompetenzen von behinderten und nicht behinderten schulpflichtigen Kindern liegt im gemeinsamen Unterrichten. Nach einer Untersuchung (Weinwurm- Krause (1990) gaben Jugendliche mit intellektueller Behinderung an, mit der Sexualerziehung im integrativen Unterricht zufriedener zu sein als ihre Vergleichsgruppe in Förderschulen (vgl. Weinwurm- Krause 1990 zit. n. Ortlund 2008, 78- 79).

5.3.2. Integration von Menschen mit intellektueller Behinderung

Nach den Schulorganisationsgesetz § 15 und § 9 sollte eine Eingliederung von Kindern mit Behinderungen an öffentlichen Schulen bereits ab den Vorschulalter erfolgen und sich über die gesamte Schulbildung (Volksschulen, Hauptschulen sowie berufsvorbereitenden Schulen) erstrecken (vgl. www.bmukk.gv.at 8, Download am 07.08.2010); (vgl. www.bewegung.ac.at 7-8, Download am 07.08.2010).

Im Wesentlichen bietet die Form des gemeinsamen Unterrichts für Heranwachsende mit und ohne intellektuelle Behinderung ein Lernfeld, um gegenseitiges Verständnis, Respekt vor verschiedenen Lebensformen und antidiskriminierenden Umgang miteinander zu fördern.

„In besonderer Weise ermöglicht das soziale Lernen das Mit- und Voneinanderlernen. Das gegenseitige Helfen und Unterstützen. Das Erwerben von Umgangsformen. Das Entwickeln und Akzeptieren von Regeln bzw. eines Ordnungsrahmens als Bedingung für Unterricht. Das gewaltfreie Lösen bzw. das Vermeiden von Konflikten. Das Erkennen und Durchleuchten von Vorurteilen. Das Verständnis für Manipulation und die Sensibilisierung für Geschlechterrollen“ (www.cisonline.at 13, Download am 29.12.2010).

Der Kontakt mit Heranwachsenden ohne Behinderung stellt für Kinder mit intellektueller Behinderung eine Erweiterung ihrer sozialen Kontakte dar, da beim Treffen mit Freunden im Freizeitbereich sonst oft lange Anfahrtswege mit dem Auto oder Bus im Kauf genommen werden müssen und diese je nach Behinderungsgrad (z.B. bei Einschränkung

öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen) an die Fahrbereitschaft der Erziehungsberechtigten abhängig ist (vgl. Greving, Ondracek 2009, 4).

Das gemeinsame Erleben des Schulalltags ermöglicht Kindern mit und ohne Behinderung das Teilen von Hobbys und Interessen, Bilden von Freundschaften und Beziehungen, das gemeinsame Erarbeiten von Projekten, (...). Individuelle Fähigkeiten und Interessen sollen gefördert werden (vgl. Wilken, Jeltsch- Schudel 2003, 146-147); (vgl. Schuck 2001, 63- 67)

Erziehungsberechtigte von Kindern mit intellektueller Behinderung stehen der Integration überwiegend positiv gegenüber, da für ihre Kinder auf diese Weise - ähnlich der beruflichen Eingliederung - der Bezug zur Normalität hergestellt wird (vgl. Speck 2005, 227); (vgl. Schuck 2001, 63- 67).

5.4. Umsetzung der Sexualerziehung im Unterricht

Die oben dargestellten Rahmenbedingungen für eine umfassende Sexualerziehung führten bis jetzt leider nicht dazu, dass die Bearbeitung sexualitätsbezogener Themen in der Schule zur Selbstverständlichkeit wurde. Die Umsetzung gestaltet sich trotz einiger positiver Tendenzen immer noch schwierig. Für die Sexualerziehung wurde keine einheitliche Stundenzahl festgelegt. Ob, in welchem Umfang und in welcher Qualität Sexualität an den Schulen im Rahmen der Unterrichtsstunden oder im Projektunterricht thematisiert wird, bleibt im Ermessen des/der einzelnen LehrerIn und der Schulleitung. Es fehlt an (externer) Evaluation der Angebote und (universitärer) Forschung. Trotz der Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingung einer umfassenden Sexualerziehung an Schulen Ende der 1960 er Jahre wurde bei einer bundesdeutschen Untersuchung 1986 nur in einem Drittel der Klassen der Sekundarstufe 1 Sexualerziehung durchgeführt. Oftmals wird an Schulen der Themenschwerpunkt Sexualität eher ausgelassen, um sich seitens der LehrerInnen nicht mit dem eigenen Halbwissen zu dieser Thematik konfrontiert zu sehen (vgl. Valtl 1998, 296- 299).

5.4.1. Anknüpfen an Vorwissen - Problematik bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Die Schule hat den Erziehungsauftrag, an bestehendes Vorwissen der SchülerInnen anzuknüpfen und darauf aufbauend den Informationsstand zu erweitern.

„Lehrerinnen bzw. Lehrer und Eltern sollten insbesondere über Maßnahmen beraten, die erforderlich sind, um eine bestmögliche Förderung der Kinder sicherzustellen. Diese Zusammenarbeit wird in besonderen Maße gefördert, wenn die Eltern auch an der Gestaltung schulischer Aktivitäten mitwirken.

Aber auch die enge Wechselwirkung von schulischem und außerschulischem Lernen macht eine kontinuierliche Zusammenarbeit zwischen der Schule und Eltern bzw. Erziehungsberechtigten erforderlich“ (www.bmukk.gv.at 16, Download am 07.08.2011).

Im Alltag zeigt sich jedoch, dass insgesamt bei den Jugendlichen sehr unterschiedliches (Vor)Wissen vorhanden ist, bei Jugendlichen mit Beeinträchtigungen ist diese Streuung besonders groß (vgl. Lebenshilfe 2009, 11); (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfer 2007, 50-60).

Im Wesentlichen hängt es davon ab, ob und in welcher Form Sexualerziehung in den Schulen und im Elternhaus stattgefunden hat, ferner mit welchem emotionalen Empfinden seitens der PädagogInnen und Angehörigen das Themenfeld der Sexualität besetzt war (vgl. Perner 1999, 84ff); (vgl. Ortland 2008, 128).

Problematisch scheint bei jungen Menschen mit intellektueller Behinderung, dass in den ersten Entwicklungsjahren die Fokussierung auf spezielle Fördermaßnahmen (und damit ein sehr medizinischer, oft auch defizitorientierter Blick), sowie eine Ausklammerung der Sexualerziehung Wissensdefizite begünstigen (vgl. Ortland 2008, 129). Durch Abhängigkeitsverhältnisse (z. B. in der Pflege, beim Anziehen) werden, wie bereits erwähnt, Jugendliche mit intellektueller Behinderung noch als kleine Kinder betrachtet, und selten in ihren körperlichen und geistigen Veränderungen wahrgenommen (vgl. Offenhausen 2006, 32). Oftmals findet sich bei mangelnder Sexualerziehung im jungen Erwachsenenalter ein sehr reduziertes Wissen bezüglich des Unterschiedes zwischen Mann und Frau (z.B. Kleidung, Haarschnitt,...). Sexualität kann bei unzureichender Aufklärung eine negative und/oder geringschätzende Bedeutung beigemessen werden. Jugendliche mit intellektueller Behinderung können mehrfach Gefahr laufen, mit dem

Wissensstand ihrer gleichaltrigen Jugendlichen ohne Behinderung nicht Schritt zu halten (vgl. Lebenshilfe 2009, 11).

5.4.2. Relevanz der Unterrichtsmaterialien

Themenfeld:

In den früheren Lehrbüchern lässt sich oftmals eine sehr reduzierte Form des Themenfeldes Sexualität finden. Sexuelle Wünsche und Bedürfnisse werden nahezu ausschließlich in Kontext von Ehe und Partnerschaft thematisiert. Bei Dirza, Cholewa, Holemy finden sich andere Formen (Masturbation und Homosexualität) unter den Themenbereich „Probleme der menschlichen Sexualität“ (Driza, Cholewa, Holemy 1991, 102). Zwar wird auch auf die Normalität dieser Formen hingewiesen, allerdings scheint Masturbation in Verbindung mit den Jugendjahren auf, welche – laut den AutorInnen - bei einer zu starken Fixierung im Erwachsenenalter negative Auswirkungen auf die sexuelle Partnerschaft haben kann (vgl. Driza, Cholewa, Holemy 1991, 102). Es gibt jedoch genügend Untersuchungen (vgl. z.B. Perner 1999), die zeigen, dass Masturbation von Männern auch dann praktiziert wird, wenn sie sich in einer Partnerschaft befinden. Diese Handlung wird jedoch auch bei Menschen ohne Behinderung weitgehend tabuisiert, um nicht bei der Frau den Eindruck zu provozieren, sie genüge nicht für ein erfüllendes Sexualleben. Ferner kann dieses vorgestellte Idealmodell Ehe, Partnerschaft und Kind je nach individuellem Lebensweg (z. B. Scheidung, Ausbildung, Beruf, Tod des Partners/ der Partnerin) nicht in diesem Ausmaß umgesetzt werden (vgl. Perner 1999, 38-39). In den letzten drei Jahrzehnten konnte eine deutliche Zunahme an alleinstehenden lebenden Menschen auch in jüngerem Alter festgestellt werden. Die Lebensform Leibliche Eltern und Kinder unter einem gemeinsamen Dach ist ebenfalls rückläufig (vgl. www.statistik.at, Download am 13.03.2011),

Die vorgestellten Modelle in der schulischen Sexualerziehung entsprechen somit nur bedingt den Lebensformen erwachsener Menschen.

Mögliche Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung:

Die einseitige Orientierung und Einschränkung des Themenfeldes Sexualität auf ein Idealbild von Ehe und Partnerschaft ist auch auf Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nur bedingt übertragbar (siehe Sexualität bei Volljährigkeit). Auch wenn viele Menschen mit Beeinträchtigungen gerade von diesem Idealbild, das vor allem durch Medien ständig vermittelt wird, sehr angetan sind und ihm nachstreben, so ist es für sie aus mehreren Gründen noch unerreichbarer. Denn so wie in anderen Lebensbereichen auch bedarf es Unterstützung und Hilfe, die in Institutionen nur teilweise gegeben wird. Die Möglichkeit, PartnerInnen kennen zu lernen, Regelungen bezüglich des Zusammenlebens von Paaren oder auch das Erlernen des Umgangs mit den eigenen sexuellen Bedürfnissen bzw. auch mit dem Setzen von Grenzen (um Missbrauch oder ungewollten Schwangerschaften vorzubeugen) sind noch lange nicht Standard in Wohn- oder Betreuungseinrichtungen (vgl. Wagner 2007, 88); (vgl. Ortland 2008, 69).

Auch Eltern von Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit Beeinträchtigungen werden mit diesen Themen meist noch sehr alleine gelassen. Ein weiteres Problem stellt die ständige (und ja oftmals auch notwendige) Kontrolle dar. Selbständigkeit wird nur in einem gewissen Rahmen zugestanden. Dies zeigt sich auch in Bezug auf die sozial verankerte Norm bezüglich Kinderwunsch bei behinderten und nicht behinderten Menschen. Jungen Erwachsenen mit intellektueller Behinderung wird dieser oftmals abgesprochen (siehe Kapitel Kinderwunsch). Das pädagogische Arbeitsfeld beschränkt sich hierbei überwiegend auf die Vermeidung der Schwangerschaft (vgl. Pixa- Kettner 1996, 173- 176).

Wahl der Unterrichtsmaterialien für Menschen mit intellektueller Behinderung:

Menschen mit intellektueller Behinderung benötigen bei der Vermittlung sexualitätsbezogener Themen andere Unterrichtsmaterialien und andere Formen der Begleitung. Textbezogene Elemente können bei einer Leseschwäche nur bedingt umgesetzt werden (vgl. Ortland 2008, 128). Im sonderpädagogischen Kontext bedarf es vereinfachter Modelle und Zeichnungen, um diese Thematik zu vermitteln. Anatomische Puppen stellen bei den Themen Hygiene, Geschlechtszugehörigkeit, Aufklärung, Verhütung eine besondere Unterstützung dar. Ferner haben sich Bildgeschichten für die Diskussion des eigenen Empfindens bei sexualitätsbezogenen Themen (z.B. Eifersucht,

Sexueller Missbrauch, Nähe und Distanz,...) bewährt. Geeignete Unterrichtsmaterialien für Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung unterstützen somit den Lernprozess und bieten Möglichkeiten, sich als pädagogisches Personal kompetent dieser Thematik zu nähern (vgl. Lebenshilfe 2009, 33ff). Im Allgemeinen entscheidet das pädagogische Personal, welche Materialien verwendet werden.

Relevanz von außerschulischen Medien und Beratungen:

Wie aus den Lehrplänen der einzelnen Schulstufen ersichtlich, wird zwar die Wichtigkeit der Einbeziehung kindlicher und jugendlicher Interessen beschrieben. Allerdings ist im Lehrplan nicht verankert, wie mit dem Einfluss anderer Informationsquellen im Unterricht umgegangen bzw. welche Themen noch behandelt werden sollten. In der Schule wird überwiegend, entsprechend den Unterrichtsmaterialien und Lehrplänen, das biologische Basiswissen vermittelt (vgl. Schlick 2004, 79). Diese reduzierte Sichtweise auf Sexualität wird seitens der PädagogInnen verstärkt, da andere Bereiche wegen der „Heikelkeit“ selten thematisiert werden (vgl. Jeschonnek, Kunz 2001, 190-191). „Heiße Eisen“ wie Orgasmus, Selbstbefriedigung, Abtreibung, sexuelle Praktiken, Homosexualität, Pornographie und Prostitution werden im Unterricht oftmals ausgespart, weil sie immer noch tabuisiert sind und als heikel gelten“ (Jeschonnek, Kunz 2001, 190). Jugendliche beziehen aber einen wesentlichen Teil ihres Wissens über Sexualität nicht aus der Schule, sondern aus Jugendzeitschriften, Onlineberatungen sowie fachbezogene Beratungsstellen (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfler 2007, 2-6); (vgl. Ortland 2008, 53). Nach der Umfrage, die Weidinger, Dörfler und Kostenwein 2007 durchführten, geben 41% der männlichen Jugendlichen an, ihre Informationen bezüglich Sexualität (auch) über Pornos zu beziehen. Hingegen informieren sich Mädchen zu 69% eher aus Zeitschriften. Heranwachsende laufen bei mangelnder Information bezüglich des Realitätsgehalts dieser Medien Gefahr, aus den gesehenen bzw. gelesenen Inhalten unreflektiert Vorstellungen über Sexualität, Partnerschaft, Schönheitsideal,... zu übernehmen, welche sich als Normen manifestieren können, die aber kaum alltäglichen, realen Situationen entsprechen. Dieses Halbwissen wirkt lange nach, und wird oftmals unter Jugendlichen weitergegeben (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfler 2007, 4-6); (vgl. Ortland 2008, 45-46); (vgl. Jeschonnek, Kunz 2001, 191).

Mögliche Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung:

Kindern und Jugendlichen mit intellektueller Behinderung sind die außerschulischen Formen der Informationsbeschaffung durch Medien und Beratungen - je nach Behinderungsart und den Möglichkeiten der Beschaffung - nur bedingt verständlich und zugänglich (vgl. Ortland 2008, 128).

Wesentliche Teile der sexualpädagogischen Aufklärung finden bei Jugendlichen ohne Behinderung im Gespräch statt. So stellt eine seitens der Heranwachsenden gewählte Vertrauensperson einen zentralen Stellenwert dar. Bis zu ein Drittel der Jugendlichen finden allerdings keinen Gesprächspartner/ keine Gesprächspartnerin (vgl. Jeschonnek, Kunz 2001, 191; 196). Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Suche einer geeigneten Vertrauensperson für Jugendliche mit intellektueller Behinderung (z. B. bei wechselndem Betreuungspersonal, wegen Stigmatisierung von Sexualität und Behinderung,...) noch schwieriger gestaltet (vgl. Ortland 2008, 75; 110).

5.5. Relevanz der gesetzlichen VertreterInnen (Eltern, SachwalterInnen,...) von Menschen mit intellektueller Behinderung

Kindes- und Jugendalter von Menschen mit intellektueller Behinderung

Eltern sind von frühester Kindheit an - neben Kindergarten und Schule - für die Unterstützung der Entwicklung ihrer Kinder verantwortlich. Der Sexualerziehung kommt, wie in der vorliegenden Arbeit bereits erwähnt, ein zentraler Stellenwert zu. Eltern betonen nach einer Studie (Ortland 2008) die Wichtigkeit einer Sexualerziehung. Die Bereitschaft, sexualpädagogische Themen zu behandeln, nimmt nach dieser Befragung mit dem Schweregrad der Behinderung ab (vgl. Ortland 2008, 90).

In diesem Kontext wird der schulischen Sexualerziehung ein hoher Stellenwert beigemessen. Wie im Erlass für Sexualerziehung festgehalten, und bereits thematisiert, ist es von zentraler Bedeutung, neben den Heranwachsenden auch die Eltern über die sexualerzieherische Arbeit der Schule zu informieren und diese mit einzubinden.

Stehen Eltern- bzw. Elternteile für Kinder und Jugendliche nicht in der Funktion der Erziehungsberechtigten/ des Erziehungsberechtigten zur Verfügung, müssen andere Personen

(z.B. Großeltern, Pflegeeltern,...) für deren gesetzliche Vertretung vom Gericht ausgewählt werden (vgl. www.ibiblio.org, Download am 09.02.2012)

Obsorge minderjähriger Kinder

„§188 (1) Bei der Auswahl einer anderen Person für die Obsorge ist besonders auf das Wohl des Kindes Bedacht zu nehmen. Wünsche des Kindes und der Eltern, im Falle des §145c des Zuwendenden, sind zu berücksichtigen, sofern sie dem Wohl des Kindes entsprechen“(www.ibiblio.org, Download am 09.02.2012).

Zu §145c

„§ 145c. Wird einem minderjährigen Kind ein Vermögen zugewendet und ein Elternteil von der Verwaltung ausgeschlossen, so ist der andere Elternteil mit der Verwaltung betraut. Sind beide Elternteile oder jener Elternteil, der mit der Obsorge allein betraut ist, ausgeschlossen, so hat das Gericht andere Personen mit der Verwaltung zu betrauen“(www.ibiblio.org, Download am 09.02.2012).

Erwachsenenalter von Menschen mit intellektueller Behinderung

Beim Übertritt in andere Einrichtungen (Werkstätte, Wohnheime,...) stellt es ebenfalls eine zentrale Bedeutung dar, Menschen mit intellektueller Behinderung und deren gesetzlichen VertreterInnen bei sexualpädagogischen Projekten einzubeziehen; bzw. auf die schulische Sexualerziehung aufzubauen und diese weiterzuführen. Gerade sexualitätsbezogene Themenfelder (z.B. Kinderwunsch, Partnerschaft) stellen für Eltern, SachwalterInnen,...(z.B. wegen mangelndem Wissen, Ängste,...) eine Überforderung dar. Menschen ohne Behinderung laufen Gefahr, eigene Haltungen und Wertevorstellungen auf die zu betreuende Person zu übertragen, welches letztlich zur Verweigerung der Teilnahme von Menschen mit intellektueller Behinderung an diversen sexualpädagogischen Projekten führen kann (vgl. Hahn 2002, 27); (vgl. Lebenshilfe 2009, 12); (vgl. Kunz, Winkler 2001, 333).

Daher soll an dieser Stelle die Relevanz der gesetzlichen Vertretung von Menschen mit intellektueller Behinderung ab dem vollendeten achtzehnten Lebensjahr skizziert werden.

Juristische Aspekte von Menschen mit intellektueller Behinderung ab der Volljährigkeit

Die Erziehungsberechtigung seitens der Eltern; bzw. anderer erziehungsberechtigter Personen, erlischt mit dem vollendeten achtzehnten Lebensjahr. Danach bedarf es einer weiteren behördlichen Registrierung (vgl. www.help.gv.at, Download am 11.09.2011):

„Wenn eine Person von einer nächsten Angehörigen/ von einem nächsten Angehörigen vertreten werden soll, muss die Vertretungsbefugnis der betreffenden nächsten Angehörigen/ des nächsten Angehörigen von einer Notarin/ einem Notar im Österreichischen Zentralen Vertretungsverzeichnis (ÖZVV) registriert werden“ (www.help.gv.at, Download am 11.09.2011).

Bei der Registrierung müssen folgende Dokumente bereitgestellt werden:

„Die nächste Angehörige/ der nächste Angehörige muss der Notarin/ dem Notar eine Bescheinigung über ihr/ sein Nahverhältnis zur Vertretenen/ zum Vertretenen vorlegen. Weiters muss ein ärztliches Zeugnis über die mangelnde Geschäftsfähigkeit oder Einsichts- und Urteilsfähigkeit der zu vertretenden Person vorgelegt werden“ (www.help.gv.at, Download am 11.09.2011).

An dieser Stelle muss besonders bei der Vertretung von Menschen mit intellektueller Behinderung in diversen alltäglichen Angelegenheiten (z.B. finanziell,...) auf die im Zitat aufgezeigte Relevanz der Geschäftsfähigkeit hingewiesen werden. Diese werden nicht nur bei Kindern und Jugendlichen, sondern auch bei volljährigen Menschen mit intellektueller Behinderung, kaum erfüllt. (vgl. www.help.gv.at, Download am 11.09.2011). Jene Geschäftsfähigkeit ist juristisch wie folgt definiert:

Relevanz der Geschäftsfähigkeit

„Geschäftsfähigkeit ist die Fähigkeit, eigenständig rechtlich zu handeln, d.h. einerseits Pflichten einzugehen und andererseits Rechte zu erwerben. Volle Geschäftsfähigkeit

erhalten Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres (Volljährigkeit)“ (www.help.gv.at, Download am 09.02.2012).

Bei Kinder und Jugendlichen wird die Geschäftsfähigkeit in folgende Kategorien unterteilt:

- Vollkommen Geschäftsunfähig (Kinder vor dem vollendeten siebenten Lebensjahr): Jener Personengruppe ist nur die Abwicklung von kleineren Geschäften (z.B. Kauf von Pausenbrot,...) gestattet.
- Beschränkt Geschäftsfähig (Kinder und Jugendliche vom siebenten bis vor dem vollendeten vierzehnten Lebensjahr): Kinder und Jugendliche dürfen den Kauf altersadäquater Sachgegenstände (z.B. Bücher, CDs) ohne gesetzliche Vertretung der Erziehungsberechtigung durchführen; Beim Kauf von größeren Gegenständen (z.B. einem Fernsehgerät) bedarf es der Zustimmung der Eltern.
- Unmündige Minderjährige (ab dem vierzehnten Lebensjahr bis vor der Vollendung des achtzehnten Lebensjahres): Diesem Personenkreis ist der Bezug von diversen Einkommen (z.B. Lehrgeld,...) möglich. Ferner dürfen diverse Verträge (z.B. ein Arbeitsvertrag) unterzeichnet werden (vgl. www.portal.wko.at, Download am 09.02.2012)

Besachwalterte Personen bzw. Personen, bei welchen keine volle Geschäftsfähigkeit besteht, dürfen ähnlich Kindern und Jugendlichen nicht in diverse Geschäfte (z. B. das Verkaufen eines Hauses) alleine einwilligen. Jene Gesetzesregelung soll diese Menschen vor Nachteilen schützen. Für diese oftmals sehr persönliche Zusammenarbeit zwischen der gesetzlichen Vertretung (Sachwalter) und den Klienten (Person mit intellektueller Behinderung) bedarf es einer stimmigen Atmosphäre zwischen den Personen. Daher sollte, wenn der ärztliche Befund auf mangelnde Geschäftsfähigkeit vorliegt, auch den Menschen mit intellektueller Behinderung das Recht auf Mitsprache bei der Auswahl der gesetzlichen Vertretung zugesprochen werden (vgl. www.help.gv.at, Download am 11.09.2011).

Auswahl der gesetzlichen Vertretungsperson

Für das Zustandekommen dieses rechtsgültigen Verhältnisses muss die zu betreuende Person über diese Vertretung informiert werden- ferner mit der Betreuungsperson einverstanden sein. Eine fremdbestimmte Entscheidung bei der Personenauswahl gegen den Willen des Menschen mit intellektueller Behinderung ist demnach nicht zulässig (vgl. www.help.gv.at , Download am 11.09.2011).

Besonderen Stellenwert nehmen auch bei volljährigen Menschen mit intellektueller Behinderung SachwalterInnen ein, wenn Angehörige ihre erwachsenen Kinder in rechtlichen oder gesundheitlichen Angelegenheiten nicht vertreten:

„Eine Sachwalterin/ ein Sachwalter wird für Personen nach Vollendung des 18. Lebensjahres bestellt, wenn diese aufgrund einer

- geistigen Behinderung
- psychischen Krankheit

nicht fähig sind, ihre Geschäfte ohne Nachteil für sich selbst zu besorgen. Dies kann sowohl Rechtsgeschäfte (Vermögenssorge), als auch ärztliche oder soziale Betreuung (Personensorge) betreffen.

Sachwalterinnen/ Sachwalter übernehmen die Besorgung aller oder einzelner Angelegenheiten der betroffenen Person, die diese nicht ohne Gefahr eines Nachteils für sich selbst besorgen kann“ (www.help.gv.at, Download am 03.09.2011).

Externe SachwalterInnen (berufliche SW) sollten erst für die Funktion ernannt werden, nachdem bei der Suche im familiären Kreis keine Person die gesetzliche Vertretung übernehmen kann. Um einer optimalen KlientInnenbetreuung zu entsprechen, ist die Auswahl des Sachwalters/ der Sachwalterin von hoher Wichtigkeit. Dieser/ Diese ist idealerweise ebenfalls vom Menschen mit intellektueller Behinderung selbst zu bestimmen (vgl. www.help.gv.at, Download am 03.09.2011)

Im Kontext der vorliegenden Arbeit nehmen die aufgezeigten gesetzlichen VertreterInnen zusammengefasst in der Zustimmung bzw. Ablehnung von sexualitätsbezogenen Projekten eine Schlüsselposition ein. Je nach Einbeziehung dieser

Personen in sexualitätsbezogene Themenfelder, von frühester Kindheit an bis in das hohe Erwachsenenalter, werden die Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Behinderung nach Nähe, Partnerschaft und Sexualität besser gedeutet und verstanden. Sexualpädagogische Beratungsstellen und Projekte mit eigens ausgebildeten SexualpädagogInnen stellen für alle Teilnehmenden eine Bereicherung und Kompetenzerweiterung dar. Allerdings beruht die Teilnahme auf Freiwilligkeit. Eltern und SachwalterInnen können zur Teilnahme nicht verpflichtet werden (vgl. Schlick 2004, 112); (vgl. www.lovetalks.org, Download am 13.02.2011) (vgl. Kunz, Winkler 2001, 334- 337); (vgl. Walter 2005, 402- 403).

5.6. Rolle des pädagogischen Personals

5.6.1. LehrerInnen und BetreuerInnen als Vorbildfunktion

PädagogInnen nehmen als professionelles Personal eine Vorbildfunktion ein. Sie leben auf Grund ihrer Einstellungen und Werthaltungen bereits in der Schule vor, wie mit Problemen oder Fragen umgegangen werden kann (vgl. www.bmukk.gv.at 08, Download am 07.08.2010). Diese Teilkomponente der Entwicklung im sozialen Bereich wird bereits im jungen Alter durch das Engagement der LehrerInnen beeinflusst:

„Eine günstige Entwicklung der Gesamtpersönlichkeit und das Lernen der Kinder sind in hohem Maß von der Persönlichkeit der Lehrerin bzw. des Lehrers abhängig“ (www.bmukk.gv.at 8, Download am 07.08.2010).

Die Professionalität, wie im Schulalltag mit sexualitätsbezogenen Themen, bzw. Problemen oder Fragen umgegangen wird, spiegelt sich in der Ausdrucksform (verbal und nonverbal) der PädagogInnen wieder. Verklemmte Körperhaltung sowie ein offensichtlich unangenehmes Gefühl, diese Thematik im Unterricht zu behandeln, wirken sich negativ auf die Kommunikationsfähigkeit zwischen Jugendlichen und Erwachsenen aus (vgl. Ortland 2005, 11); (vgl. Ortland 2008, 108). Ferner nimmt in der täglichen (bewussten und unbewussten) Interaktion das Geschlecht der PädagogInnen einen zentralen Stellenwert ein.

„Alle an der Schule Beteiligten, Schüler/innen wie Lehrer/innen, bringen ihre Geschlechtsrolle mit ein. Durch die Interaktion im Klassenzimmer und auf dem Schulhof wird das Geschlechtsrollenverhalten beeinflusst. Dies kann z. B. von den Lehrpersonen ausgehen, wenn sie

- unterschiedlich mit Störungen umgehen, je nachdem, ob sie von einem Jungen oder von einem Mädchen kommen,
- Aufmerksamkeit auf Jungen und Mädchen ungleich verteilen oder
- ihnen unterschiedliche Aufgaben ‚entsprechend‘ ihrer Geschlechterrolle zuweisen“ (Valtl 1998, 73).

Vorurteile und Stigmatisierungen des anderen Geschlechtes wirken sich negativ auf die Beziehung zwischen LehrerInnen und SchülerInnen aus. Ferner werden unreflektierte Haltungen (z.B. Burschen sind stärker,...) an die nächste Generation übertragen, welche unter den Heranwachsenden ebenfalls zu Konflikten und Hänseleien führen können.

Diese Art der Kommunikation lässt sich jedoch bei einer umfassenden Reflexionsbereitschaft seitens der PädagogInnen (z. B. welche Vorbildfunktion nehme ich als Frau/ Mann ein?) in der Sexualerziehung auch positiv nutzen. Geschlechtsbezogene Zugehörigkeit kann hierbei von den SchülerInnen ausgelotet und trainiert werden, indem seitens der PädagogInnen ein dem Rollenbild entsprechendes emanzipiertes Verhalten (z.B. Mann als „Gentleman“,...) akzeptiert und verstärkt wird.

Je nach Themenschwerpunkt und auf Wunsch der Beteiligten (SchülerInnen/ LehrerInnen) sollten die Gruppen nach den Geschlechtern (Mädchen und Lehrerin sowie Burschen und Lehrer) getrennt werden. Geschlechtsbezogene intime Fragen werden in Anwesenheit von gegengeschlechtlichen Jugendlichen nur bedingt thematisiert.

Externen SexualpädagogInnen, wie im Erlass für Sexualerziehung festgelegt, werden als unbefangenen Personen ein zentraler Stellenwert beigemessen. Kindern und Jugendlichen wird so ermöglicht, themenbezogene Fragen ohne Angst vor schlechter Beurteilung oder möglichen Peinlichkeiten, oder sogar daraus resultierender Konsequenzen, zu stellen (vgl. Jeschonnek, Kunz 2001, 194-195); (vgl. Valtl 1998).

Die Weiterführung der Behandlung von sexualitätsbezogenen Themen im Erwachsenenalter hängt maßgeblich von der bereits angeführten elterlichen und schulischen Sexualerziehung ab. Langfristige und gezielte Unterstützungsmaßnahmen erleichtern in diesem Lebensabschnitt das positive Empfinden von Sexualität und Partnerschaft. Bei volljährigen Menschen mit intellektueller Behinderung lassen sich versäumte Beratungsgespräche sowie negativ „anerzogene“ Einstellungen bezüglich

Sexualität nur bedingt kompensieren. Durch langjähriger Lernerfahrung, dass Sexualität etwas Verbotenes und nichts für Menschen mit intellektueller Behinderung geeignetes sei, wirkt diese Erfahrung noch lange Zeit nach (vgl. Kunz, Winkler 2001, 337); (vgl. Lebenshilfe 2009, 131- 132).

Besondere Verstärkung erfahren Vorurteile und Stigmatisierungen, bei Weiterführung in Wohnheimen und Werkstätten. Menschen mit intellektueller Behinderung fällt es bei der Erwartungshaltung seitens der BetreuerInnen, sie sollten doch ewig Kinder bleiben, schwer, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse entsprechend auszuleben, was wiederum zu inneren Konflikten führen kann (vgl. Walter 2005, 416- 418).

Einen zentralen Stellenwert nehmen in diesem Kontext neben LehrerInnen auch BetreuerInnen von Wohnheimen und Werkstätten ein. Bezüglich Körperpflege, Tipps bei der Bekleidung, Schminken, etc. nehmen sie eine wichtige Funktion bei der Verstärkung der Geschlechtsrollenzugehörigkeit zu Mann oder Frau ein. Auch dieses pädagogische Personal hat, wie bereits in der schulischen Sexualerziehung angeführt, eine Vorbildfunktion. Besonderen Stellenwert nimmt trotz der entsprechenden Entwicklungsverzögerung die Anerkennung der Vollwertigkeit des Geschlechts (z.B. durch die Anrede als „Herr“ oder „Frau“) ein (vgl. Kunz, Winkler 2001, 332- 337).

Externe SexualpädagogInnen können auch in Werkstätten und Wohnheimen für alle Personengruppen (Angehörige, BetreuerInnen und Menschen mit intellektueller Behinderung) bei sexualitätsbezogenen Problemen eine besondere Hilfestellung bezüglich Unbefangenheit und Fachwissen darstellen.

5.6.2. Mögliche Probleme im pädagogischen Alltag (Schulen, Wohnheime und Werkstätten) bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Wie bereits aufgezeigt wurde, ist Sexualpädagogik in Einrichtungen (Schulen, Wohnheime und Werkstätten) noch längst kein selbstverständliches Thema. Bei Menschen mit intellektueller Behinderung sind darüber hinaus weitere Aspekte zu beachten, die meist als „Problem“ angesehen werden, die man im Sinne der Inklusion jedoch auch als „Herausforderungen“ bezeichnen könnte. Besonders wichtig ist es, sich am Wissenstand der Betroffenen zu orientieren, damit die Inhalte und die Auswahl der Didaktik auf die Teilnehmenden optimal abgestimmt werden kann. Die Verwendung von

leichter Sprache sowie eine alle Sinne einbeziehende Form der Vermittlung sollten selbstverständlich sein (vgl. Lebenshilfe 2009, 33ff); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007).

Dennoch bleibt die Arbeit zu sexualitätsbezogenen Themen herausfordernd. Heranwachsende und junge Erwachsene mit intellektueller Behinderung stellen ihre Fragen oftmals sehr unbefangen bzw. erwarten von ihren Betreuungspersonen das gleiche Engagement wie bei anderen Themen (z.B. bei dem Thema Geschlechtsverkehr: „Zeig vor.“) (vgl. Achilles 2005, 35). Abweichendes Sexualverhalten wird im beruflichen Alltag mit Menschen mit intellektueller Behinderung häufig als störend empfunden, nicht zuletzt, weil es für PädagogInnen und BetreuerInnen oftmals eine Überforderung darstellt (vgl. Ortlund 2005, 10-11). Die Bandbreite der Reaktionen (z.B. Bestrafung, Tolerierung eines peinlichen Verhaltens) könnte als Antwort auf fehlende Erfahrung und mangelndes Wissen bezüglich Sexualität und Behinderung betrachtet werden (vgl. Achilles 2005, 17-18). Bei Fehlinterpretationen von sexualitätsbezogenen Aussagen, bei mangelndem Hintergrundwissen bezüglich psychosexueller Entwicklung, Sexualität und Behinderung kann die Verkettung von Aufklärungsunterricht, von der Norm abweichendem Verhalten (z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit), sowie Pflegebedürftigkeit zu Schwierigkeiten führen. Pädagogisches Personal muss in ihrer eigenen Haltung und Rolle gegenüber ihren SchülerInnen und KlientInnen klar und abgegrenzt auftreten, ihr Unterrichts- und Betreuungskonzept sollte transparent sein und sie sollten die Wahl der Unterrichtsmittel und –inhalte jederzeit erklären können, um nicht, wie in der vorliegenden Arbeit, bereits erwähnten Vorurteilen (Menschen mit intellektueller Behinderung seien asexuelle Wesen, Schlafende Hunde sollte man nicht wecken,...) münden (vgl. Ortlund 2005, 10); (vgl. Ortlund 2008, 110- 112); (vgl. Speck 2005, 338- 339).

Diese besonderen Herausforderungen tragen – neben der mangelnden Ausbildung und der persönlichen Unsicherheit der LehrerInnen und BetreuerInnen - sicherlich auch dazu bei, dass sexualpädagogische Themen in der Schule und in Einrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung oftmals ausgespart werden bzw. nur im Bedarfsfall thematisiert werden (vgl. Ortlund 2005, 32-33); (vgl. Istenits, Elsigan 2008, 201- 210).

Nach einer Studie (Schlick 2004) zeigte sich, dass sexualpädagogische Aufklärung bei volljährigen Menschen mit intellektueller Behinderung in ihrem bisherigen Leben, also auch im Erwachsenenalter, selten stattfand.

„Kommunikation: 76,5% gaben an, nie mit ihren Eltern über das Thema Sexualität gesprochen zu haben, und 64,7% gaben an, auch nicht mit ihren Assistenten über das Thema zu sprechen. Wenn über das Thema gesprochen wurde, dann am häufigsten mit den Betreuern (29,4%).

Aufklärung: 70,6% gaben an, nicht aufgeklärt worden zu sein“ (Schlick 2004, 109-110).

Den Verzögerungen der psychosexuellen Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung sind LehrerInnen und ebenso BetreuerInnen oft nur bedingt gewachsen. Auch heute noch sind sexualpädagogische Weiterbildungsmaßnahmen nicht verpflichtend für alle BetreuerInnen und LehrerInnen vorgeschrieben. Ferner entsprechen themenbezogene Inhalte in der Ausbildung (an Unis, ...) nicht dem Wissensbedarf des angehenden (sonder-) pädagogischen Personals (vgl. Istenits, Elsigan 2008, 205- 210); (vgl. Bundschuh, Heimlich, Krawitz 2007, 243).

5.6.3. Aus- und Weiterbildungen für PädagogInnen zum Thema Sexualpädagogik

An den Universitäten ist Sexualpädagogik kein fester Bestandteil der Ausbildung. Vereinzelt lassen sich Teile in Vorlesungen oder Projekten finden (vgl. Valtl 2000, 50); (vgl. www.univie.ac.at, Download am 29.01.2012). Aber auch in pädagogischen Ausbildungen wird dieser Themenschwerpunkt noch unzureichend behandelt. Es bedürfte hierbei noch einer genaueren Strukturierung von Ausbildungszielen sowie die Konkretisierung des zu behandelnden Stoffes.

Bei einer Untersuchung im Rahmen einer Diplomarbeit von Istenits und Elsigan (Istenits, Elsigan 2008) konnte festgestellt werden, dass bereits in der Ausbildung zum Behindertenpädagogen/ zur Behindertenpädagogin der Behandlung von sexualitätsbezogenen Themen wenig Bedeutung beigemessen wird. Eine Vertiefung in das Themenfeld fand nicht statt. Dieses Personal verfügt in den ersten Berufsjahren über ein geringes Hintergrundwissen und wenig Erfahrung bezüglich dieser Thematik. Die Möglichkeit, Fortbildungen zu besuchen, wird jedoch nur vereinzelt in Anspruch genommen. Demnach beruht die Weiterbildung dieses Schwerpunktes auf Freiwilligkeit. Eine Verpflichtung der MitarbeiterInnen, themenbezogene Veranstaltungen zu besuchen, konnte lt. Istenits und Elsigan nicht festgestellt werden (vgl. Istenits, Elsigan 2008, 205-

210); (vgl. Bergeest 2007, 243). Dementsprechend wenig strukturiert finden an Wohnheimenrichtungen sexualpädagogische Info-Veranstaltungen für Menschen mit intellektueller Behinderung statt. Es zeigte sich also, dass es den MitarbeiterInnen von Einrichtungen nach ihrer Ausbildung selbst überlassen war, ob sie eine sexualpädagogische Weiterbildung besuchen wollten, oder nicht. Es wurde niemand dazu verpflichtet.

Laut drei Studien (Ortland 2005), die an LehrerInnen von SchülerInnen mit Körperbehinderung durchgeführt wurden, decken sich die Ergebnisse über die bereits erwähnten Mängel in der Ausbildung sowie bei den sexualpädagogischen Weiterbildungsmöglichkeiten. Ortland konnte ferner feststellen, dass sich die angebotenen Fortbildungen kaum an den Wünschen der Zielgruppe (den LehrerInnen) orientierten (vgl. Ortland 2005, 181).

6. Rechtliche und soziale Aspekte zum Thema Sexualität von Menschen mit einer intellektuellen Behinderung

6.1. Sexualität Minderjähriger

Da im Rahmen der Forschungsfrage auch die langfristige sexualpädagogische Begleitung und Unterstützung ab dem Kindesalter behandelt wird- ferner weil auch in diesem Lebensabschnitt bereits erste sexuelle Erfahrungen (Beziehungen, sexueller Missbrauch,..) gemacht werden, welche als Einflussfaktoren auf die Erwachsenensexualität betrachtet werden können (siehe auch psychosexuelle Entwicklung), sollen neben den allgemeinen gesetzlichen Grundlagen der Sexualität bei Volljährigkeit zunächst die rechtlichen Grundlagen bei Sexualität unter Minderjährigen thematisiert werden.

6.1.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sexualität bei Minderjährigen

Das österreichische Jugendschutzgesetz sieht mehrere Differenzierungen bei sexuellen Kontakten unter jungen Menschen vor:

»

- Sind beide Personen unter 14 Jahre, sind sexuelle Kontakte zwar verboten, können aber nicht bestraft werden, weil beide noch nicht strafmündig sind.
- Ist einer von beiden unter 14 Jahren, macht sich grundsätzlich die/der Ältere strafbar.

Sexuelle Kontakte, bei denen es nicht zum Geschlechtsverkehr kommt, bleiben straflos, wenn der Altersunterschied zwischen den Jugendlichen nicht mehr als vier Jahre beträgt und der jüngere Partner oder die jüngere Partnerin das 12. Lebensjahr vollendet hat.

Kommt es zum Geschlechtsverkehr, bleibt dies straflos, wenn der Altersunterschied nicht

mehr als drei Jahre beträgt und der oder die Jüngere das 13. Lebensjahr vollendet hat. Sind beide über 14 Jahre, sind alle Formen des sexuellen Kontaktes, mit denen die Personen einverstanden sind, erlaubt“ (www.help.gv.at, Download 07.08.2010).

„Wann liegt sexueller Missbrauch von Jugendlichen vor?

Wer eine Person,

- die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, unter Ausnützung ihrer mangelnden Reife oder einer Zwangslage, oder
- die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, gegen Entgelt

zu sexuellen Handlungen verleitet, ist mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe zu bestrafen“ (www.help.gv.at, Download am 07.08.2010).

Ferner stellen geschlechtliche Handlungen mit Befriedigung in Gegenwart von Kindern und Jugendlichen ebenfalls eine strafbare Handlung nach dem Strafgesetzbuch dar.

„1. Wer eine Handlung, die geeignet ist, die sittliche, seelische oder gesundheitliche Entwicklung von Personen unter sechzehn Jahren zu gefährden, vor einer unmündigen Person oder seiner Erziehung, Ausbildung oder Aufsicht unterstehenden Person unter sechzehn Jahren vornimmt, um dadurch sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, ist mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr zu bestrafen, es sei denn, dass nach den Umständen des Falles eine Gefährdung der unmündigen oder Personen unter sechzehn Jahren ausgeschlossen ist.

2. Übersteigt das Alter des Täters im ersten Fall des Abs. 1 das Alter der unmündigen Person nicht um mehr als vier Jahre, so ist der Täter nicht zu bestrafen, es sei denn, die unmündige Person hätte das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet“ (www.jusline.at, Download am 06.08.2010).

6.1.2. Sexuelle Übergriffe unter Kindern

Im Zuge der Auseinandersetzung mit sexueller Gewalt rückt auch das Thema „Übergriffe zwischen Kindern und Jugendlichen“ in den Blick. Der Begriff „Sexuelle Übergriffe“ wird von Riedel/ Breidenstein (2006) vorgeschlagen um Vorfälle von

Grenzüberschreitungen zwischen Kindern und Jugendlichen von jenen abzugrenzen, die zwischen Erwachsenen und Kindern stattfinden. Er bezieht sich vor allem auf (juristisch gesehen) Kinder, also Personen, die unter 14 Jahre alt sind. Die Auseinandersetzung mit diesem Themenbereich ist in dieser Differenzierung noch sehr jung, sie bietet aber auch einige interessante Ansätze für die Einschätzung grenzüberschreitende Situationen bei Menschen mit intellektueller Behinderung. So beschreiben Riedel/ Breidenstein (a.a.O.) auch Fälle, in denen der Täter/ die Täterin jünger ist als das Opfer, bzw. nennen konkrete Anhaltspunkte, die helfen sollen, Grenzüberschreitungen von altersentwicklungsentsprechenden sexuellen Handlungen zu unterscheiden. Gesetzlich gibt es keine Regelungen, da die TäterInnen nicht strafmündig sind. Es handelt sich also um ein pädagogisches Problem, das die PädagogInnen selbst jedoch vor große Herausforderungen stellt. Von zentraler Bedeutung scheint hierbei, wie professionell mit dieser Thematik umgegangen wird. Persönliche Einstellungen und Werthaltungen (z.B. Sexueller Missbrauch als Tabuthema, Leugnung von Verdachtsfällen,...) sowie die Reflexion eigener Grenzen sind dafür Grundvoraussetzungen (vgl. Freund, Riedel-Breidenstein 2006, 66f).

Kindern und Jugendlichen, die Übergriffe begangen haben, muss klar vermittelt werden, dass dieses Verhalten nicht toleriert werden kann, um weitere Misshandlungen zu verhindern. Das oder die Opfer dürfen mit dem Erlebten nicht alleine gelassen werden (vgl. Ortland 2008, 116- 117); (vgl. Lorenz 1996, 240-242). Es fehlen Studien, wie viele Kinder und Jugendliche betroffen sind. Es kann davon ausgegangen werden, dass Kinder mit intellektueller Behinderung besonders gefährdet sind, Opfer von Übergriffen zu werden, da sie auf Grund von Kommunikationseinschränkung, mangelnder Aufklärung oder auch fehlender Begleitung durch die betreuenden Erwachsenen oftmals nur bedingt fähig sind, ihre Grenzen zu thematisieren (vgl. Ortland 2008, 43); (vgl. Zemp, Picher, Schoibl 1997). Fehlende Reflexionsbereitschaften und Hintergrundwissen über Sexualität und Behinderung seitens der PädagogInnen stellte in einem Fallbeispiel (Achilles 2005) eine begünstigte Rahmenbedingung für sexuelle Übergriffe unter Jugendliche dar. In einer Einrichtung wurde bei einem mehrtägigen Ausflug ein Bursche im Genitalbereich verletzt. Ferner war zu diesem Zeitpunkt in dieser Einrichtung Masturbation im Klassenzimmer bei der Kuschelecke erlaubt. Im Rahmen einer Schulbesprechung wurden diese Thematiken von der Mutter des übergreifenden Jugendlichen thematisiert. Verantwortliche PädagogInnen maßen dieser Problematik weniger Bedeutung bei. Klärende Gespräche bezüglich dieses Vorfalles sowie die Bedenken, dass jene

Kuschelecke nicht in die Normalität (von Jugendlichen ohne Behinderung) passe, fanden laut Aussagen der Angehörigen bei diesem Setting nicht statt. Sie fühlten sich mit ihren Sorgen alleine gelassen (vgl. Achilles 2005, 17-18). Beratungseinrichtungen könnten in diesem Kontext eine professionelle Hilfestellung für ratsuchende Angehörige und Kinder bzw. Jugendliche mit intellektueller Behinderung darstellen (vgl. www.senia.at, Download am 09.02.2011); (vgl. www.isp-dortmund.de, Download am 09.02.2011).

6.2. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sexualität bei Volljährigen

Grundsätzlich sind alle sexuellen Handlungen und Praktiken unter Erwachsenen mit und ohne Behinderung erlaubt, mit denen die PartnerInnen einverstanden sind. Eine strafbare Handlung wird nur dann vollzogen, wenn Personen unter Ausnutzung ihrer geistigen Reife, des Autoritätsverhältnisses oder ähnlichen Gründen (siehe sexueller Missbrauch) Menschen mit intellektueller Behinderung zu geschlechtlichen Handlungen verleiten oder nötigen (vgl. www.jusline.at, Download am 06.08.2010).

Allerdings scheint die Grenze zwischen Gewolltem und Ausbeutung bei Menschen mit intellektueller Behinderung schwerer nachvollziehbar, da sich sexuelle Begegnungen z.B. wegen eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, schwieriger gestalten. Auch das klare Aufzeigen von Grenzen fällt häufig schwerer, vor allem wenn der Wunsch, unbedingt eine Beziehung haben zu wollen, sehr stark ausgeprägt ist (vgl. Walter 2005, 434- 435).

6.3. Sterilisation und Verhütungsmethoden

6.3.1. Erhältliche Verhütungsmittel im bio-psycho-sozialen Kontext

Bevor eine Sterilisation bei Menschen mit intellektueller Behinderung zur Verhütung einer Schwangerschaft in Betracht gezogen wird, sollten andere Formen der Verhütung mit allen Betroffenen (Menschen mit intellektueller Behinderung, BetreuerInnen, Eltern) durch ärztliche Beratung diskutiert werden. Dabei darf die Individualität der Menschen mit intellektueller Behinderung nicht ausgeklammert werden. In der Anwendung der Verhütungsmittel nimmt beispielsweise der Behinderungsgrad einen zentralen Stellenwert ein, also vor allem auch die Fähigkeit zur Einsicht in die Wirkungsweise der

Kontrazeption und die Bereitschaft zur Verhütung („compliance“). Voraussetzung zur Beratung und Entscheidung bei der Wahl der jeweils passenden Verhütungsmethode ist ein grundlegendes Körperwissen über den Zyklus und über Fruchtbarkeit bei Frau und Mann. Die Evaluation von entsprechenden Projekten (z.B. Eigenwillig, 2010) zeigt, dass bei individueller sexualpädagogischer Begleitung die Zufriedenheit bei den Frauen wie bei den betreuenden Personen deutlich gesteigert und unerwünschte Nebenwirkungen gemindert werden können. Bei der Wahl der Verhütungsmethode ist zu bedenken:

- Antibabypille: Es sollte beachtet werden, dass verschieden Präparate mit verschiedenen Wirkstoffen und Wirkungsweisen (Minipille/östrogenfreie Pille, Kombinationspräparate) auf dem Markt sind, über die oft aber nicht umfassend aufgeklärt wird. Bei der Einnahme der Pille muss eine große Bereitschaft zur regelmäßigen Einnahme, wie auch Einsicht in die Wirkungsweise gegeben sein, da unter Umständen schon beim einmaligen Vergessen der Einnahme, oder bei Erbrechen oder einer Durchfallserkrankung, eine Schwangerschaft möglich ist.
- Die Pille danach: Sie ist rezeptfrei erhältlich und sollte nur als Notfallmedikament Anwendung finden. Diese Variante sollte nur im Ausnahmefall (z.B. ungeschützter Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen) innerhalb von max. 72 Stunden eingenommen werden, je früher desto besser. Auf Grund der möglichen Nebenwirkungen (Übelkeit, Blutungen,...) sollte sie nicht wiederholt als Verhütungsmittel verwendet werden.
- Spirale (Intrauterin-Pessar): Bei dieser Form der Verhütung besteht die Aufgabe der betreuenden Personen in einer gründlichen Aufklärung vor dem Einsetzen der Spirale, damit die Entscheidung auf der Basis umfassender Informationen getroffen werden und das Einsetzen selbst möglichst schmerzfrei stattfinden kann. Da die Anwendung zu Entzündungen sowie heftigen Schmerzen im Unterleib führen kann, ist eine genaue Beobachtung von Frauen mit intellektueller Behinderung seitens der BetreuerInnen sowie das Erkennen etwaiger Veränderung besonders wichtig, besonders wenn es jener Personengruppe beispielsweise auf Grund der Behinderungsart schwer fällt, Schmerzen zu thematisieren.

- Chemische Verhütungsmittel: Bei der Anwendungen können sich bei den Geschlechtsteilen (Mann und Frau) allergische Reaktionen (z.B. Rötungen) einstellen. Durch ihre hohe Unsicherheit ist es keine Methode, die zur alleinigen Anwendung empfohlen wird.
- Kondom: Eines der gängigsten Verhütungsmittel stellt das Kondom (auch Präservativ) dar. Besonders günstig und einfach in der Anwendung schützt es, anders als die bereits thematisierten Verhütungsmittel, als Einziges, vor ansteckenden Erkrankungen (z.B. Aids, Hepatitis). Der Gebrauch sollte bereits vor der ersten Anwendung „trainiert“ werden (richtiges Ansetzen, richtiges Öffnen der Verpackung,...). Auch sollte auf den Einsatz diverser Hilfsmittel (z.B. ölhaltiger Gleitcremes) verzichtet werden, da diese die Eigenschaft des Gummis verändern kann, und somit kein ausreichender Schutz gewährleistet ist.
- NFP/natürliche Familienplanung: Auch wenn häufig zunächst viele Argumente gegen NFP sprechen, sollte diese Methode nicht von vornherein ausgeschlossen werden. Vor allem bei der Unverträglichkeit hormoneller Verhütungsmittel kann NPF bei entsprechender Begleitung eine Alternative darstellen, das nötige Körperwissen und die intellektuellen Fähigkeiten zur Einsicht in Abläufe und Notwendigkeiten vorausgesetzt.
- Diaphragma: Je nach Grad der Behinderung kann das Diaphragma eine Alternative zu invasiven oder medikamentösen Verhütungsmethoden sein. Die Methode benötigt zwar ein gutes Körperwissen und Einsicht in die Funktionsweise, doch Erfahrungen des Frauengesundheitszentrums Hamburg zeigen, dass bei entsprechender Begleitung gute Ergebnisse erzielt werden können.
- Dreimonatsspritze: Diese Verhütungsmethode wird bei Frauen mit Beeinträchtigungen überproportional häufig eingesetzt, da sie scheinbar „unkompliziert“ ist. Dabei werden die Frauen selten über mögliche Nebenwirkungen bzw. über Alternativen informiert, meist, weil ihnen die Kompetenz, eine andere Methode anzuwenden, abgesprochen wird. Die Substanz mit dem Depotwirkstoff - e wird durch den Arzt/die Ärztin alle drei Monate

injiziert. Die möglichen Vorteile der Methode werden durch die häufig auftretenden, teilweise massiven Nebenwirkungen meist wieder zunichte gemacht. Vor allem die Tatsache, dass beim Auftreten von Nebenwirkungen keine „Entfernung“ des Wirkstoffs möglich ist, sollte bedacht werden. Untersuchungen zeigen, dass eine regelmäßige Einnahme unter anderem Auswirkungen auf die Knochendichte der Frauen haben könnte (vgl. www.netdokter.at, Download am 10.02.2012); (vgl. Familienplanung 2010); (vgl. Lebenshilfe 2009, 110- 112); (vgl. www.netdokter.at, Download am 14.02.2012).

6.3.2. Sterilisation im bio- psycho- sozialen Kontext

Im Vergleich zu den angeführten Verhütungsmitteln bewirkt das Sterilisieren einen irreversiblen Eingriff in den menschlichen Körper. Der chirurgische Eingriff stellt für Frauen ein ungleich höheres Gesundheitsrisiko als für Männer dar (vgl. Lebenshilfe 2009, 112- 113); (vgl. Heinz- Grimm 2005, 377). Ferner können nachhaltige Folgen auf die Gesundheit der Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung entstehen, welche in seltenen Fällen auch zum Tod führen können (vgl. Walter 2005, 372).

Dennoch wurde dieser operative Eingriff bei Menschen mit intellektueller Behinderung vor der Gesetzesänderung im Jahr 2001 (bezüglich der Sterilisation an Minderjährigen; siehe Geschichtliche Entwicklung) öfters an Frauen als an Männern durchgeführt. Mögliche Begründung für diese Maßnahme könnte in zwei Faktoren gesehen werden (vgl. Sailer- Lauschmann, Schönwiese 2000)

Angst vor sexuellem Missbrauch

Die Begründung, eine Sterilisation wegen Angst eines sexuellen Missbrauchs durchzuführen, kann nach wissenschaftlichen Kriterien nicht bestätigt werden. Eine Unterbindung begünstigt eher einen Missbrauch, da dieser ohne Konsequenzen (Schwangerschaft) bleibt. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Eingriff den Täter schützt und dieser bei Geheimhaltung seitens des Opfers (z.B. durch Angst, mangelnder Kommunikationsfähigkeit,..) lange Zeit unentdeckt bleibt. Oftmals werden Frauen mit intellektueller Behinderung über Jahre hinweg sexuell missbraucht (vgl.

Lebenshilfe 2009, 132); (vgl. Hahn 2002, 18); (vgl. Berger 1998); (vgl. Sailer-Lauschmann, Schönwiese 2000); (vgl. Walter 2005, 379).

Angst vor einer Schwangerschaft bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Ängste und Vorurteile nehmen bezüglich gewollter und ungewollter Schwangerschaft einen zentralen Stellenwert ein:

„Es ist nun einmal eine große Sorge, plötzlich Großmutter oder -vater zu werden, insbesondere Eltern geistig behinderter Frauen äußern dies im Zusammenhang mit der Verhütung. Einerseits erwarten sie, dass auch geistig behinderte Männer Verhütungsmaßnahmen - nicht nur mit dem Kondom - übernehmen, und andererseits wird immer gesagt, dass doch die Sterilisation das Problem am besten lösen würde. So wehren sich auch Eltern gegen eine Aufklärung mit der Begründung, es sei besser, ihre Söhne/ Töchter würden erst gar nicht neugierig gemacht“ (Kandel, Müller- Erichsen 1999).

Nach dieser Annahme meiden es Eltern- bzw. Sachwalter von Menschen mit intellektueller Behinderung, sexualitätsbezogene Themen offen zu besprechen. Der scheinbar „einfache Weg“, eine Sterilisation könne eine Sexualerziehung umgehen, trifft insofern nicht zu, da diese Maßnahme übertragbare Geschlechtskrankheiten nicht verhindern kann - ferner bei einer diagnostizierten Zeugungsunfähigkeit der Diskurs über eine Sterilisation entfällt (vgl. Leue- Käding 2004, 273-276); (vgl. Walter 2005, 373).

Ferner steht neben der Angst vor ungewollter Schwangerschaft eine weitere Angst im Vordergrund, nämlich dass die Behinderung vererbt werden könne. Allerdings besteht dieses Risiko nur in einem geringen Prozentsatz, also bei Erkrankungen, welche genetisch übertragen werden. Der überwiegende Teil einer Behinderung entsteht prä- und perinatal, also vor, während oder nach der Geburt (vgl. Sailer- Lauschmann, Schönwiese 2000); (vgl. Berger 1998); (vgl. Strachota 2006, 26).

Geschichtliche Entwicklung

Im geschichtlichen Verlauf erfuhren Menschen mit intellektueller Behinderung neben gesellschaftlicher Stigmatisierung auch im Bereich ihrer Fortpflanzungsfunktion traumatische Eingriffe. Diese sind nicht zuletzt auf die Lehren über Gefahren der

Erbschädigungen aus der NS- Zeit zurückzuführen. Während dieses Zeitabschnittes wurden nach Schätzungen mehrere 100 000 Menschen Opfer einer ungewollten Sterilisation (vgl. Leue- Käding 2004, 43- 44). Auf Grund der damaligen gesetzlichen Rahmenbedingungen hatte jedoch medizinisches Personal auch den Handlungsfreiraum, Zwangssterilisationen nicht durchzuführen; was jedoch auf Grund der hohen Zahl der Zwangssterilisationen kaum in Anspruch genommen worden sein dürfte (vgl. Berger, Michel 1997).

Die Thesen über Rassenhygiene und Rassenlehre waren jedoch keine Entwicklung der Nazis. Es gab diese bereits zu Beginn des vorigen Jahrhunderts. Ärzten und Psychiatern bot sich die Möglichkeit, diese anzuwenden. Allerdings waren auch in den weiteren Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg diese Operationen auch nicht selten. Der Begriff der Sterilisation wurde erst im Jahr 1975 durch das österreichische Strafbuch verankert, welche erstmals eine gesetzliche Regelung über die Rahmenbedingung der Durchführung beinhaltet (vgl. Berger, Michel 1997); (vgl. Trompisch 1998).

Jedoch wurden bei unzähligen Menschen mit intellektueller Behinderung bis zum Ende des vorigen Jahrtausends in einer rechtlichen Grauzone Sterilisationen, meistens ohne Wissen und Einwilligung der Betroffenen selbst, durchgeführt. Genaue Zahlen dazu liegen nicht vor. In den Neunziger Jahren erfuhr diese Thematik in Österreich und anderen Ländern eine breite Diskussionen in der Öffentlichkeit durch das Bekanntwerden von Zwangssterilisationen in Schweden im vorigen Jahrhundert (vgl. Trompisch 1998); (vgl. Berger 1998); (vgl. Walter 2005, 375).

„Im Herbst vergangenen Jahres gab es in Österreich eine sehr intensive Debatte über die sog. „Zwangssterilisation“ bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ausgelöst wurde diese

Debatte- von der zwischenzeitlich fast alle europäischen Länder betroffen waren- durch das Bekanntwerden von Ereignissen in Schweden. In Schweden gab es von 1935 bis 1976 eine gesetzliche Regelung, die- soweit ich es von hier aus beurteilen kann- vorsah, dass Sterilisationen dann vorzunehmen seien, wenn u.a. die Gefahr „erbkranken Nachwuchses“ besteht oder besondere Gründe i. S. des Sozialwohls (z. B. Zugehörigkeit zu Romas, etc.) vorlägen. Tatsächlich wurden bis zu Beginn der Sechziger- Jahre zahlreiche Sterilisationen aus diesen Gründen in Schweden vorgenommen. Seit 1976 gibt es allerdings sehr restriktive Regelungen über die Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung in diesem Land“ (Trompisch 1998).

In Schweden beispielsweise darf eine Sterilisation nur dann durchgeführt werden, wenn die zu operierende Person aus eigenem Willen die Zustimmung dazu gibt (vgl. Schlaffer 1998). Neben der öffentlichen und politischen Debatte setzte sich ferner die Lebenshilfe für eine Veränderung in der gesetzlichen Regelung bezüglich Sterilisation bei Menschen mit intellektueller Behinderung ein (vgl. Trompisch 1998). Die unzureichenden gesetzlichen Rahmenbedingungen fanden sich bei der Vorgehensweise von Sterilisationen bei Minderjährigen wider.

In Deutschland bot der gesetzliche Rahmen bis zum in Kraft treten des Betreuungsgesetzes im Jahre 1992 Eltern von Kinder mit intellektueller Behinderung die Möglichkeit diese gegen ihren Willen und meistens ohne ihres Wissens sterilisieren zu lassen (vgl. Walter 2005, 110- 111; 375- 376). Bis zum Jahr 2000 reichte auch in Österreich die Einverständniserklärung der Eltern für eine Sterilisation ihrer Kinder aus. Minderjährige mit intellektueller Behinderung waren in dieser Zeit der Willkür ihrer Erziehungsberechtigten ausgesetzt. Berger (Berger 1998) führte als Beispiel für diesen traumatischen Eingriff jenen Vergleich mit der Amputation eines Ohres an, welche in keinster Weise von einem Arzt durchgeführt würde- ferner niemand diese Maßnahme verantworten könne (vgl. Berger 1998); (vgl. Bundesgesetzblatt 2000, 1330); (vgl. Schlaffer 1998).

Da diese Gesetzesänderung etwa zehn Jahre zurückliegt, müssen auch heute viele jugendliche und erwachsene Menschen mit intellektueller Behinderung, welche damals als Kinder zwangssterilisiert wurden, mit jenen irreparablen Konsequenzen leben. Welche Dimensionen diese traumatischen Eingriffe erreichten, zeigte Schlaffer (Schlaffer 1998) im Rahmen eines Referates im Parlament auf:

„Bei einer Umfrage des Frauenministeriums unter geistig behinderten Frauen waren 62,5% dieser Frauen sterilisiert worden, die meisten gegen ihren Willen vor ihrer Volljährigkeit“ (Schlaffer 1998).

Eine weitere Untermauerung dieser damaligen systematischen Vorgehensweise kann darin gesehen werden, dass es gegen Ende der 1980er Jahre seitens PädagogInnen empfohlen wurde, Schulkinder (besonders die weiblichen) mit intellektueller Behinderung zwangssterilisieren zu lassen (vgl. Berger 1998):

„Es werden immer noch Minderjährige - insbesondere Mädchen - sterilisiert, meist ohne Aufklärung über den Eingriff bzw. die Folgen der Operation; man trifft an Schulen für geistig behinderte Klassen, in denen fast alle Mädchen sterilisiert sind und Heime, bei denen eine Aufnahme von einer vorangegangenen Sterilisation abhängig gemacht wird,

Lehrer drängen Eltern aus Angst vor Regressen wegen der Vernachlässigung der Aufsichtspflicht, Eltern drängen Ärzte aus Angst, ein vielleicht behindertes Enkelkind aufziehen zu müssen, Ärzte sterilisieren im Nebenbeiverfahren bei anstehender Appendektomie Minderjährige“ (Hönig 1987 zit. nach Berger 1998)

Dieser traumatische Eingriff wurde nach Deutschland auch in Österreich zu Beginn der Jahrtausendwende mit einer Gesetzesänderung verboten.

Gesetzesänderung 2000: Kinderschaftsrechts- Änderungsgesetz 2001

„§146d. Weder ein minderjähriges Kind noch die Eltern können in eine medizinische Maßnahme, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit des minderjährigen Kindes zum Ziel hat, einwilligen“ (Bundesgesetzblatt 2000, 1330).

Seit dem in Kraft getretenen Gesetz darf somit keine Sterilisationen bei Minderjährigen durchgeführt werden. Jedoch sind auch (Zwangs-)sterilisationen bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung keine Seltenheit, da diese Personengruppe über diesen Eingriff nur selten vorinformiert- bzw. beraten wurde.

6.3.3. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Sterilisation- Probleme der Formulierungen und Handhabungen

Da der Eingriff in den menschlichen Körper als Körperverletzung im gesetzlichen Kontext betrachtet wird, bedarf es für diese Art der Operation einer eigenen Regelung (vgl. www.jusline.at, Download am 29.08.2011); (vgl. Trompisch 1998). Die Sterilisation bei volljährigen Personen ist per Gesetz wie folgt geregelt:

„ (1) Eine Körperverletzung oder Gefährdung der körperlichen Sicherheit ist nicht rechtswidrig, wenn der Verletzte oder Gefährdete in sie einwilligt und die Verletzung oder Gefährdung nicht gegen die guten Sitten verstößt.

(2) Die von einem Arzt an einer Person mit deren Einwilligung vorgenommene Sterilisation ist nicht rechtswidrig, wenn entweder die Person bereits das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat oder der Eingriff aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt.

(3) In eine Verstümmelung oder sonstige Verletzung der Genitalien, die geeignet ist, eine nachhaltige Beeinträchtigung des sexuellen Empfindens herbeizuführen, kann nicht eingewilligt werden“ (www.jusline.at, Download am 29.08.2011).

Zu jenem Zitat sei jedoch zu vermerken, dass Menschen mit intellektueller Behinderung Gefahr laufen, von Bezugspersonen zu dieser irreparablen Entscheidung gedrängt zu werden. In einer Einzelfalldarstellung im Rahmen einer Diplomarbeit (Hahn 2002) gab eine Frau mit intellektueller Behinderung an, dass der Sachwalter sie zu dieser Entscheidung unmittelbar nach der Geburt des zweiten Kindes gedrängt hätte. Der Arzt leitete die notwendigen Informationen an die Dame weiter. Die Sterilisation erfolgte am nächsten Tag. Bei konkreten Nachfragen gab die Interviewpartnerin an, dass die Informationen nicht auf ihren Wunsch bereitgestellt wurden- außerdem wurde der Wunsch nach einer Sterilisation von ihr nicht geäußert. Ferner lässt sich ableiten, dass im Vergleich zu nicht behinderten Müttern der Vorschlag einer Sterilisation nicht dem positiven Empfinden, ein Kind geboren zu haben, entspricht (vgl. Hahn 2002, 27- 32).

Das Beispiel zeigt auf, dass generell umfassende Informationen und psychologische Begleitung für Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung, welche bei der Entscheidungsfindung für oder gegen eine Sterilisation Unterstützung bieten, fehlten.

Bei fremdbestimmten Eingriffen lässt sich der im Gesetzestext verankerte Begriff „gute Sitten“ in der Praxis nicht übertragen, da er oftmals mit der subjektiven Betrachtung des Gutachters geprägt ist (vgl. Schlaffer 1998).

Ferner kann man durch diesen auslegbaren Begriff eine Sterilisation gegen den Willen des Betroffenen rechtfertigen:

„Auch die Frage des Verstoßes gegen die „guten Sitten“ bei einer Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung ist nirgends gesetzlich geregelt oder definiert. Allerdings ist nach herrschender Judikatur auch dann, wenn Erbschäden einer Nachkommenschaft nicht zu erwarten wären, die Sterilisation einer „geistesschwachen“ Person, die die Vorgänge der Menschwerdung nicht erfassen kann, selbst pflegebedürftig und außerstande ist, Kinder zu pflegen und zu erziehen, den „guten Sitten“ nicht entgegen“ (Trompisch 1998).

Es bedürfe einer konkreten Definition, welche die Rahmenbedingungen festlegt.

Berger zeigte anhand einer Dame mit intellektueller Behinderung diese Problematik auf, dass ärztliche Gutachten im Sinne der „Guten Sitten“ zur Sterilisation nicht dem dringenden medizinischen Handlungsbedarf für eine Unterbindung entsprechen. Oftmals sind es gesellschaftliche Vorurteile (z.B. Vererbung kranken Erbgutes,...), welche in ärztliche Gutachten einfließen. Im Rahmen eines Klinikaufenthaltes wurde bei einer jungen Frau mit intellektueller Behinderung die Sterilisation ohne ihr Wissen durchgeführt. Der Begriff „Gute Sitten“ wird oftmals missinterpretiert, Menschen mit intellektueller Behinderung müsse man durch eine Sterilisation Leid (z.B. durch eine Schwangerschaft) ersparen, welches in folgendem Auszug nachzulesen ist (vgl. Berger 1998):

„Die Mängel der Affektsteuerung bewirken, dass XY allfälligen sexuellen Wünschen keinen Widerstand entgegenzusetzen vermag, wenngleich Schwangerschaften auch von Schwachsinnigen zuweilen gut überstanden werden, sind bei XY für den Fall einer Schwangerschaft Befürchtungen berechtigt, sind Angstzustände, die bis zur Selbstschädigung gehen können, zu erwarten. Im Falle einer Sterilisation können vor dem Eingriff Angst und Abwehrmechanismen auftreten, sie sind durch ein entsprechendes Eingehen auf die Eigenheiten der Patientin vermeidbar. Nach Abschluss des Eingriffes wird man mit keinen psychologischen Folgen rechnen müssen, da XY von der Bedeutung des Eingriffes keine Ahnung hat“ (Berger 1998).

Weiters findet sich folgende Anmerkung bezüglich der Behandlung:

„Jeder geistig behinderte Mensch hat das Recht auf medizinische Betreuung und Gesunderhaltung seines Körpers unter geringster psychischer Belastung“ (Berger 1998).

Gutachtern, welche, wie im obigen Zitat erwähnt, ohne umfassende Informationen und Begleitung jenen folgenschweren Eingriff begünstigen, ist die Tragweite, welche diese Operation bei Menschen mit intellektueller Behinderung zur Folge hat, oft nicht bewusst. Es wird unterstellt, dass die Operation seitens der Menschen mit intellektueller Behinderung nicht wahrgenommen wird und mit keinen „Nebenwirkungen“ verbunden ist. Jedoch stellten sich bei dieser und anderen Patientinnen nach diesem Eingriff schwere psychiatrische Erkrankungen ein, welche neben einem aufgedeckten sexuellen Missbrauch auch auf diese Operation zurückzuführen sind. Ferner zeigt dieser Auszug aus diesem ärztlichen Gutachten, dass dieses unfreiwillige Nehmen der Fortpflanzungsfunktion als „Recht“ der Patientin betrachtet wird. Somit wird die Zwangssterilisation, ähnlich einer unausweichlichen Operation in eine positive ärztliche

Behandlung umgekehrt (vgl. Berger, Michel 1997); (vgl. Berger 1998); (vgl. Walter 2005, 372- 373).

Eine Sterilisation gegen den Willen der Betroffenen ist nur unter folgender Bedingung gestattet:

„Im Verfahren über die Genehmigung der Zustimmung zu einer medizinischen Maßnahme, die eine dauernde Fortpflanzungsunfähigkeit der betroffenen Person zum Ziel hat, hat das Gericht zu deren Vertretung einen besonderen Sachwalter zu bestellen. Das Gericht hat dem Verfahren zwei voneinander unabhängige Sachverständige beizuziehen“ (www.jusline.at, Download am 06.08.2010).

Durch die Absicherung eines unabhängigen, professionell geschulten Fachkreises sollte der willkürliche Eingriff verhindert werden. Bezugspersonen von Menschen mit intellektueller Behinderung (speziell bei Frauen) sehen jedoch, wie bereits erwähnt, in einer Sterilisation eine nachhaltige Möglichkeit, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden (vgl. Hahn 2005, 111); (vgl. Leue- Käding 2004, 45).

Jedoch gaben ÄrztInnen in zwei Fällen auf Druck der Angehörigen nach und führten ohne Einverständnis der Sachwalter und des Betroffenen eine Sterilisation durch. Die unrechtmäßige Durchführung der Unterbindung wurde seitens der Sachwalter bei Gericht angezeigt. In beiden Fällen wurden die Mediziner freigesprochen (vgl. Schlaffer 1998).

Die angeführten Fallbeispiele zeigen, dass bis vor wenigen Jahren Menschen mit intellektueller Behinderung das Recht auf umfassende Verhütungsberatung, das Selbstbestimmungsrecht des eigenen Körpers, sowie das Recht einer gewollten Schwangerschaft abgesprochen wurde.

Ferner standen- bzw. stehen auch heute oftmals bei dieser Vermeidungshaltung von Schwangerschaften bei Menschen mit intellektueller Behinderung die Angst vor einer weiteren Geburt eines Kindes mit intellektueller Behinderung dahinter. (vgl. Heinz-Grimm 2005, 376); (vgl. Achilles 2005, 105).

Jedoch hat sich die Bereitschaft für eine Sterilisation gewandelt. Nach einer Studie (Leue-Käding 2004) geben Angehörige häufig Zweifel an, diese Operation durchführen zu lassen.

Dieser Eingriff wird nach und nach auch bei nicht behinderten Menschen als Eingriff in die Privatsphäre des Menschen mit intellektueller Behinderung wahrgenommen. (vgl. Leue- Käding 2004, 273-276).

Es sehen einige Menschen mit intellektueller Behinderung bei dieser Maßnahme auch Vorteile, nämlich sich nicht mit den Anwendungsmethoden sowie gesundheitliche Risiken (bei Medikamente) befassen zu müssen. In diesem Kontext bedarf es umfassender Beratungsgespräche, ob und in welchem Ausmaß die Entscheidung für eine Sterilisation tatsächlich von Seiten der Menschen mit intellektueller Behinderung getroffen wurde (vgl. Lebenshilfe 2009, 132); (vgl. Walter 2005, 370).

6.4. Schwangerschaftsabbruch

6.4.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Eingriff, der immer nur von ÄrztInnen durchgeführt werden darf. Auch die schwangere Person kann trotz Zustimmung eines Eingriffes durch eine nicht dafür geeignete Fachkraft per Gesetz bestraft werden. Eine Abtreibung ist per Gesetz prinzipiell verboten, bleibt jedoch innerhalb der ersten drei Monaten ohne strafrechtliche Konsequenzen (vgl. www.jusline.at, Download am 06.08.2010). Ein späterer Eingriff zur Verhinderung der Geburt des Kindes ist nur in folgendem Fall zulässig:

„wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Abwendung einer nicht anders abwendbaren ersten Gefahr für das Leben oder eines schweren Schadens für die körperliche oder seelische Gesundheit der Schwangeren erforderlich ist oder eine ernste Gefahr besteht, dass das Kind geistig oder körperlich schwer geschädigt sein werde, oder die Schwangere zur Zeit der Schwängerung unmündig gewesen ist und in allen diesen Fällen der Abbruch von einem Arzt vorgenommen wird.

Wenn der Schwangerschaftsabbruch zur Rettung der Schwangeren aus einer unmittelbaren, nicht anders abwendbaren Lebensgefahr unter Umständen vorgenommen wird, unter denen ärztliche Hilfe nicht rechtzeitig zu erlangen ist“ (www.jusline.at, Download am 06.08.2010).

Zusammengefasst lassen sich folgende Punkte eines späteren (nach der 3-Monatsfrist durchgeführten) straffreien Abbruches festhalten

- Bei Minderjährigkeit
- Bei Gefahr des eigenen Lebens der Schwangeren
- Bei Verdacht auf Behinderung des Kindes

Hierbei sei zu erwähnen, dass kein Mediziner gesetzlich verpflichtet ist (ausgenommen bei Lebensgefahr der Patientin), einen Abbruch durchzuführen (vgl. www.jusline.at, Download am 06.08.2010). Trotzdem zeigt sich in diesen Regelungen eine gewisse Doppelmoral, da es um die Fristenlösung (straffreier Abbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche) selbst immer wieder Diskussionen gibt, nicht jedoch um das Recht, bei einem positiven Befund in der Pränataldiagnostik bis zur Geburt die Schwangerschaft beenden zu dürfen.

6.4.2. Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Im Kontext der Personengruppe von Menschen mit intellektueller Behinderung sind es, wie bereits thematisiert, oftmals die Ängste einer weiteren Geburt eines Kindes mit intellektueller Behinderung bzw. Versorgungsängste, ein weiteres Kind aufzuziehen, welche Angehörige, Bezugspersonen und BetreuerInnen oftmals dazu bewegten, vor der Gesetzesänderung im Jahr 2001 Minderjährige bereits im Vorfeld sterilisieren zu lassen.

Ungewollte Schwangerschaften werden von Betroffenen auch wegen der Angst auf die Reaktionen des Umfeldes bis zur Geburt verheimlicht. Zweifel der Angehörigen werden von den Schwangeren beispielsweise auf Gewichtszunahme durch erhöhte Nahrungsaufnahme geschoben (vgl. Pixa- Kettner 1996, 52). Bei der inneren Entscheidung, sich trotz Zweifels des sozialen Umfeldes für die Schwangerschaft zu entscheiden, versuchen Angehörige oftmals ÄrztInnen zu einem Eingriff gegen den Willen der Patientin zu überreden. Auf Grund der Gesetzeslage und der Anerkennung der Wünsche der Schwangeren kommen nicht alle MedizinerInnen der Forderungen nach, sodass sie sich weigern, diese Operation vorzunehmen und sie ferner während dieser Monate begleiten und unterstützen. Allerdings hängt die Haltung und Wertschätzung

bezüglich Schwangerschaft und Behinderungen maßgeblich von dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin ab (vgl. Pixa-Kettner 1996, 53). Betroffene berichteten ebenfalls, dass keine ausreichende Information und Beratung in medizinischen Einrichtungen stattgefunden hätte (vgl. Pixa-Kettner 1996, 54).

Nach Hahn (Hahn 2002) wurde eine junge Frau mit intellektueller Behinderung in den 1980er Jahren seitens des Sachwalters bei zwei Schwangerschaften zu einer Abtreibung gedrängt. Die Dame entschied sich trotz des Drucks für ihre Kinder. Sie wurde jedoch enttäuscht, da ihr beide Kinder unmittelbar nach der Geburt weggenommen wurden (vgl. Hahn 2002, 27).

Hauptauslöser dieser Maßnahme seitens des Jugendamtes war nicht vordergründig die Behinderung, sondern das Alkohol und Gewaltproblem ihres damaligen Freundes. Psychosoziale Begleitungen, welche das Aufwachsen der Kinder bei ihrer Mutter ermöglichen sollten, fehlten (vgl. Hahn 2002, 27). Stellvertretend für andere schwangere Frauen mit intellektueller Behinderung kann daraus abgeleitet werden, dass jene Rahmenbedingung, welche keinen Platz für die Probleme der Betroffenen lassen- ferner die Wegnahme der Kinder ohne weitere Begründung, spätere Schwangerschaftsabbrüche begünstigen.

Trotz dringenden Aufholbedarfs bezüglich psychosozialer Begleitung bei schwangeren Frauen mit intellektueller Behinderung können heute externe Beratungseinrichtungen als Hilfestellung in Anspruch genommen werden. Prinzipiell muss die Behandlung der Thematik auf einem Fundament des Vertrauens beruhen und Menschen mit intellektueller Behinderung nicht „als kleine Kinder“ betrachtet werden. Betroffene empfinden oftmals diese negative Haltung gegenüber ihrer Person, dass sie ohne sexuelle Wünsche und Bedürfnisse bleiben sollten (vgl. Lebenshilfe 2009, 131- 132); (vgl. Walter 2005, 370- 371).

Speziell bei der inneren Entscheidungsfindung, sich für oder gegen das Kind zu entscheiden, benötigen Paare mit intellektueller Behinderung Hilfe und Unterstützung (siehe Kap. Kinderwunsch).

6.5. Sexueller Missbrauch

Es ist zu vermerken, dass eine sexuelle Belästigung und Missbrauch keine zufällige Handlung darstellt. Ferner ist diese nicht, wie seitens der Täterkreise oftmals angegeben, von den Opfern gewollt oder provoziert. Es stellt somit einen Tatbestand dar, welcher eindeutig von Seiten des Missbrauchenden ausgeht, welcher geplant und strukturiert handelt (vgl. Friedrich 2001, 13-14); (vgl. Ortland 2008, 113- 114).

Ferner stellt es eine strafbare Handlung dar, wenn Autoritätspersonen (BetreuerInnen, ÄrztInnen,...) ihre Position für das Herbeiführen von geschlechtlichen Handlung an die zu betreuende Person missbrauchen (vgl. www.jusline.at, Download am 07.10.2011):

„(1) Wer

1. mit einer mit ihm in absteigender Linie verwandten minderjährigen Person, seinem minderjährigen Wahlkind, Stiefkind oder Mündel oder
2. mit einer minderjährigen Person, die seiner Erziehung, Ausbildung oder Aufsicht untersteht, unter Ausnützung seiner Stellung gegenüber dieser Person

eine geschlechtliche Handlung vornimmt oder von einer solchen Person an sich vornehmen lässt oder, um sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen, ist mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren zu bestrafen.

(2) Ebenso ist zu bestrafen, wer

1. als Arzt, klinischer Psychologe, Gesundheitspsychologe, Psychotherapeut, Angehöriger eines Gesundheits- und Krankenpflegeberufes oder Seelsorger mit einer berufsmäßig betreuten Person,
2. als Angestellter einer Erziehungsanstalt oder sonst als in einer Erziehungsanstalt Beschäftigter mit einer in der Anstalt betreuten Person oder
3. als Beamter mit einer Person, die seiner amtlichen Obhut anvertraut ist,

unter Ausnützung seiner Stellung dieser Person gegenüber eine geschlechtliche Handlung vornimmt oder von einer solchen Person an sich vornehmen lässt oder, um sich oder

einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet, eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen“(www.jusline.at, Download am 07.10.2011).

Auch volljährige Menschen mit intellektueller Behinderung (besonders weibliche) benötigen im Alltag bei Gefahr von sexuellen Übergriffen und sexueller Ausbeutung Hilfe und Unterstützung (z.B. durch Gespräche, ...). Sie haben, ebenso wie Menschen ohne Behinderung, das Recht, ungewollte Berührungen zu thematisieren- ferner Grenzen aufzuzeigen. BetreuerInnen dürfen, wie im Gesetzestext angeführt, ihre Position als Autoritäts- und Vertrauensperson nicht dahingehend verwenden, zu den Betreuten intime Beziehungen anzubahnen. Sie nehmen eine Vorbildfunktion ein. Auf Grund der Behinderungsart fällt es jenem Personenkreis jedoch oftmals schwer, eine verhängliche Situation zu erkennen- ferner dementsprechend zu handeln. Sie werden somit leichter Opfer sexuellen Missbrauchs als Menschen ohne Behinderung Daher ist die sexuelle Ausnutzung von Menschen mit intellektueller Behinderung durch nicht behinderte Menschen nach dem Strafgesetzbuch wie folgt geregelt (vgl. Hahn 2002, 37- 42); (vgl. Heinz- Grimm 2005, 430- 439); (vgl. Lebenshilfe 2009, 119- 122):

„(1) Wer eine wehrlose Person oder eine Person, die wegen einer Geisteskrankheit, wegen Schwachsinn, wegen einer tiefgreifenden Bewusstseinsstörung oder wegen einer anderen schweren, einem dieser Zustände gleichwertigen seelischen Störung unfähig ist, die Bedeutung des Vorgangs einzusehen oder nach dieser Einsicht zu handeln, unter Ausnutzung dieses Zustands dadurch missbraucht, dass er an ihr eine geschlechtliche Handlung vornimmt oder von ihr an sich vornehmen lässt oder sie zu einer geschlechtlichen Handlung mit einer anderen Person, oder um sich oder einen Dritten geschlechtlich zu erregen oder zu befriedigen, dazu verleitet eine geschlechtliche Handlung an sich selbst vorzunehmen, ist mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

(2) Hat die Tat eine schwere Körperverletzung (§ 84 Abs. 1) oder eine Schwangerschaft zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe von einem bis zu zehn Jahren zu bestrafen. Hat die Tat jedoch den Tod der missbrauchten Personen zur Folge, so ist der Täter mit Freiheitsstrafe von fünf bis fünfzehn Jahren zu bestrafen“(www.jusline.at, Download am 07.10.2011)

Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung-Auslegung der Begriffe

Mögliche Probleme können sich einstellen, wenn trotz den gesetzlichen Rahmenbedingungen Menschen mit intellektueller Behinderung unterstellt wird, sich in verfänglichen Situationen nicht zur Wehr gesetzt zu haben - ferner dass die sexuellen Übergriffe mit beiderseitigem Einverständnis geschehen seien oder gar von den behinderten Menschen provoziert worden seien. Als Argumentation, sich als Angeklagter gegen die Vorwürfe des sexuellen Missbrauchs an Personen mit intellektueller Behinderung zu verteidigen, wird oftmals den Opfern unterstellt, dass sexuelle Distanzlosigkeit ein Teil der Persönlichkeit dieser Person sei. Jene Phänomene (z.B. die Suche nach näherem Kontakt zu Fremden, das Tragen von verführerischer Kleidung, sexistische Sprache,...) könnten jedoch Ausdruck bereits zurückliegender Missbrauchserfahrungen sein. Im wissenschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs zeigt sich die Problematik von Sexualität bei Menschen mit intellektueller Behinderung, da einerseits, wie bereits in der vorliegenden Arbeit thematisiert, Sexualität als primäre Lebensenergie verstanden wird, und folglich auch jener Personengruppe dieses Recht nicht abgesprochen werden darf, jedoch auch die Anerkennung der sexuellen Wünsche und Bedürfnisse als Argumentation von Tätern bei sexuellen Übergriffen verwendet wird, dass sexuelles Interesse oftmals vom Menschen mit intellektueller Behinderung ausgegangen sei. Nicht selten stellt es für jene Personengruppe einen Bezug zur Normalität „einen nicht behinderten Freund/ eine nicht behinderte Freundin zu haben“ dar, welche die Rahmenbedingung zu sexuellen Übergriffen begünstigt. Oftmals kann schwer eingeschätzt werden, ob und in welchem Ausmaß Menschen mit intellektueller Behinderung die Tragweite und das Wissen bezüglich eines Geschlechtsverkehrs bekannt ist. Konsequenzen im Sinne einer rechtsgültigen Verurteilung der übergreifenden Personen haben diese Vorfälle nur selten (vgl. Walter 2005, 414- 417); (vgl. Heinz-Grimm 2005, 430- 442).

Besonders bei älteren Menschen mit intellektueller Behinderung mit Anstalts- und Hospitalisierungserfahrung, also welche Lebenslang daran „gewöhnt“ sind, fremdbestimmt zu leben- ferner sich an strenge Hausordnungen (z. B. Besuchsverbot) halten müssen, laufen leichter Gefahr, Opfer eines sexuellen Missbrauchs zu werden, da externe Personen fehlen, welchen diese Erfahrungen mitgeteilt werden könnten.

Hinzu kommt, dass mangelnde sexuelle Aufklärung das Risiko, zum Opfer sexueller Übergriffe und Gewalt zu werden, erhöht. Darüber hinaus ist dieser Personenkreis seit frühesten Kindheit daran gewohnt, weniger Kontrolle über Berührungen am Körper sowie die Wahrung der Intimsphäre zu erhalten, als Menschen ohne Behinderung. Auf Grund von Pflegebedürftigkeit im Urogenitalen Bereich, eventueller Inkontinenz, körperlicher Zusatzbehinderung leben sie fremdbestimmter (vgl. Achilles 2005, 50- 51); (vgl. Ortland 2008, 114- 116); (vgl. Heinz- Grimm 2005, 441- 442). Ein nicht ständig wechselndes sowie geschlechtsbezogenes Pflegepersonal scheint in diesem Kontext von besonderer Bedeutung zu sein (vgl. Ortland 2008, 112).

Ferner werden auch sexuelle Übergriffe geduldet, um nicht die Zuwendung der Bezugspersonen zu verlieren. Oftmals wird das Androhen von Zuwendungsreduktion als Mittel der sexuellen Ausbeutung von Menschen mit intellektueller Behinderung verwendet. Bei besonders isoliert lebenden Menschen mit intellektueller Behinderung fehlen oftmals externe Personen, welche diese Fälle anzeigen- bzw. kann auf Grund der Behinderungsart (intellektuell und körperlich) der Weg zu externen Beratungseinrichtungen ein unüberwindbares Hindernis darstellen. Ferner können Beratungsstellen auf die behinderungsbezogenen Unterstützungsmaßnahmen (z.B. vereinfachte Sprache, das Arbeiten mit Bildmaterial,...) nicht vorbereitet sein und sich in diesem Kontext in der Kommunikation Schwierigkeiten einstellen (vgl. Ortland 2005, 113- 116); (vgl. Hahn 2002, 25- 27).

Ein weiterer Aspekt ist, so wie bei Menschen ohne Behinderung, der Wunsch nach Nähe, Sexualität und Partnerschaft. Diese Bedürfnisse werden von Tätern bewusst ausgenutzt (vgl. Walter 2005, 417); (vgl. Hahn 2002, 23- 27).

Wieweit die Akzeptanz von geringschätzendem Verhalten gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung führen kann, zeigte Hahn (Hahn 2002) bei einer Frau mit intellektueller Behinderung auf, welche körperliche und psychische Gewalt ihres Freundes tolerierte. Sie wurde ferner von ihrem damaligen Freund zur Prostitution gezwungen (vgl. Hahn 2002, 36- 37).

Genaue Zahlen darüber, wie viele Menschen Opfer von sexuellen Übergriffen- bzw. in Einrichtungen selber zu Täter wurden, konnten Zemp, Pirchler, Schoibl im Rahmen einer österreichweiten Studie aufzeigen.

Studie Zemp, Pircher, Schoibl

In einer österreichweiten angelegten Studie mit behinderungsspezifisch ausgebildeten InterviewerInnen und themenbezogenem Unterrichtsmaterial (männliche und weibliche Puppen,...) in Wohnheimenrichtungen wurde der Stellenwert von sexuellen Übergriffen sowie Präventionsprogrammen, Aufklärungsprogrammen,... erforscht. Befragt wurden

- 117 Männer mit intellektueller Behinderung (18- 78 Jahre; Durchschnittsalter 25- 34 Jahre)
- 16 BehindertenpädagogInnen (BetreuerInnen und LeiterInnen) (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997).

40% der befragten Personen lebte zum Zeitpunkt der durchgeführten Datenerhebung bereits seit der Kindheit in Einrichtungen. Nach Angaben der Menschen mit intellektueller Behinderung war das Thema Sexualität innerhalb der Institution nahezu ausschließlich tabuisiert. Über Sexualität wurde überwiegend erst nach einem aktuellen Anlass (z.B. sexuelle Übergriffe) gesprochen. Kaum einer der befragten Personen erhielten im Kindes- und Pubertätsalter Sexualaufklärung.

Jedoch zeigte Zemp in einer zuvor durchgeführten Studie an Frauen mit intellektueller Behinderung in Wohnheimen, dass diese befragte Personengruppe besser aufgeklärt wurde, als Männer mit intellektueller Behinderung.

Mögliche Begründungen dafür könnten in diesem Kontext die Prävention von Schwangerschaften sowie die Angst vor Übergriffen sein. Allerdings führte die mangelnde Sexualaufklärung bei Knaben und Männern mit intellektueller Behinderung dazu, dass sexuell abweichendes Verhalten (sexuelle Übergriffe,...) begünstigt wurden, da oftmals Informationen bezüglich des Einhaltens von Grenzen gegenüber anderen Personen fehlten und es wenig Möglichkeiten gab, sexuelle Bedürfnisse anders als auf übergriffige Art und Weise auszuleben (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997).

60 % der Täter gaben ferner an, auch selbst Opfer sexueller Übergriffe gewesen zu sein. Nach Zemp begünstige die Opferrolle auch die eines Täters; nach der Auffassung „Nehmen und genommen werden“ (Zemp, Pircher, Schoibl 1997)

In diesem Kontext ist zu erwähnen, dass keine Taten, welche Männer mit intellektueller Behinderung bei jener Befragung angaben, strafrechtliche Konsequenzen im Sinne einer Verurteilung nach sich zogen. Bei Bekanntwerden sexueller Übergriffe innerhalb der Einrichtung blieb es oftmals bei einem Gespräch im Sinne einer Ermahnung sowie des Androhens einer Versetzung in eine andere Einrichtung; bzw. der genaueren Beobachtung des Täters. In manchen Fällen wurde die Versetzung auch vollzogen.

Eine Aufarbeitung dieser Situationen blieb in allen Fällen aus. Es wurden weder für Opfer noch für Täter therapeutische Hilfestellungen angeboten, um die erlebten Situationen zu analysieren; z.B. um als Opfer mögliche Strategien zu erarbeiten, um ein verinnerlichtes Rollenverhalten (z.B. sich als schwach und hilflos zu empfinden) zu durchbrechen, und durch Verhaltensänderungen in verfänglichen Situationen anders (z.B. durch lautes Schreien, Abwehr,...) reagieren zu können (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997) .

Zu den Tätern

Ähnlich der Situation bei Menschen ohne Behinderung lassen sich bei der sexuellen Ausbeutung unter Menschen mit intellektueller Behinderung ein adäquates Täter- und Opferprofil finden.

Zu den Tätern zählten überwiegend Menschen mit leichter intellektueller Behinderung. Diesen Personen war oftmals bewusst, dass diese Handlungen nicht erlaubt waren. Nach Angaben der Täter wurden bewusst wehrlosere Personen (z. B. Personen mit schwerer intellektueller Behinderung) gesucht sowie unbeaufsichtigte Orte (z. B. WCs, Waschräume,...) gewählt. Bei Bekanntwerden der Übergriffe wurde auch bei Menschen mit intellektueller Behinderung versucht, die Vorwürfe zu leugnen und das Opfer als unglaubwürdig darzustellen.

Nach Zemp, Pircher, Schoibl lassen sich die Motive sexueller Übergriffe in folgenden Punkten finden:

- Das Gefühl, Macht gegenüber anderen Personen auszuüben
- Mangelnde Aufklärung bezüglich Sexualität; mangelnde empfundene Grenzziehung gegenüber anderen Personen, was erlaubt ist
- Erforschen der eigenen Sexualität, da oftmals keine anderen Möglichkeiten bereitstanden, bzw. damals nicht bereitgestellt wurden (z.B. in Form von

Sexualassistenz), durch Erprobung mittels sexueller Übergriffe: „probieren, ob man ebenfalls zum sexuellen Erleben im Stande sei (körperlich und psychisch)“

Oftmals begünstigte mangelnde Intim- und Privatsphäre (z.B. Mehrbettzimmer, öffentliche Waschräume,...) das Entstehen sexueller Übergriffe. Die strikte Trennung der Geschlechter führte außerdem zu Formen von Zwangshomosexualität (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997).

Zu den Betreuungspersonen

Diese waren mit den Situationen der sexuellen Übergriffe überfordert. Es fehlte nach Zemp an umfassenden externen Beratungsstellen (z.B. Supervision, Beratungsgespräche mit ExpertInnen,...), um aus Sicht des Opfers diese Vorgänge zu unterbinden und diese strafrechtlich zu verfolgen.

Eine Person mit intellektueller Behinderung gab an, dass die Situation sexueller Übergriffe trotz mehrmaligen Meldens beim Personal unverändert blieb. Oftmals wurde seitens der BetreuerInnen unterstellt, dass die Übergriffe gewollt und seitens des Opfers provoziert wurden. Das Ignorieren dieser Handlungen begünstigte weitere sexuelle Ausbeutungen, da die Täter „lernten“, dass ihr Handeln und Tun ohne Konsequenzen blieb.

Die InterviewerInnen waren für Menschen mit intellektueller Behinderung oftmals die ersten Vertrauenspersonen, mit denen diese über die oft bereits Jahrzehnte zurückliegenden Erfahrungen sprechen konnten.

Geschlechtsbezogene Rolle

Bei der Untersuchung zeigte sich, dass die befragten Personen durch

- Unterdrückung der Sexualität
- strenge Hausordnungen
- geschlechtsgetrennte Wohnräume
- mangelnde Sexualerziehung

offensichtlich Schwierigkeiten hatten, sich bezüglich der Geschlechtsrollenidentität als Mann zu empfinden. Oftmals gaben die Interviewpartner an, dass sie sich als Bub

wahrnehmen; das heißt, dass sie ihre sekundären Geschlechtsmerkmale sowie die bio-psycho-sozialen Aspekte, welche das Mannsein inkludieren, ausklammerten (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997).

Mögliche Probleme bei der Aufklärung sexuellen Missbrauches

Eine Aufklärung der Fälle gestaltet sich, nicht nur wie bei der obigen Studie aufgezeigt, oftmals schwierig. Nicht selten haben besonders Mädchen und Frauen beim Eintritt in diverse Einrichtungen (z.B. Wohnheime, Werkstätten,...) bereits Missbrauchserfahrungen. Eine besondere Begünstigung von sexuellem Missbrauch stellt die Sterilisation von Frauen mit intellektueller Behinderung dar. Das Bekanntwerden dieser Operation wird, wie bereits im Kapitel Sterilisation angeführt, für die Täter oftmals als Freibrief des sexuellen Missbrauchs betrachtet, da diese traumatische Handlung meist jahrelang unentdeckt bleibt. Oftmals sind die Täter im näheren sozialen Umfeld der Menschen mit intellektueller Behinderung zu finden (z.B. Väter, Betreuungspersonal,...); (vgl. Walter 2005, 415- 418); (vgl. Ortland 2005, 114- 116); (vgl. Lebenshilfe 2009, 119- 122). Jene Personen (besonders weibliche) erleben hiermit eine dreifache extrem traumatische Belastung:

- die meist ohne des Wissens der Frau durchgeführte Sterilisation
- der empfundene Verlust der Geschlechtlichkeit
- die Ausbeutung des eigenen Körpers durch meist bekannte und vertraute Personen

(vgl. Schlaffer 1998);(vgl. Hahn 2002, 27); (vgl. Ortland 2005, 115); (vgl. Berger 1998)

Wegen mangelnder kommunikativer Ausdrucksweise fällt es Betroffenen noch schwerer als nichtbehinderten Menschen, Grenzüberschreitungen zu thematisieren und Grenzen zu ziehen. Seitens des sozialen Umfeldes werden Übergriffe oft gar nicht oder zu spät erkannt. Bei der Aufdeckung von Verdachtsfällen werden ferner seitens der Täter alle Möglichkeiten in Betracht gezogen, das Opfer als wenig vertrauenswürdig, und auf Grund der Behinderung als unglaubwürdig darzustellen (vgl. Ortland 2008, 115).

Im Zweifelsfall bedeutet es, dass erstellte gerichtliche Gutachten zu Gunsten der übergreifenden Person ausfallen- ferner unterstellt wird, dass das Einverständnis über die stattgefundenen sexuellen Kontakte seitens der Menschen mit intellektueller Behinderung

gegeben war und somit der Täter straffrei aus dem Prozess geht. In diesem Kontext bedarf es individueller auf die intellektuelle Behinderung abgestimmter Gutachten, welche wesentliche Aspekte (z.B. verzögerte Wahrnehmung, fehlende Einsichtigkeit, reduziertes Wissen über Sexualität,...) mit einbezieht (vgl. Walter 2005, 414- 416).

Zusammengefasst lassen sich folgende Rahmenbedingungen für einen sexuellen Missbrauch finden:

- Gefälle der geistigen Überlegenheit des Täters oder der Täterin gegenüber dem Missbrauchsoffer
- Ausnutzung des Gefälles
- Vorsätzliche geschlechtliche Handlungen an, bzw. mit dieser Person oder vor Dritten bzw. unter dem Zwang, geschlechtlichen Handlungen beizuwohnen (vgl. Friedrich 2001, 13); (vgl. Achilles 2005, 49); (vgl. www.jusline.at , Download am 07.10.2011); (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997).

7. Sexualität bei erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung

7.1. Geschichtliche Entwicklung in Wohnheimen

Ältere HeimbewohnerInnen, welche durch strenge Hausordnungen oder räumliche Trennungen (Frauenabteile und Herrenabteile) jeglicher Kontakt zum anderen Geschlecht verwehrt blieb, lebten ihre Sexualität oftmals in homosexuellen Beziehungen, wenn gleich die wenigsten die Veranlagungen dazu hatten (vgl. Irblich, Stahl 2003, 357); (vgl. Zemp, Pircher, Schoibl 1997). Eine überwiegende Tabuisierung der Sexualität und fehlende behinderungsadäquaten Aufklärung und therapeutische Begleitung für Menschen mit intellektueller Behinderung führten zu Auffälligkeiten (z.B. Masturbation in der Öffentlichkeit, Exhibition,...). BetreuerInnen waren selten auf diese Situationen vorbereitet (vgl. Irblich, Stahl 2003, 356- 359). Ferner konnte bei einer Studie von Bader (2005) aufgezeigt werden, dass in diesem Personenkreis mit Anstalts- und Hospitalisierungserfahrungen Liebesbeziehungen eher die Ausnahme darstellten. Diese fanden meist ohne Einverständnis der BetreuerInnen heimlich statt. Durch die aufgezeigten Rahmenbedingungen, welche keinen Freiraum für die Entfaltung der geschlechtsbezogenen Rolle zuließ, erlebten Menschen mit intellektueller Behinderung die Situation in Wohnheimen ähnlich eines familiären Zusammenlebens. Bader zeigte auf, dass sich die Rollenbilder von den Betreuenden als „Eltern“ und den Menschen mit Beeinträchtigung als „Kind“ bis in das hohe Erwachsenenalter manifestiert hatten. Sexualität in Wohnheimen wurde bis vor wenigen Jahrzehnten eine untergeordnete Bedeutung beigemessen bzw. war sie weitgehend tabuisiert (vgl. Bader 2005, 277- 284). In den letzten Jahrzehnten kann jedoch in Wohnheimen eine zunehmend offenere Haltung bezüglich Sexualität und Behinderung festgestellt werden. Generell lassen sich Wünsche, Bedürfnisse und Unterstützungsmaßnahmen bei Menschen mit intellektueller Behinderung bezüglich ihres Sexuallebens niemals vereinheitlichen und normieren. Im Heil- und Integrativpädagogischen Arbeitsfeld sollte jeder Mensch mit seiner Behinderungsart, seiner persönlichen Lebensgeschichte, seinen Interessen und Bedürfnissen betrachtet werden. Das Angebot sollte immer auf die individuellen

Wünsche und Bedürfnisse abgestimmt werden (vgl. Irblich, Stahl 2003, 356- 361);(vgl. Achilles 2005, 11- 31); (vgl. Offenhaus 2006, 20-23); (vgl. De Vries 2008)

7.2. Sexuelle Partnerschaft

Junge Erwachsene mit intellektueller Behinderung empfinden den neuen Lebensabschnitt nach Kindheit und Schulzeit meist positiv. Andere Formen der Selbstständigkeit (Beruf, Wohnen und Partnerschaft) werden von den einstigen Abhängigkeiten der Kindheit abgelöst. Die Erfüllung des Wunsches, mit einer Partnerin/mit einem Partner eine Beziehung einzugehen, kann eine weitere Form der Normalität für die Betroffenen herstellen.

„Ich möchte heiraten, aber ich habe Angst, dass ich mit der Frau nicht zurecht komme.“
„Das Leben ist nicht schön, weil ich nie heiraten und Kinder haben kann“ (Speck 2005, 328).

Diese und viele ähnliche Aussagen zeigen, dass der Wunsch nach „Normalität“ genauso wie bei nicht behinderten Menschen besteht. Jedoch zeigt sich, dass die Verwirklichung der Wünsche wegen der Behinderung als unüberwindbares Hindernis betrachtet wird (vgl. Speck 2005, 328).

Anders als bei nicht behinderten Menschen kann die Tatsache, wegen der Attraktivität des Körpers und der Persönlichkeitsstruktur geliebt zu werden, einen anderen Stellenwert einnehmen, da sie von frühster Kindheit an in einem ständigen Abhängigkeitsverhältnis zu den Eltern und BetreuerInnen standen (vgl. Walter 2005, 35).

Speziell bei der Partnersuche wird dieser Personenkreis oftmals direkt mit der Behinderung und der damit verbundenen Problematik konfrontiert (vgl. Speck 2005, 328).

Bereits in den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts wurde, nach einer Untersuchung von Walter (zit. n. Pixa-Kettner 1996), die Wichtigkeit von Sexualität bei Menschen mit intellektueller Behinderung in Wohnheimen thematisiert. Über 80% der MitarbeiterInnen von Institutionen erkannten die Relevanz von Sexuaufklärung und Verhütungsmaßnahmen sowie die Anerkennung von Partnerschaft innerhalb der Einrichtungen (vgl. Pixa-Kettner 1996, 176) Jedoch erschwerten räumliche Rahmenbedingungen (z.B. geschlechtgetrennte Wohnformen), fehlende Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen bezüglich Sexualität und Behinderung, Tabuisierung der

Thematik,... einen professionellen Zugang bezüglich individueller Förder- und Unterstützungsmaßnahmen (vgl. Ortland 2005, 181); (vgl. Sielert, Valtl 2000, 50f); (vgl. Irblich, Stahl 2003, 357); (vgl. Achilles 2005, 35).

Die geschlechtsgetrennten Wohnformen oder Mehrbettzimmer wurden durch offene WGs, Betreutes Wohnen nach und nach abgelöst, wenngleich auch heute nur 40% der Erwachsenen Menschen mit intellektueller Behinderung außerhalb des ehemaligen Elternhauses wohnen (vgl. Badelt 2003, 301ff); (vgl. Heinz- Grimm 2005, 430).

Unter der Bezugnahme der Antidiskriminierung dieser Personengruppe sollte der Wunsch nach Sexualität, Partnerschaft und Kindern Rechnung getragen werden und in einem geeigneten Kontext über Möglichkeiten und Grenzen der Umsetzung der eigenen Bedürfnisse und Wünsche gesprochen werden. Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung dürfen wegen ihrer Behinderungsart nicht von der Erfüllung dieser Wünsche und Bedürfnisse ausgeschlossen werden. Sie benötigen bei der Umsetzung Hilfestellungen und Unterstützung (z.B. in Form von Sexualassistenz und ähnlichem) (vgl. Leue- Käding 2004, 48-51); (vgl. Bergeest 2007, 242-244).

WohnheimbetreuerInnen, LehrerInnen und Angehörige stehen hierbei vor einer neuen Herausforderung, da sie diesen Personenkreis zu einer möglichst unbeeinflussten Form ihres individuell gestalteten Sexualformen (Ehe, Partnerschaft,...) begleiten sollten (vgl. Greving, Ondracek 2009, 69). Hierbei scheint es von besonderer Relevanz, dass entsprechende professionelle Hilfestellungen unter der Einbeziehung der individuellen Bedürfnisse der Menschen mit intellektueller Behinderung betrachtet werden. Dabei sollte auch beachtet werden, dass der Wunsch nach einer Partnerschaft bei dieser Personengruppe (zunächst) häufig nicht unbedingt dem Bedürfnis entspringt, ein sexuelles Verhältnis einzugehen, als primär dem Wunsch nach Nähe und Geborgenheit. Geschlechtsverkehr wird in diesem Kontext - anders als bei nichtbehinderten Menschen - oftmals ein untergeordneter Stellenwert beigemessen (vgl. Huber 2005, 25-26); (vgl. De Vries 2008).

In Österreich wurde im Rahmen von Diplomarbeiten über sexualpädagogische Maßnahmen in Wohnheimrichtungen geforscht. Nach einer Untersuchung von Istenitis und Elsigan (2008) konnte festgestellt werden, dass die Einrichtungen das Thema Sexualität nicht mehr tabuisieren. Sexualitätsbezogene Maßnahmen werden den individuellen Wünschen und der Behinderungsart der KlientInnen angepasst. Gezielte Fördermaßnahmen sind umfassend; sie reichen von der Unterstützung beim Wunsch

nach Intimität und Partnersuche, bis zu spezieller Hilfestellung für das Spüren des eigenen Körpers. Ferner zeigte sich, dass die BetreuerInnen primäre Ansprechpersonen für Gespräche über Sexualität sind. Allerdings werden sexualitätsbezogene Themen nicht im Rahmen von Projekten oder Workshops in Wohnheimenrichtungen angeboten (vgl. Istenits, Elsigan 2008, 201-210).

7.3. Unterstützungsmaßnahmen

Die Umsetzung gestaltet sich jedoch immer noch schwierig. Die Grenzen zwischen Hilfestellung (z.B. Anlegen eines Kondoms, Beihilfe zur Masturbation), sexueller Assistenz und Übergriffen oder Missbrauch sind oft verschwommen. Letztlich kann nur im Einzelfall entschieden werden, wie Handlungen zu beurteilen sind, wobei Entwicklungsstand und Alter, bereits stattgefundenere Sexualerziehung und biografische Aspekte, das Verhältnis der betroffenen Personen zueinander und der institutionelle Rahmen zu berücksichtigen sind. In jedem Fall stellt diese Aufgabe für das Personal eine große Anforderung dar (vgl. Walter 2005, 119). Prinzipiell müssen auch die MitarbeiterInnen einer Einrichtung entscheiden, welche Formen der Unterstützung sie selbst mittragen können und wollen und welche nicht. Es darf verständlicherweise kein/e MitarbeiterIn dazu verpflichtet werden, sexuelle Assistenz anzubieten. In England wird diese Hilfestellungen, wenngleich sehr selten, von BetreuerInnen durchgeführt (vgl. Offenhausen 2006, 32- 33). Zusätzlich können eigens geschulte SexualassistentInnen als externe Fachpersonen begleitenden Hilfestellungen für ein erfülltes Sexualleben übernehmen. Dies wird in einigen mitteleuropäischen Ländern diskutiert, in einigen, wie z.B. Holland, auch bereits praktiziert. In Österreich gibt es diesbezüglich zwar Initiativen (vgl. www.sexualbegleitung.at, Download am 17.02.2011), die gesetzlichen Regelungen erlauben jedoch nur in sehr eingeschränktem Maße, Menschen mit Beeinträchtigung sexuell zu unterstützen (vgl. De Vries 2008). Eine weitere mögliche Form stellt die sexuelle Befriedigung durch speziell ausgebildete Prostituierte dar (vgl. Achilles 2005, 37). In Österreich findet sich in der Literatur wenig über diese erweiterte Dienstleistung. In Deutschland werden diese Leistungen, wenn gleich selten, von eigens ausgebildeten Fachkräften angeboten. Ferner werden Kontaktinserate für Partnersuche in Zeitschriften für Menschen mit intellektueller Behinderung bereitgestellt (vgl. Achilles 2005, 94-98). Eigene Vereine bieten ebenfalls Workshops und Seminare für Menschen mit

intellektueller Behinderung zum Kennenlernen, Partnersuchen,... an (vgl. www.senia.at, Download am 17.02.2011); (vgl. www.libida.at, Download am 17.02.2011)

7.4. Kinderwunsch

Der Wunsch, ein eigenes Kind zu zeugen und groß zu ziehen, muss je nach Art der Behinderung differenziert betrachtet werden. Prinzipiell dürfen Menschen mit intellektueller Behinderung auch in diesem Teil ihrer weiteren Lebensplanung nicht benachteiligt werden (vgl. Achilles 2005, 75); (vgl. Lebenshilfe 2009). Bei Personen mit Beeinträchtigungen ist der Kinderwunsch im Allgemeinen genauso stark ausgeprägt wie in der Restbevölkerung, abgesehen von Fällen, in denen die Schwere der Behinderung die Zeugung oder Versorgung eines Kindes von vorneherein ausschließt (vgl. Pixa- Kettner, Bargfrede, Blanken, 310); (vgl. Pixa- Kettner 1996); (vgl. Hahn 2002). Falls die intellektuelle Einsichtsfähigkeit gegeben ist, kann dieser Personenkreis meist gut und rational entscheiden, ob ein Leben mit einem oder mehreren Kindern möglich ist und welche Hilfestellungen es ev. braucht, um die Familie zu unterstützen (vgl. Achilles 2005, 77); (vgl. Hahn 2002). Oftmals treffen potentielle Eltern mit Beeinträchtigungen jedoch trotz Kinderwunsch die Entscheidung, keine Kinder zu bekommen (z.B. weil der Aufwand „zu groß“ wäre, weil es an Unterstützung, auch emotionaler, mangelt, weil sie „ihren Kindern so ein Leben ersparen möchten“, weil Angst vor einer Vererbung einer Beeinträchtigung besteht). Bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen hängt sowohl die Ausprägung wie auch der Umgang mit dem Wunsch nach eigenen Kindern stark von der Art und Schwere der Behinderung ab. Prinzipiell wünschen sich relativ viele Menschen mit Beeinträchtigungen Kinder, um sozusagen auch (oder wenigstens) in diesem Bereich „normal“ zu funktionieren (vgl. Wilken, Jeltsch-Schudel 2003,166); (vgl. Walter 2005, 294- 295).

Nach einer Studie (Pixa- Kettner, Bargfrede, Blanken 2005) bekamen einige der Eltern mit Beeinträchtigung nach der Geburt des Kindes eine eigene Wohnung. Dieser Personenkreis erhielt durch die Schwangerschaft zusätzliche Unterstützung, da werdende Eltern vor der Schwangerschaft meist in WGs wohnten. Durch das erwartende Kind konnten sie in ihrer Wohnsituation ein weiteres Stück Selbstständigkeit erlangen. Die Einsicht, inwieweit für ein oder mehrere Kinder gesorgt werden kann und welche weitreichende Verantwortung dies mit sich bringt, ist aber nicht immer gegeben (vgl.

Pixa- Kettner, Bargfrede, Blanken 2005, 305ff). Trotzdem sehen viele Frauen in dieser Aufgabe eine Bestätigung in ihrer Frauenrolle, unabhängig von der Tatsache, tatsächlich für das Kind sorgen zu können. In ihrer Wahrnehmung stellt eine Schwangerschaft oftmals die (einzige) Chance dar, sich der elterlichen Fürsorge zu entziehen und ein (vermeintlich) eigenständiges Leben zu führen (vgl. Achilles 2005, 81). Durch qualifizierte Beratungseinrichtungen können Informationen eingeholt werden, welche maßgeblich die Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft beeinflussen (vgl. www.senia.at, Download am 09.02.2011); (vgl. www.isp-dortmund.de, Download am 09.02.2011).

Bei einer Untersuchung (Pixa-Kettner 1996) gaben Mütter und Väter mit intellektueller Behinderung an, dass sie sich eine bessere Zukunft für ihre Kinder wünschen, da sie oft mit Zurückweisungen und Stigmatisierungen leben mussten. Personen aus einem instabilen Elternhaus können hierbei Gefahr laufen, die Wünsche und Bedürfnisse ihres Kindes wegen eigener traumatischer Erlebnisse sowie mangelndem Wissen nicht zu erkennen. Bei werdenden Müttern und Vätern kann je nach Grad der Unterstützung durch Angehörige und pädagogisches Betreuungspersonal die Qualität des Kindeswohls erheblich gesteigert werden. Individuelle Wünsche und Bedürfnisse der Familie sollten berücksichtigt werden. Begünstigt wird diese Komponente ebenfalls, wenn dem Kind für seine Entwicklung beide Elternteile zur Verfügung stehen. Die Begleitung der Familie stellt eine zentrale Bedeutung dar (vgl. Achilles 2005, 77); (vgl. Pixa- Kettner 1996). Doch auch Angehörige brauchen in dieser Phase Unterstützung und Begleitung. Die Angst, bei der Schwangerschaft eines behinderten Angehörigen letztlich selbst die Pflege für ein (weiteres) Kind übernehmen zu müssen, verhindert oftmals die Auseinandersetzung mit der prinzipiellen Fortpflanzungsfähigkeit und den Wünschen und Bedürfnissen der behinderten Angehörigen. Dies führt auch häufig dazu, dass Menschen mit Beeinträchtigungen das Kind gleich nach der Geburt weggenommen wird, da von vorneherein angenommen wird, sie könnten es nicht versorgen. Die intensive Betreuung während der Schwangerschaft wird in diesen Fällen häufig nach der Geburt des Kindes nicht weitergeführt, was zu weiteren Verletzungen und auch Traumatisierungen führen kann. Oftmals verstehen die Frauen gar nicht, warum ihnen das Kind weggenommen wurde (vgl. Pixa-Kettner 1996, 69-70); (vgl. Hahn 2002). Jedenfalls stellt diese Praxis einen schweren Eingriff in die Menschenrechte behinderter Menschen dar. Ferner laufen Menschen mit intellektueller Behinderung sowie deren Kinder bei mangelnder externer

Unterstützung Gefahr, vom sozialen Umfeld sehr isoliert zu leben (vgl. Klein 2000, 155-157).

Mit entsprechender Unterstützung durch Betreuung und Assistenz sind jedoch auch Menschen mit Behinderungen oftmals erstaunlich gut in der Lage, für Kinder zu sorgen und wachsen im wahrsten Sinne an dieser Aufgabe. Dass das Wohl des Kindes/der Kinder in jedem Fall gesichert sein muss, versteht sich von selbst (vgl. Achilles 2005, 77).

7.5. Homosexualität

Prinzipiell wird zwischen zwei Formen der Homosexualität unterschieden.

- Not- oder Zwangshomosexualität
- Neigungshomosexualität

(Not- oder Zwangs-) Homosexualität konnte oftmals auf Grund bestimmter Wohnformen (z.B. getrenntgeschlechtliche Wohnformen, Anstaltsaufenthalt,...) speziell bei älteren Menschen mit und ohne Behinderung beobachtet werden. Durch offene Wohnformen, sowie das Ermöglichen und Fördern von heterosexuellen Beziehungen und Partnerschaften wird diese Form immer seltener beobachtet (vgl. Irblich, Stahl 2003, 357); (vgl. Schlick 2004, 41- 42). Der Schwerpunkt in diesem Kapitel liegt daher auf der Neigungshomosexualität.

7.5.1. Allgemeine gesetzliche Bestimmungen zur Homosexualität

Ähnlich wie Menschen mit intellektueller Behinderung wurden gleichgeschlechtlich orientierte Menschen geschichtlich verfolgt, stigmatisiert. In der NS Zeit wurden sie in Konzentrationslager gebracht und dort überwiegend ermordet. Dieser Personenkreis erfährt trotz zunehmender Akzeptanz noch immer eine Tabuisierung und Stigmatisierung. So liegt das Schutzalter für gleichgeschlechtlichen Kontakt zwischen Männern mit 18 Jahren deutlich über jenem von heterogeschlechtlichem Kontakt. Bis 1975 waren gleichgeschlechtliche Beziehungen per Gesetz sogar gänzlich verboten (vgl. Perner 1999,

45). „Bis zur Kleinen Strafrechtsreform, die die sogenannte ‘einfache Homosexualität‘ zwischen Erwachsenen entkriminalisierte, wurden von 1950 bis 1971 etwa 13 000 ÖsterreicherInnen wegen ‘wiedernatürlicher Unzucht‘ verurteilt, davon etwa 5% Frauen“ (Perner 1999, 45).

Diese soziale Stigmatisierung wirkt bis heute nach, so dass es Jugendlichen und Erwachsenen schwer fällt, sich gemäß ihrer sexuellen Orientierung zu outen (vgl. Schlick 2004, 41).

7.5.2. Soziale Aspekte

Heranwachsende Menschen benötigen bei der Identitätsfindung und dem Festigen ihrer sexuellen Neigung Hilfestellung und Unterstützung. So wie bei der Entfaltung der Heterosexualität orientieren sich Menschen mit und ohne Behinderung an ihrem sozialen Umfeld. Einstellungen und Werthaltungen prägen die weitere Entwicklung im Sinne eines erfüllenden Sexuallebens.

Angehörige, BeraterInnen sowie pädagogisches Personal fällt es auf Grund ihrer eigenen Vorstellungen und Werthaltung oftmals schwer, dieser Thematik möglichst vorurteils- und wertfrei zu begegnen. Vorbehalte und Peinlichkeiten können unreflektiert projiziert werden. Ferner kann diese Neigung auch seitens BetreuerInnen als Bedrohung interpretiert werden (vgl. Ortlund 2008, 128).

Nicht alle Jugendlichen, die sexuelle Erfahrungen mit gleichgeschlechtlichen Personen gesammelt haben, gelten als schwul oder lesbisch. Eindeutige Indizien, welche auf eine homo- bzw. heterosexuelle Lebensform deuten, lassen sich nicht definieren. Bei Zweifel der sexuellen Orientierung können Beratungsstellen Hilfe und Unterstützung bieten. Diese Angebote bieten oftmals neben szenenbezogenen Lokalen und Vereinen die einzige Chance für ein mögliches, professionell begleitetes „Coming out“, da homosexuelle, behinderte Menschen bereits ab dem Schulalter keine langfristige, qualifizierte Unterstützung und Hilfe erfahren bzw. erwarten dürfen (vgl. Weidinger, Kostenwein, Dörfler 2007, 129-133); (vgl. Achilles 2005, 86- 91).

Homosexualität wird bei einem erheblichen Teil der Eltern und LehrerInnen weitgehend tabuisiert und vom Unterricht ausgeklammert. Jugendliche mit keiner heterosexuellen Orientierung laufen Gefahr, sich nicht austauschen zu können. Die negative Haltung bezüglich Homosexualität und Bisexualität kann nach einer Untersuchung (Hopf 2002)

Suizidversuche bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen begünstigen (vgl. Hopf 2002 zit.n. Ortland 2008, 128).

Auch unter Gleichaltrigen bzw. in der Peergroup erfahren homosexuelle Jugendliche und junge Erwachsene häufig abwertende Äußerungen und Stigmatisierung- bzw. erfahren bei einem „coming out“ diese Geringschätzung (vgl. Timmermanns (2003), zit.n. Ortland 2008, 128).

Viele Betroffene leben, wegen der Angst vor Stigmatisierung, Ausgrenzung, Verlust des Jobs oder der - häufig nicht unbegründeten – Befürchtung, dass Familie oder FreundInnen sich abwenden, lange mit großen seelischen Konflikten ein sozial angepasstes Leben. Eine besondere Belastung stellt Homosexualität für Menschen mit intellektueller Behinderung dar.

7.5.3. Probleme bei Menschen mit intellektueller Behinderung

Menschen mit intellektueller Behinderung erfahren in diesem Kontext eine weitere Behinderung.

- Behinderung (intellektuell und körperlich)
- Vorurteile bezüglich Sexualität und Behinderung
- Tabuisierung der Homosexualität

Es gibt wenige Aufzeichnungen darüber, wie Menschen mit intellektueller Behinderung ihre gleichgeschlechtliche Neigung empfinden. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieser Personenkreis auch in szenenbezogenen Lokalen auf Grund ihrer Behinderungsart stigmatisiert wird. Mögliche gefährliche Situationen (bezüglich Erkrankungen, Übergriffe,...) sind für Menschen mit intellektueller Behinderung überwiegend schwer erkennbar und nachvollziehbar. Aber auch Angehörigen fällt es schwer, den homosexuellen Kontakten und Neigungen ihres Nachwuchses zu begegnen. Oftmals stellt diese Thematik eine Überforderung dar. Sie werden meist durch LehrerInnen oder Pflegepersonal mit den Neigungen ihres Sohnes/ihrer Tochter konfrontiert, dann aber oftmals nicht weiter betreut. Dabei wäre spezielle Beratung sowie individuelle Hilfestellung gerade in diesen Fällen besonders wichtig (vgl. Schlick 2004, 41); (vgl. Achilles 2005, 86- 91); (vgl. Ortland 2008, 127-129)

8. Sexualpädagogische Institutionen und Projekte

Im folgenden Kapitel soll ein Auszug sexualpädagogische Einrichtungen vorgestellt werden. Der Schwerpunkt liegt im österreichischen Beratungsangebot sowie die Vertiefung von dem Projekt Special Love Talks bei jener die Interviews im weiteren Forschungskapitel stattfanden.

8.1. Sexualpädagogische Einrichtungen in Österreich

Institut für Sexualpädagogik (ISP)

Das Institut für Sexualpädagogik mit Sitz in Wien und Dortmund bietet sexualpädagogische Beratungsgespräche an. Neben Jugendlichen und Eltern können Menschen mit intellektueller Behinderung jenes Angebot nutzen.

Ferner bietet ISP Ausbildungslehrgänge zum Sexualpädagogen/ zur Sexualpädagogin an. Basisworkshops für pädagogisches Personal und sexualpädagogische Workshops für Schulklassen beinhaltet das Leistungsangebot der Institution. Aktuelle Fachvorträge können im Internet unentgeltlich gelesen werden. Veröffentlichungen zum sexualpädagogischen Arbeitsfeld sowie Kontaktdaten, Programme und Angebote finden sich ebenfalls auf der Homepage (vgl. www.sexualpädagogik.at, Download am 08.12.2011); (vgl. www.isp-dorthmund.de, Download am 08.12.2011).

Verein Senia

Der Verein Senia (Niederlassung in Linz) mit dem Leitmotiv „Enthinderung der Sexualität“ bietet ihr Leistungsspektrum speziell für Menschen mit intellektueller Behinderung, deren Angehörige und für pädagogisches Personal an. In deren Angebot finden sich unter anderem Gruppen- und Themenbezogene Workshops und Veranstaltungen. Menschen mit intellektueller Behinderung können an themenbezogenen Veranstaltungen über Flirten, Kennenlernen, Aufzeigen von Grenzen (z. B. bei Zudringlichkeit), teilnehmen. Für Angehörige bietet Senia Seminare zu relevanten

sexualpädagogischen Themen der Pubertät und Erwachsenwerden bei Menschen mit intellektueller Behinderung an. Ratsuchendes Pädagogisches Personal von Einrichtungen (Wohnhäuser und Werkstätten) findet bei jener Institution Hilfestellungen, wie Menschen mit intellektueller Behinderung bezüglich ihrer Sexualität begleitet und unterstützt werden können. Aktuelle Angebote, Projekte und Termine lassen sich auf der Homepage nachlesen (vgl. www.senia.at, Download am 16.11.2011).

Fachstelle Hautnah

Ein ähnliches Leistungsspektrum kann bei der Fachstelle Hautnah (stationiert in Kalsdorf bei Graz) gefunden werden.

- Seminare: Hautnah bietet Seminare für BetreuerInnen und Angehörige zu diversen sexualitätsbezogenen Themenschwerpunkten (Rolle als Mann oder Frau, Thematisieren von Grenzen,...) an (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011).
- Materialien: Bei der Beratungsstelle können bezüglich sexualpädagogischer Themen Lern- und Unterrichtsmaterialien für Menschen mit intellektueller Behinderung bestellt werden (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011)
- Libida- Sexualbegleitung: Libida bietet Sexualassistenz für Menschen mit intellektueller Behinderung an. m Vordergrund steht das sinnliche Erleben und Berühren des eigenen Körpers, Hilfestellungen bei der Masturbation,... (vgl. www.sexualbegleitung.at, Download am 30.11.2011).
- Beratungsangebote: Bei sexualitätsbezogenen Problemen können sich alle Personengruppen (Menschen mit intellektueller Behinderung, Angehörige und pädagogisches Personal) an die Institution wenden.
- Erotikworkshops: Hautnah bietet themenbezogene Workshops zum Anbahnen von Beziehungen, sowie das Vorstellen der Sexualbegleitung für Menschen mit intellektueller Behinderung an. (vgl. www.alphanova.at, Download am 30.11.2011).

8.2. „Love Talks“; „Special Love Talks“

8.2.1. „Love Talks“ (LT)

Die Entstehung des Projektes Love Talks beruhte auf mangelnder Umsetzung des Erlasses für Sexualerziehung an österreichischen Schulen (vgl. Schlick 2004, 79).

„Dieser Missstand im Sexualunterricht veranlasste 1985 das Österreichische Institut für Ehe und Familie unter Förderung des Bundesministeriums für Unterricht, Kunst und Sport, sowie des Bundesministeriums für Umwelt, Jugend und Familie vom Land Niederösterreich und des Pädagogischen Instituts des Bundesland Salzburg, eine empirische Studie durchzuführen. Das Forschungsprojekt, durchgeführt von Cizek & Schattovits (1987) machte sich die damalige aktuelle Situation der schulischen und familiären Sexualerziehung, sowie die Realisierung des Sexualerziehungserlasses, zum Inhalt“ (Schlick 2004, 79).

An jener Datenerhebung nahmen drei Personengruppen

- 307 Eltern
- 172 LehrerInnen und
- 864 SchülerInnen

Teil (vgl. Schlick 2004, 79).

Beruhend auf Datenerhebungen an österreichischen Schulen konnten folgende Kritikpunkte aufgezeigt werden (vgl. BZgA 2002, 18); (vgl. www.gesundleben.at, Download am 09.12.2011).

”

- Sexualerziehung wird, wenn überhaupt, nur in den Fächern Biologie (wissensorientiert) und Religion (wertorientiert) durchgeführt.
- Dem Prinzip des fächerübergreifenden Unterrichts wird nicht Rechnung getragen.
- Das Thema `Sexualerziehung` wird in Lehrerkonferenzen kaum thematisiert.
- Eine Zusammenarbeit zwischen Eltern und LehrerInnen z.B. in Form von Elternabenden ist nicht gegeben.

- Auf die Frage, wie sich Eltern und LehrerInnen die Zusammenarbeit bezüglich Sexualerziehung vorstellen können, antworteten mehr als die Hälfte beider Gruppen: in Form von Arbeitskreisen“(www.gesundleben.at, Download am 09.12.2011).

Jene Ergebnisse trugen zur Entwicklung des Modells in Form von Arbeitskreisen bei. Zielsetzung von Love Talks kann in der Förderung der Kommunikation bezüglich sexualitätsbezogenen Themen zwischen Eltern LehrerInnen und SchülerInnen gesehen werden. Oftmals besteht vor der Teilnahme an sexualpädagogischen Projekten seitens der Eltern und LehrerInnen Zweifel an einem gemeinsamen Kontext bezüglich Sprache über Sexualität zu finden:

”

- Dürfen wir, als Erwachsene, uns in die Intimsphäre der Jugendlichen einmischen?
- Finden wir die angemessene Sprache, die sich nicht anbiedert- einerseits sachorientiert ist und andererseits Spielraum für Gefühle lässt?
- Ist so ein Gespräch über Sexualität für uns Erwachsene, die wir als Eltern oder LehrerInnen ja ganz verschiedene Rollen in Bezug auf die Kinder und Jugendlichen wahrnehmen, überhaupt möglich?
- Wollen wir überhaupt die Nähe zulassen, die sich da entwickeln kann?“ (BZgA 2002, 10)

Daraus kann abgeleitet werden, dass umfassenden Informationen von Love Talks im Vorfeld ein zentraler Stellenwert beigemessen wird. Ein/e ModeratorIn stellt zunächst das Projekt im Rahmen einer Konferenz, eines Elternabends, etc..., vor. In ausgewählten Klassen (Projektklassen) soll Love Talks durchgeführt werden. Die Beteiligten (LehrerInnen und Eltern) entscheiden sich beim Vorstellen des Projektes, ob sie daran teilnehmen möchten. Für Kinder und Jugendliche nehmen Eltern und LehrerInnen bei der Behandlung und Besprechung von sexualitätsbezogenen Themen eine Vorbildfunktion ein. Als häufigste GesprächspartnerInnen werden Eltern und als zweithäufigste LehrerInnen von Kindern und Jugendlichen gewählt. An diesem Punkt setzt Love Talks an. Ein offener Zugang, über sexualitätsbezogene Themen innerhalb der Familie zu sprechen, kann maßgebend zu einer Wissenserweiterung bezüglich

Verhütungsmethoden, Hintergrundwissen über ansteckende Erkrankungen,... beitragen (vgl. BZgA 2002, 15; 28).

Insgesamt finden fünf Arbeitskreise statt und sind in folgenden Schritten unterteilt:

„1-3. Arbeitskreistreffen: Über Sexualität reden:

- Ziel:
 - Kennenlernen der TeilnehmerInnen
 - Gemeinsamer Austausch
 - Abbau von Unsicherheit und Ängsten
- TeilnehmerInnen sprechen über selbst gewählte Themen der Sexualität
- Themenaufbereitung erfolgt bedürfnisorientiert
- ModeratorIn:
 - Führt die Gruppe
 - Bringt Methoden, Wissen und Materialien (Bücher, Videos etc.) zu den Themen ein“ (BZgA, 2002, 28).

„4.+ 5. Arbeitskreistreffen: gemeinsam ein Projekt planen

- Ziel: gemeinsame Erarbeitung eines schulischen Sexualerziehungsprojektes
- Inhalte für Workshops, Exkursionen, Veranstaltungen werden miteinander diskutiert und ausgewählt
- Die ModeratorInnen leiten und unterstützen die Projektplanung. Am Ende dieser Phase liegt ein konkret ausgearbeitetes Projekt vor“ (BZgA, 2002, 28).

Das Projekt ist in zwei Altersgruppen gegliedert:

Projekt für Jugendliche unter 15 Jahren

Die aktive Teilnahme dieser Personengruppe ist bei Love Talks nicht vorgesehen.

Heranwachsende unter fünfzehn Jahren werden aufgefordert, sexualitätsbezogene Themen, Fragen und weiterführende schulische Projektvorstellungen in die Arbeitskreise anonymisiert einzubringen. Dies bietet den Heranwachsenden Schutz, die Fragen nicht im öffentlichen Kreis (z.B. vor LehrerInnen und SchülerInnen) direkt zu stellen. Die dazwischenliegenden Arbeitskreise finden ohne den Jugendlichen statt. Die Arbeitskreise

sollen Zeit und Raum bieten, unter Leitung der ModeratorInnen von Love Talks mit LehrerInnen und Eltern ins Gespräch zu kommen- bzw. sich ferner über sexualitätsbezogenen Themen auszutauschen.

Im letzten Arbeitskreis werden unter der Teilnahme aller Personengruppen (Eltern, LehrerInnen und SchülerInnen) die eingebrachten Fragen und Themen behandelt. Ferner sollen erarbeitete Projekte vorgestellt werden (vgl. BZgA 2002, 26).

Projekte für Jugendliche ab 15 Jahren

Ab jenem Alter können Heranwachsende bei allen Arbeitskreisen aktiv teilnehmen. Sie tragen so wie LehrerInnen und Eltern maßgeblich bei der Mitgestaltung diverser Projekte während und auch nach der Veranstaltung Love Talks bei (vgl. BZgA 2002, 26- 30); (vgl. www.gesundleben.at, Download am 09.12.2011).

8.2.2. „Special Love Talks“ (SLT)

Special Love Talks ist die Weiterentwicklung von Love Talks in das pädagogische Arbeitsfeld von Menschen mit intellektueller Behinderung. Es existiert in dieser Form bereits seit dem Jahr 1999 (vgl. Schlick 2004, 82).

„Vor der Lebenshilfe Salzburg wurde zusammen mit dem Österreichischen Institut für Familienforschung (ÖIF) das Sexualerziehungsmodell „Love Talks“ (entwickelt von Dr. Brigitte Cizek und Dr. Helmuth Schattovits) speziell für geistig behinderte Menschen adaptiert“(www.oif.ac.at, Download am 08.10.2011).

Die Teilnahme an SLT beruht wie bei LT auf Freiwilligkeit und findet an den jeweiligen Institutionen (z.B. Werkstätten oder Wohnhäuser) statt. Ein ausgebildetes ModeratorInnenpaar, bestehend aus einem Mann und einer Frau, leiten das Projekt am Veranstaltungsort. Als Zielsetzung von „Special Love Talks“ kann - ebenfalls in einer Qualitätssteigerung - themenbezogene Kommunikation zwischen den Personengruppen:

- Eltern
- Menschen mit intellektueller Behinderung und
- BetreuerInnen

gesehen werden (vgl. www.oif.ac.at, Download am 08.10.2011)

Besonderen Stellenwert nehmen bei der Umsetzung des Projektes im heil- und integrativpädagogischen Bereich bereits thematisierte Problematiken über vorurteilsbehaftete Einstellungen und Wertehaltungen bezüglich Sexualität und Behinderung ein. Es bedarf umfassender Informationen zur Unterstreichung der Wichtigkeit von Sexualität auch für Menschen mit intellektueller Behinderung sowie geeignete Informationen, um TeilnehmerInnen für das Projekt zu gewinnen. Besonders für Angehörige bedeutet der Besuch von SLT eine vertiefende Auseinandersetzung mit der Sexualität ihres Sohnes/ ihrer Tochter.

Hier setzt SLT an. Es sollen Strategien erarbeitet werden, welche für alle Beteiligten (Menschen mit intellektueller, Eltern und BetreuerInnen) das Behandeln sexualpädagogischer Themen verbessern.

Das Projekt besteht ebenfalls aus fünf Arbeitskreisen. Pro Treffen stehen 3 Stunden zur Verfügung. In den ersten drei Einheiten werden neben dem Vorstellen der TeilnehmerInnen selbst gewählte Themen (von den Eltern, BetreuerInnen und Menschen mit intellektueller Behinderung) behandelt. Diese finden Personengruppenspezifisch statt. Eltern und BetreuerInnen sowie Menschen mit intellektueller Behinderung werden in den ersten drei Arbeitskreisen getrennt.

Es sollte beruhend auf dem Konzept von LT den TeilnehmerInnen Gelegenheit bieten, sich über sexualitätsbezogene Themen zu informieren und auszutauschen. Für Menschen mit intellektueller Behinderung stellt die geeignete Wahl der Unterrichtsmaterialien, sowie die vereinfachte Sprache eine zentrale Bedeutung dar.

Im vierten und fünften Arbeitskreis werden alle Personengruppen zusammengeführt. Es sollen weiterführende Projekte (z.B. Tanzkurs, Schminkworkshop,...) besprochen werden, welche nach den Arbeitskreisen an den Institutionen selbstständig durchgeführt werden sollen.

Ziele von „Special Love Talks lassen sich nach Schlick in folgende Teilbereiche zusammenfassen (vgl. Schlick 2004, 108- 116):

„

1. Die Kommunikation zwischen allen Beteiligten soll gefördert werden.

2. Das Sprechen über das Thema und der Umgang mit dem Thema Sexualität sollen erlernt werden.
3. Das Modell soll Möglichkeiten der Prävention von psychischer und physischer Gewalt, insbesondere sexueller Gewalt, schaffen.
4. Sexualpädagogische Themen sollen allen Beteiligten bedürfnisgerecht näher gebracht werden.
5. Neue Wege und Möglichkeiten der sexualpädagogischen Begleitung von Menschen mit geistiger Behinderung sollen aufgezeigt werden.
6. Eltern und Betreuer sollen in ihrer sexualpädagogischen Erziehung kompetent begleitet werden.
7. Eigene Ressourcen sollen bei allen Beteiligten entdeckt und genutzt werden
8. Lösungsmöglichkeiten für Konflikte sollen aufgezeigt werden“ (Schlick 2004, 115).

In der Dissertation von Schlick (2004) über SLT lag der Fokus darauf, Veränderungsprozesse durch den Besuch des Modells herauszuarbeiten. Es wurde nicht gefragt, in welcher Art und Weise bereits vor diesem Projekt sexualitätsbezogen gearbeitet wurde bzw. wie die BewohnerInnen der Einrichtungen bisher, z.B. durch ihre Eltern oder die Schule, begleitet wurden. Auch war es nicht Gegenstand der Forschung, welche Unterstützung Erziehungsberichtigte bei sexualitätsbezogenen bzw. sexualpädagogischen Fragen während der Kindheit und Jugend erhielten. Schlick verweist darauf, dass nach dem Projekt „Special Love Talks“ eine weiterführende Begleitung notwendig erscheint. Die einmalige Teilnahme an diesem Projekt reicht für die Komplexität dieser Thematik offensichtlich nicht aus (vgl. Schlick 2004, 213).

Trotz des überwiegend positiven Feedbacks führt Schlick 4 vier Hauptkritikpunkte am Modell „Special Love Talks“ an:

1. „Zu wenig Zeit für das Thema
2. Zu allgemeine Themenaufbereitung
3. Wunsch nach mehr gemeinsamem Arbeiten mit den Menschen mit geistiger Behinderung
4. Wunsch nach zusätzlicher Hilfestellung auch nach Abschluss des Modells und während der Projektdurchführung“ (Schlick 2004, 211-212).

9. Forschungsteil

9.1. Forschungsfrage

Im Forschungsteil soll analysiert werden, wie Eltern bei der psychosexuellen Entwicklung ihrer intellektuell behinderten Kinder bis in das Erwachsenenalter begleitet wurden. In der Befragung sollen Angehörige auch über die Nutzung von Beratungsangeboten und sexualpädagogische Projekte Auskunft geben.

Wie bereits erläutert, fällt es den Eltern häufig schwer, über sexualitätsbezogene Themen zu sprechen. In der Evaluation des Modells „Special Love Talks“ zeigt sich, dass Eltern mehr Zusammenarbeit mit ihren intellektuell behinderten Kindern während der Arbeitskreise wünschen (vgl. Schlick 2004, 211- 212). Auch besteht, wie bereits im Theorieteil ausgeführt, der Bedarf nach weiterführenden Maßnahmen bzw. Unterstützung durch die Schule und entsprechend ausgebildete Fachkräfte.

Die Forschungsfrage lautet daher:

Welche Unterstützung erfahren Eltern bei der psychosexuellen Entwicklung ihrer intellektuell behinderten Kinder? Welche Maßnahmen wären notwendig?

Kann das Projekt Special Love Talks helfen, besser auf sexualitätsbezogene Probleme zu reagieren?

Unter Berücksichtigung des sexualpädagogischen Beratungs- und Weiterbildungsangebotes für Eltern und Angehörige in Österreich liegt der Fokus der Untersuchung auf der Befragung von Eltern, die am Projekt „Special Love Talks“ (SLT) teilgenommen haben. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden folgende Hypothesen aufgestellt.

9.2.Forschungshypothesen

Persönliche Haltung:

Angehörige von Menschen mit intellektueller Behinderung können durch die Teilnahme an sexualpädagogischen Projekten mehr Toleranz bezüglich der sexualbezogenen Bedürfnisse ihrer Kinder entwickeln und haben Verständnis dafür, dass ihre Kinder an sexualpädagogischen Bildungsmaßnahmen teilnehmen.

Institutionelle Perspektive:

Eltern erfahren durch die Trägerorganisation Lebenshilfe Salzburg in der Begleitung sexualitätsbezogener Themen ihrer intellektuell behinderten Kinder Unterstützung.

Neue Rollenfindung:

Durch die Einbeziehung der Eltern in sexualpädagogische Projekte wird der gegenseitige psychosoziale Ablösungsprozess (Eltern-Kind) erleichtert. Eltern akzeptieren und unterstützen den Wunsch ihres Kindes nach Partnerschaft und Familie.

Unterhypothesen:

- *Eltern erfahren von der Geburt ihres behinderten Kindes bis in das Erwachsenenalter keine langfristige sexualpädagogische Unterstützung.*
- *Eltern sind bei sexualpädagogischen Fragen und Problemen oftmals auf sich alleine gestellt.*
- *„Special Love Talks“ kann Eltern helfen, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen und zu deuten.*
- *Special Love Talks unterstützt den gegenseitigen Abnabelungsprozess.*
- *Die Teilnahme am Projekt „Special Love Talks“ kann versäumte Beratungs- und Fördermaßnahmen nicht kompensieren*

9.3. Darstellung der Forschungsmethode

Für die Durchführung des geplanten Forschungsvorhabens wurde die Methode der fokussierten Interviews gewählt. Bei dieser Methode sollen die InterviewpartnerInnen über ein gemeinsames erlebtes Ereignis Auskunft geben. Dabei liegt ein Interviewleitfaden zu Grunde (vgl. Hopf 2008, 353- 354).

Nach Hopf (2008) zeichnet sich die Methode des fokussierten Interviews durch vier Merkmale aus:

- Reichweite: Der zu befragende Inhalt über die Thematik darf nicht zu kurz gefasst sein. Die Auswahl der Fragen des Interviewleitfadens wurden so konzipiert, dass die zu befragenden Personen ausreichend Zeit und Raum haben, sich den Themenschwerpunkten zu widmen. Ferner bieten die Fragen Gelegenheit, über bestimmte Situationen, gemachte Erfahrungen,... zu erzählen.
- Spezifität: Der Personenkreis soll über konkrete Szenen (z.B. einer Veranstaltung, eines Filmes,...) und damit empfundene Gefühle sprechen. Die InterviewpartnerInnen teilen folgende Gemeinsamkeiten, über welche sie Auskunft geben sollen:
 1. Teilnahme an SLT
 2. Angehörige von einer oder mehreren Personen mit intellektueller Behinderung
 3. Erfahrungen, welche sie als Angehörige (z.B. als Elternteil in der Schule, ...) machten
 4. Sie werden von der Lebenshilfe Salzburg betreut
- Tiefe: Die Begleitung während der Wiedergabe von empfundenen Bedeutungen nimmt eine Schlüsselposition ein. Die Betreuung während der Gesprächsführung soll durch aktives Zuhören nonverbal (z.B. durch Kopfnicken) und verbal (z.B. durch Paraphrasieren, also „aham“, „ja“, etc.) unterstützt werden. Ferner kann situationsbedingt durch Zwischenfragen der Redefluss verstärkt und der Gewinn relevanter Informationen gesteigert werden. In diesem Kontext stellt die Wahrung

der Intimsphäre eine zentrale Bedeutung dar. Wenn der Interviewer im äußeren Verhalten des Gegenüber Vorbehalte und Peinlichkeiten spürt, über diese Thematik nicht sprechen zu wollen, wird zu anderen Fragen übergegangen.

- **Personaler Kontext:** Wiedergegebene Inhalte müssen immer in Bezug auf die persönliche Lebenswelt des Interviewpartners bzw. der Interviewpartnerin betrachtet werden. Alle InterviewpartnerInnen spiegeln persönliche Einstellungen und Werthaltungen zu dem befragten Themenfeld wider. Personen, welche berufsbedingt (z.B. als Arzt/Ärztin,...) mit der Thematik konfrontiert sind, stehen andere Erfahrungen bzw. Informationsquellen zur Verfügung, als Personen in anderen Berufssparten. Ferner können individuelle Faktoren (personaler Kontext) (z.B. Vergleichsdaten über Söhne, Töchter ohne Behinderung, ...) bei der Interviewführung einen zentralen Stellenwert einnehmen. Der individuellen Komponente wird bei der Auswertung eine besondere Relevanz beigemessen. (vgl. Hopf 2008, 352- 354)

9.4. Darstellung der Auswertung

9.4.1. Transkriptionsmethode

Um einer möglichst identische und sinngetreuen Wiedergabe der InterviewpartnerInnen zu entsprechen, ist ein intensives Befassen mit den Gesprächsaufzeichnungen von zentraler Bedeutung. Die Transkription erfolgte nach den Regeln von GAT. Eine wiederholte Analyse der Tonaufzeichnungen nimmt einen wesentlichen Teil der Ausarbeitung in Anspruch. Auch Hintergrundgeräusche (z.B. Läuten des Telefons,...) finden sich im Text durch ((Telefon läutet)) wieder. Wegen der leichteren Verständlichkeit und einer Reduktion der Datenmenge wurde der Dialekt nicht übernommen, sondern in das Hochdeutsche (Standardorthographie) übersetzt. Die Satzstellung richtet sich jedoch nach den Aussagen der Interviewer und InterviewpartnerInnen. Überschneidungen des Textes wurden mit einer Klammer >>[<< gekennzeichnet. Die zeitliche Verzögerung bei dem gleichzeitigen Sprechen von Interviewer und InterviewpartnerInn wurde durch eine Verschiebung in der Zeile hervorgehoben. Nach GAT transkribierte der Autor folgende Gesprächszeichen vom Tonträger:

- Silbendehnung :
- Lautstärke f
- Kurze Pausen (.)
- Steigende Intonation ?
- Fallende Intonation .
- Betonung z.B. !DAS! (vgl. Kowal, O`Connell2008, 440- 443)

Die transkribierten Interviews stellen im Kontext der Auswertung eine neu geschaffene Literatur dar. Diese wurde als eigene Datei mit Seitennummerierung und Zeilennummerierung gespeichert. Der Quellennachweis ist bei den Texten mit dem jeweiligen Interviewpartner, der jeweiligen Interviewpartnerin und der Zeilenanzahl (IP 2, 152) gekennzeichnet.

Ferner finden sich wegen der Nachvollziehbarkeit folgende Eckdaten:

- Nummerierung der Interviewperson (IP 1, IP 2,...)
- Datum des Interviews
- Ort des Interviews
- Dauer des Interviews (vgl. Flick, Kardorff, Steinke 2008, 324- 325)

9.4.2. Auswertungsmethode

Nach der Transkriptionsphase der Interviews erfolgt das Auswertungsverfahren nach Schmidt mittels Analyse von Leitfadeninterviews.

1. Schritt: Schritt: Konstruieren von Auswertungskategorien

Einen zentralen Stellenwert nimmt in diesem Kontext das intensive und wiederholte Befassen mit dem Transkript ein. Relevante Stellen werden markiert und entsprechend mit Notizen kommentiert (z. B. Kontakt mit anderen Eltern berufsbedingt kaum möglich, Schwierigkeiten bei der Einschätzung, welchen Stellenwert Sexualität bei der Tochter hat,...) Dabei können auch Textstellen einem oder mehreren Themenschwerpunkten

zugeordnet werden. Diese richten sich an die Forschungsschwerpunkte des Interviewleitfadens. Das Augenmerk liegt hierbei ebenfalls in der Individualität der befragten Person; wie Themen aufgegriffen wurden, wie und in welchem Ausmaß sie beantwortet wurden. Bei dem Befassen mit dem Text können auch neue Gesichtspunkte auftreten, welche bei der Erstellung des Interviewleitfadens nicht berücksichtigt wurden. Die Markierung und Zuordnung trägt maßgebend zu den weiteren Arbeitsschritten bei. Damit verbunden erfolgt bereits eine Reduktion der Datenmenge.

2. Schritt: Anfertigung eines Codierleitfadens mittels der Auswertungskategorien

Bereits markierte Textstellen werden einer Kategorie zugeordnet. In diesem Arbeitsverfahren werden Textstellen verwendet, welche den Kriterien des Interviewleitfadens im engeren Sinne entsprechen (z. B. Begleitung bei der schulischen Sexualerziehung, Inanspruchnahme von Beratungseinrichtungen, über SLT,...) entspricht.

3. Schritt: Codierung

Hierbei erfolgt eine weitere Reduktion des Materials bezüglich der Kategorien. Individuell geprägte Textpassagen (z. B. persönliche Fallgeschichten), welche nicht direkt zu den erstellten Interviewleitfaden und Hypothesen passen, werden gestrichen. Diese können im fünften Arbeitsschritt (vertiefende Fallinterpretation) wieder berücksichtigt werden.

4. Schritt: quantifizierende Materialübersicht

Wegen der Übersichtlichkeit werden gewonnene Forschungsergebnisse in einer Tabelle eingefügt.

5. Schritt: vertiefende Fallinterpretation

Relevante Besonderheiten der InterviewpartnerInnen (z.B. Fallgeschichten) können in den abschließenden Schritt für die Unterstreichung der aufgestellten Hypothesen betrachtet werden. Ferner kann der letzte Schritt auch für die Bestätigung oder

Überarbeitung der Hypothesen einen zentralen Stellenwert darstellen. Im Kontext des Forschungsvorhabens könnte dieser Schritt durch den Forschungsprozess zu neuen Hypothesenfindungen führen- ferner Ausgangspunkt für eine weiterführend Arbeit darstellen (vgl. Schmidt 2008, 447- 456).

9.5. Eckdaten der InterviewpartnerInnen

Die Interviews wurden an vier Einrichtungen (Werkstätten und Wohnheimen) der Lebenshilfe Salzburg (Stadt und Land) im Zeitraum Dezember 2010 bis März 2011 durchgeführt. Insgesamt nahmen 11 Angehörige (darunter ein Ehepaar und eine Schwester/ Sachwalterin eines Menschen mit intellektueller Behinderung) teil.

Bei der Erhebung der Daten entschied sich der Autor zu einer Kombination von Fragebogen und Interviews. Neben den Informationen über die Interviews wurden, wie bereits angeführt, wesentliche Eckdaten über die InterviewpartnerInnen mittels Fragebogen quantitativ erhoben. Diese boten eine Erleichterung bei der Auswertung, da jene Daten nicht transkribiert werden mussten. Ferner gestaltete diese Methodik einen vorgegebenen Rahmen, welcher für alle befragten Personen gleich anzutreffen war (vgl. Flick, Kardorff, Steinke 2008, 25). Konkret wurden folgende ergänzende Daten erforscht:

- Geschlecht
- Alter der Interviewpartnerin/ des Interviewpartners (20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70-79;)
- Geschlecht des Menschen mit intellektueller Behinderung
- Alter des Kindes (16-19; 20-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69;)
- Wohnsituation des Sohnes/der Tochter (Elternhaus, betreutes Wohnen, WG oder ähnliches)
- Wohnsituation vor und während der Pubertät des Kindes (siehe vorherigen Punkt)
- Art der Berufstätigkeit (Werkstätte, Angestelltenverhältnis,...)
- Zeitpunkt der Teilnahme an SLT

Der Fragebogen wurde so gestaltet, dass - mit Ausnahme der letzten Frage - die einzelnen Punkte mit einem Kreuz zu versehen waren.

Vorstellen der InterviewpartnerInnen

Um zunächst relevante Daten der befragten Personen zu erhalten, werden die Eckdaten der InterviewpartnerInnen, welche mittels Fragebogen erhoben wurden, dargestellt. Diese sind ferner wegen der Nachvollziehbarkeit von zentraler Bedeutung. Alle Fragebögen wurden entsprechend der Zugehörigkeit zu den Interviews mit Datum, Nummerierung und Zusatzinformationen versehen (vgl. Flick, Kardorff, Steinke 2008, 324- 325). Danach sollen die Antworten der InterviewpartnerInnen zu den Forschungsfragen zugeordnet werden. Die Reihung erfolgt nach den Interviews.

Inter. Partner In	Geschl.	Alter	Geschl. des M. mit intel. Beh.	Alter des Sohnes/ der Tochter	Wohnsit. des Sohnes/ der Tochter	Wohnsit. vor und während der Pubertät	Art der Berufstätigkeit	Zeitpunkt der Teiln. an SLT
1	Weibl.	50- 59	Weibl.	20- 29	WH	EH	WS	2006
2	Weibl.	40- 49	Männl.	20- 29	WH	WH u. EH	WS	2006
3	Weibl.	60- 69	Weibl.	40- 49	WH u. EH	EH	WS	2009/ 2010
4	Weibl.	60- 69	Männl.	20- 29	WH	EH	WS	2009/ 2010
5	Weibl.	50- 59	Weibl.	20- 29	EH	EH	WS	2009
6	Weibl.	60- 69	Weibl.	40- 49	WH u. EH	EH	WS	2010
7	Männl.	60- 69	Weibl.	40- 49	WH u. EH	EH	WS	2010
8	Weibl.	50- 59	Männl.	50- 59	WH	EH	WS	2008
9a	Weibl.	50- 59	Weibl.	20- 29	WH u. EH	EH	WS	2010
9b	Weibl.	50- 59	Weibl.	30- 39	WH u. EH	EH	WS	2010

10	Weibl.	60- 69	Männl.	40- 49	WH	WH u. EH	WS	2010
11	Weibl.	50- 59	Männl.	20- 29	WH u. EH	EH	WS	2010

Erläuterung zur Tabelle

- Abkürzungen entsprechen:

WH Wohnheim

EH Elternhaus

WS Werkstätte

- Interviewpersonen 6 und 7 sind ein Ehepaar. Interviewpartnerin 8 ist seit fünfzehn Jahren Sachwalterin ihres Bruders. Eine Person (Interviewpartnerin neun) hat zwei Töchter mit intellektueller Behinderung welche von der Lebenshilfe betreut werden. Folglich wurde sie mit 9a und 9b angeführt.

Zusammenfassung

Bei den Interviews nahmen zehn Frauen und ein Mann teil. Von dem Lebensalter befand sich eine Interviewpartnerin in der Altersspanne von 40- 49. Die restlichen Personen lagen in der Altersgruppe 50- 59 (6) und in der Altersgruppe 60- 69 (4). Die Aufteilung des Geschlechts vom Menschen mit intellektueller Behinderung liegt bei sechs weiblichen und fünf männlichen Personen. Die Mehrheit der betreuten Erwachsenen befinden sich in der Altersgruppe 20- 29 (6) gefolgt von 40- 49 (3) und 30- 39 (1) sowie 50- 59 (1). Bei der Wohnsituation findet sich einerseits die Kombination Elternhaus und Wohnheim (6) sowie Wohnheim (4). Bei dieser Form verbringen laut mündlichen Angaben der Angehörigen die Töchter und Söhne überwiegend das Wochenende und die Ferien daheim. Lediglich eine junge Erwachsene mit intellektueller Behinderung wohnt zu Hause. Ein Großteil (8) der InterviewpartnerInnen gaben an, dass die Menschen mit intellektueller Behinderung vor und während des Pubertätsalters im Elternhaus wohnten. Jedoch lässt sich auch hier die Kombination Elternhaus und Wohnheim bei drei Personen finden. Ausschließlich im Wohnheim wohnte in diesem Lebensabschnitt noch niemand.

Ferner arbeiten alle Menschen mit intellektueller Behinderung in Werkstätten der Lebenshilfe. SLT besuchten die meisten InterviewpartnerInnen im Jahr 2010 (6). Jeweils zwei Personen gaben an die Veranstaltung 2009/2010 und 2006 besucht zu haben. 2008 und 2009 wurde die Veranstaltung von den verbleibenden beiden Interviewpartnerinnen besucht.

9.6. Interviewphase

Die InterviewpartnerInnen nahmen sich für das Setting ausreichend Zeit. Im Durchschnitt dauerte ein Interview ca. 20 Minuten. Seitens der Leitung von Werkstätten und Wohnheimen der Lebenshilfe Salzburg wurden ruhige, teilweise etwas abgelegene Räume zur Verfügung gestellt. Ebenfalls stellten die Institutionen Getränke (Kaffee, Säfte und Wasser) für die Interviewzeit bereit. Vor der Aufzeichnung des Interviews wurde das Forschungsvorhaben der Diplomarbeit sowie der Interviewleitfaden und Fragebogen mit dem Personen besprochen. In diesem Kontext wies der Interviewer auf die Anonymisierung der Daten nach der Aufzeichnung hin. Zur Anerkennung der gespendeten Zeit erhielten alle InterviewpartnerInnen ein kleines Geschenk. Die Eingangsphase stellte für das Interview eine wichtige Bedeutung dar, da Unklarheiten sowie Fragen noch außerhalb der Tonaufzeichnung thematisiert werden konnten. Die Zeit wurde ferner dazu genutzt, eine Vertrauensbasis für das Gespräch herzustellen. Oftmals wurden über die Fragen hinaus persönliche Erfahrungen zu dieser Thematik gerne erzählt. Diese sollen wegen der Relevanz zur Beantwortung der Forschungsfrage erwähnt sein. Ferner stellte jede Interviewsituation trotz gleichem Ablauf eine einmalige Situation dar, da jede/r InterviewpartnerIn ihre/ seine individuelle Einstellung und Werthaltungen sowie eine weite Bandbreite an Erfahrungen zu den Fragen spiegelte. Besonderheiten und Hintergrundinformationen zu der Interviewsituation und den Personen wurden vom Interviewer notiert.

9.7. Kontaktaufnahme- Erhebung der InterviewpartnerInnen

Die Kontaktaufnahme zu SLT wurde durch Ebeyan, welche im Rahmen ihrer Diplomarbeit über WohnheimleiterInnen und BetreuerInnen nach dem Besuch von SLT schreibt, hergestellt. Herr Brosch gab mit dem Einverständnis der jeweiligen

Einrichtungen, an welchen er SLT durchführte, die Telefonnummern und E-Mailadressen weiter.

Kontakt per E-Mail

Zunächst wurden alle Einrichtungen von Ebeyan und dem Autor per E-Mail angeschrieben und kurz das Forschungsvorhaben vorgestellt. Leider konnten keine Rückmeldungen registriert werden. Daher wurde die Leitung per Telefon kontaktiert.

Kontakt per Telefon

Hier verzeichneten die StudentInnen positive und negative Rückmeldungen:

- Interesse am Forschungsvorhaben (im Kontext des eigenen Arbeitsfeldes). Einige Institutionen möchten die fertiggestellte Diplomarbeit haben.
- Kontaktaufnahme mit den Angehörigen durch die Leitung mit positiven Zusagen
- Wechsel von Angehörigen nach dem Besuch von SLT an eine andere Institution
- Ablehnende Haltung seitens der Leitung über SLT (Aussage einer Leiterin: „Es brach danach das Chaos aus“.)

All jene Einrichtungen, welche sich für die Unterstützung der Diplomarbeiten aussprachen, wurden von uns im Sommer 2009 besucht. Weitere Telefonate zu anderen Institutionen folgten im Wintersemester 2009.

Probleme vor- und während der Interviewphase

Vor Beginn der Interviewphase standen ca. 10-15 Personen für die Interviews zur Verfügung. Leider konnte der Autor bei der konkreten Terminvereinbarung einen deutlichen Rückgang der Interviewbereitschaft trotz Vorinformation (Anonymisierung der persönlichen Daten, kurze Beschreibung der Diplomarbeit,...) bei den zu befragenden Personen verzeichnen. Viele InterviewpartnerInnen lehnten laut Aussagen der LeiterInnen den Gesprächstermin ohne weitere Begründung ab. Bei anderen Angehörigen konnte eine ablehnende Haltung bezüglich der Thematik Sexualität und Behinderung vom Autor und von der Leitung festgestellt werden. So wurde während der Interviewphase

noch die Kontaktaufnahme zu anderen Einrichtungen hergestellt. Zusammengefasst konnten folgende Schwierigkeiten bei der Suche der InterviewpartnerInnen verzeichnet werden:

- Fortgeschrittenes Alter der Angehörigen (und damit oftmals das Vorliegen von Erkrankungen)
- Tabuisierung der Thematik (z.B. schlafende Hunde soll man nicht wecken)
- Tendenzieller Rückgang von teilnehmenden Angehörigen; bei einigen Seminaren sprangen nach Aussagen der Leitung von Wohnheimen und Werkstätten Elternteile während dieser Phase ab.
- Neue Veranstaltungen werden meist ohne Angehörige durchgeführt, da weniger Nachfrage besteht (laut Telefonat am 28.02.2011 mit Herrn Brosch)
- Empörung und Unverständnis zu dieser Thematik
- Kontaktaufnahme zu den Angehörigen; abhängig von der Bereitschaft, bzw. den Einstellungen und Werthaltungen der Leitung

Abschließend ist zu vermerken, dass das folgende Kapitel einen kleinen Einblick in die Thematik sexualpädagogischer Begleitung bei Angehörigen von Menschen mit intellektueller Behinderung gibt. Es konnte für das Forschungsvorhaben nur jener Personenkreis für diese Interviews gewonnen werden, welcher sich überwiegend mit dieser Thematik schon länger befasste und eine offene Einstellung und Werthaltung verinnerlicht hatte, sowie die Wichtigkeit sexualpädagogischer Veranstaltungen und Gespräche im Rahmen der Interviewsituation unterstrich. Personen, welche dieser Thematik laut Aussagen der Leitung von Werkstätten und Wohnhäusern verhalten gegenüberstanden, lehnten, wie bereits erwähnt, ein Interview schon bei der Anfrage ab.

9.8. Darstellung der Ergebnisse

9.8.1. Analyse der Forschungshypothesen

Im folgenden Abschnitt sollen die Ergebnisse der jeweiligen InterviewpartnerInnen vorgestellt werden. Diese wurden nach dem Interviewleitfaden geordnet und richten sich nach den Forschungsannahmen. Bei gleichen Angaben wurden diese zusammengefasst. Besonderheiten finden sich in Form von Zitaten der interviewten Personen.

Anonymisierung der Daten

Aus Datenschutzgründen wurden im Auswertungsteil die Namen und Orte, welche die InterviewpartnerInnen im Rahmen des Interviews erwähnten, codiert (z.B. als: Name der Tochter) wiedergegeben (vgl. Hopf 2008, 594- 596).

Besuch anderer sexualpädagogischer Projekte

Alle InterviewpartnerInnen gaben an, an keinem anderen sexualpädagogischen Modell vor und nach dieser Veranstaltung teilgenommen zu haben. Die folgenden Aussagen bezüglich sexualpädagogischer Projekte beziehen sich folglich auf das Modell SLT.

Persönliche Haltung

- ***Persönlicher Nutzen des Besuches sexualpädagogischer Projekte***

Es gaben einige InterviewpartnerInnen (IP 1, IP 3, IP 8, IP 9, IP 11) an, dass sie diese Veranstaltung als Informationserweiterung- bzw. als Vertiefung zu dieser Thematik nutzen konnten.

IP 1 vertrat die Ansicht, dass sexualitätsbezogene Projekte vermehrt für Angehörige angeboten werden sollten.

„Ich meine, für mich persönlich reicht es. Hat es gereicht, weil ich mich selber auch befasse damit. Aber ich weiß aus Erfahrung, dass viele Eltern. Das ist einfach ein Tabuthema“ (IP1, 26).

IP 2 half die Veranstaltung, auch gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung in Werkstätten und Wohnheimen die Grenze zwischen Nähe und Distanz aufzuzeigen und nicht gewollte Umarmungen zu thematisieren: *„Und das war für mich ein großer Schritt, dass man sagt: `Nein, mag ich nicht.`, was ich mich eigentlich vorher nicht getraut habe, weil ich nicht gewusst habe, wie ich mit dem umgehen sollte“ (IP 3, 138).*

IP 10 unterstrich die Wichtigkeit und die Anerkennung der sexuellen Wünsche und Bedürfnisse von Menschen mit intellektueller Behinderung- ferner das Empfinden, wie diese Empfindungen seitens der Bezugspersonen aufgenommen werden können.

In der Kommunikation über sexualitätsbezogene Themen stellte sich bei drei Personen (IP 2, IP 8, IP 11) eine Veränderung ein. Da der Sohn von IP 2 oftmals spontan Fragen zu ihrem Intimleben stellte, war es für die Mutter eine besondere Erleichterung, auch sagen zu dürfen, wenn sie bestimmte Fragen zu ihren Sexualleben als unangenehm empfand. IP 8 gab an, dass sie mit ihrem Angehörigen offener über diese Thematik sprechen kann, als vor dem Besuch von SLT. IP 11 stellte fest, dass das Verhältnis indirekt durch SLT verbessert werden konnte, da sie sich bei bestimmten Situation sicherer fühle. Für die anderen InterviewpartnerInnen (IP 1, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7, IP 9, IP 10) blieb das Verhältnis nach SLT unverändert.

Einige InterviewpartnerInnen (IP 3, IP 5, IP 8, IP 11) gaben an, offenere Einstellungen und Wertehaltungen bezüglich der Sexualität von Menschen mit intellektueller Behinderung nach dem Besuch von SLT entwickelt zu haben.

IP 3 befasste sich danach intensiver mit den sexuellen Wünschen und Bedürfnissen von Menschen mit intellektueller Behinderung.

IP 5 konnte einen größeren Einblick in diese Thematik erhalten:

„Veränderung? Ich habe ein bisschen ein weiteres Bewusstsein gekriegt und festgestellt, dass die Problematik wirklich eine sehr große ist ((lacht)), nämlich Problematik. (...) Nicht nur Freude“ (IP 5, 962).

IP 8 sagte, dass sie ihren Bruder direkter zu dieser Thematik ansprach und bemerkte, dass er mit einer anderen Bewohnerin ein Verhältnis habe.

IP 11 konnte diese Veranstaltung ebenfalls als Selbstreflexion bezüglich ihrer Einstellung und Wertehaltung gegenüber der Sexualität ihres Sohnes nutzen:

„Da ich nachher alles ein bisschen anders gesehen habe, ja!“ (IP 11, 2216).

- ***Relevanz des Besuches von sexualitätsbezogenen Fortbildung für Menschen mit intellektueller Behinderung***

Der überwiegende Teil der befragten Personen (IP 1, IP 2, IP4, IP5, IP6, IP8, IP9, IP10, IP11) unterstützen es, dass ihr Sohn/ ihre Tochter bzw. der Bruder der Sachwalterin an sexualpädagogischen Projekten teilnehmen.

Für IP 3 ist es schwer nachvollziehbar, ob und in welchem Ausmaß SLT bei der Tochter inhaltlich aufgenommen wurde:

„Sie hat eh das erste Mal und zweite Mal teilgenommen, aber sie kann sich dann nicht so äußern, gell. Wie sie das aufnimmt oder was. Sie verschließt sich dann eher. Also von

dem her kann ich das gar nicht so beurteilen, wie, wie, wie das bei ihr ankommt das Ganze, gell ja“ (IP 3, 333- 335).

IP 5 würde den Besuch von sexualpädagogischen Weiterbildungen befürworten. Die Tochter wollte jedoch nicht an SLT teilnehmen.

Zwei der interviewten Eltern (IP 7, IP9) gaben an, dass sie schwer einschätzen könnten, wie wichtig der Besuch einer sexualpädagogischen Fortbildung für ihre Tochter/ihren Sohn sein könnte.

Institutionelle Perspektive

- ***Behandlung sexualitätsbezogener Themen an den Einrichtungen***

Die Behandlung sexualitätsbezogener Themen nimmt bei den jeweiligen Einrichtungen unterschiedlichen Stellenwert ein. Generell sei zu vermerken, dass diese Thematik in allen Einrichtungen der befragten Angehörigen nicht tabuisiert wurde.

IP 1 gab an, dass passiv (auf Verlangen) dieser Themenschwerpunkt behandelt werden würde. Sie erklärt sich diese institutionelle Haltung auf die noch bestehende Tabuisierung dieses Themenfeldes:

„(.) Ich glaube, wenn man von sich aus kommt, auf jeden Fall. Aber aktiv von der Lebenshilfe aus ist es eher weniger. Wahrscheinlich wird es auch nicht so angenommen. Nicht? Sexualität bei Behinderten. (.) Das darf nicht sein. Mehr oder weniger“ (IP 1, 30).

IP 2 wurde zu einem Elternabend eingeladen. Jedoch hatte die Dame Bedenken, diese Thematik öffentlich zu diskutieren, woraufhin sie zu dieser Veranstaltung nicht erschien.

IP 3 begrüßte von ihrer Seite, dass die Eltern ein Stück weit von dieser Aufgabe (Aufklärung) entlastet werden. Ferner fanden vor SLT Elternabende zu dieser Thematik statt. Zwei Personen (IP8, IP10) geben ebenfalls an, dass die Behandlung von sexualitätsbezogen unterstützt werde, jedoch auch bei Grenzüberschreitung seitens der BetreuerInnen eingeschritten werden würde.

- ***Sexualpädagogisches Angebot und Projekte für Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung nach SLT an den Einrichtungen***

Nach der Veranstaltung von SLT wurden bei den Einrichtungen keine weiterführenden sexualpädagogischen Projekte durchgeführt, obwohl dies die Projektskizze vorsieht. IP 3

erinnerte sich, dass SLT bereits früher angeboten wurde, also bereits zum zweiten Mal die Möglichkeit bestand, daran teilzunehmen. IP 5 erinnerte sich, dass nach SLT ein Experte im Rahmen eines Elternabends eingeladen wurde. IP 2 gab, wie bereits erwähnt, an, dass in der Werkstätte wegen der Aktualität der Thematik ein Elternabend stattfand. IP 9 erinnerte sich, dass für die Heimbewohnerinnen auf Anfrage ein Schminkkurs nach SLT angeboten wurde. Die verbleibenden Gesprächspersonen konnten sich nicht erinnern, ob weiterführende Projekte nach SLT durchgeführt wurden.

- ***Institutionelle Zufriedenheit der Angehörigen - Rückzugsmöglichkeiten für Menschen mit intellektueller Behinderung***

Alle InterviewpartnerInnen gaben an, mit der jeweiligen Einrichtung/ den jeweiligen Einrichtungen (bei Mehrfachnennung: Wohnheim und Werkstätte) und dem Betreuungsteam sehr zufrieden zu sein. Der Großteil der InterviewpartnerInnen stimmte zu, sich bei themenorientierten Fragen an die MitarbeiterInnen wenden zu können. IP 2 könne sich nach eigener Aussage bei themenbezogenen Fragen nicht an das Team der Lebenshilfe wenden.

Alle befragten Personen stellten nach SLT bei den BetreuerInnen und LeiterInnen in der Behandlung sexualpädagogischer Themen keine Veränderung fest. Die InterviewpartnerInnen gaben an, dass die Bereitschaft darüber zu sprechen bereits vor dem Projekt SLT offen war. IP 9 unterstrich die konstante Haltung der Lebenshilfe Salzburg, da sich trotz eines BetreuerInnenwechsels keine Veränderung zu dieser Thematik eingestellt habe.

Bezüglich Rückzugsmöglichkeiten besteht speziell in den Wohnheimen für alle BewohnerInnen die Möglichkeit, sich im eigenen Zimmer zurückzuziehen. Die Privatsphäre (z. B. geschlossene Tür) wird seitens der Leitung und Betreuung respektiert. Laut den InterviewpartnerInnen bestand diese Möglichkeit bereits vor SLT. Bei Ausflügen mit Übernachtung gab IP 8 an, dass bei einem Pärchen ein gemeinsames Hotelzimmer bereitgestellt wurde. Besonderes Augenmerk wurde bei der Unterstützung des Zusammenseins auf die Verhütung von Schwangerschaft gelegt.

„Aber wir haben das Thema schon gehabt, also dass man sie vielleicht in einem Zimmer schlafen lässt, oder eher einfach so, in der, in der wo man weiß, da ist jetzt ein Pärchen, ja. Ich meine, natürlich muss natürlich auch äh vorgesorgt werden, dass natürlich die Pille oder eine Maßnahme gesetzt wird, damit.“

I: Schwangerschaftsverhinderung.

G: Genau, dass man wirklich die Schwangerschaft verhindert, weil ich meine das wäre dann schon, äh Verantwortungslos, nicht also ich meine. Aber. Aber, aber. Und das wird auch gemacht“ (IP 8, 1580- 1582).

Neue Rollenfindung

- ***Anderer Zugang zur Sexualität der Menschen mit intellektueller Behinderung nach den Besuch von SLT***

Der überwiegende Teil der InterviewpartnerInnen (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 6, IP 7, IP 9, IP 10, IP 11) beschäftigte sich bereits vor SLT mit dieser Thematik. Sie konnten keinen anderen Zugang erkennen. Zwei Personen (IP 5, IP 8) erhielten ein erweitertes Bewusstsein für die Relevanz dieser Thematik bei ihrer Tochter und ihrem Bruder.

- ***Informationserweiterung durch den Besuch von SLT***

Ausgenommen von IP 4 wurde von allen GesprächspartnerInnen ein Wissenszuwachs bejaht. Die Wissensbandbreite war, wie bereits bei der Hypothese „Persönliche Haltung“ angeführt, individuell ausgeprägt (z.B. Grenzziehung gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung, das Zugestehen sexueller Wünsche und Bedürfnisse des Sohnes, der Tochter,...). Zu IP 4, welche diese Frage verneinte, sei noch anzumerken, dass sie eine medizinische Ausbildung absolvierte und folglich ausreichende Informationen zu dieser Thematik bereits vor dieser Veranstaltung sammeln konnte.

Bezogen auf den Themenschwerpunkt der individuellen Unterstützungsmaßnahme im Kontext der Behinderungsart wurden die Informationen nach Angaben von IP 1 und IP 4 eher allgemein gehalten. IP 4 und IP 5 erinnerten sich, dass bei Interesse der Eltern vertiefend auf dieses Thema eingegangen worden sei.

Sechs Personen (IP 2, IP 3, IP 6, IP 7, IP 8, IP 9) gaben an, dass diese Thematik für sie und auch für Menschen mit intellektueller Behinderung optimal behandelt wurde.

IP5: „Ja, durchaus, mäßig, aber auf ihm Impuls der Eltern wäre das jeweils ausgebaut worden“ (IP 5, 1089).

Die letzten befragten Personen (IP 10, IP 11) konnten Informationen über die individuellen Unterstützungsmaßnahmen mittels eines gezeigten Filmes von SLT erhalten.

IP 10: „Ja, durch einen Film hat man einfach das dann auch, also angeschaut und, und man ist damit konfrontiert worden und ein jeder hat irgendwie durch den Film auch gesehen, was im Grunde genommen das Wichtigste ist. Und ich sehe auch, was für mich auch wichtig war. Ah, das Lernen auch Stopp zu sagen“ (IP 10, 2008- 2011).

IP 11: „Wir haben da so einen Film. Ein so ein Film ist uns gezeigt worden. Und das habe ich nicht gleich verstanden ((lacht)). Und dann habe ich nachgefragt und dann habe ich es kapiert. Mir kommt vor, dass ich alles auch so verstanden habe, was der Film sagen wollte“ (IP 11, 2242- 2246).

Unterhypothesen

Eltern erfahren von der Geburt ihres behinderten Kindes bis in das Erwachsenenalter keine langfristige sexualpädagogische Unterstützung.

- **Vorschulischer Bereich**

Alle InterviewpartnerInnen gaben an, dass im vorschulischen Bereich keine Sexualerziehung in den jeweiligen Institutionen stattfand.

Einige Personen gaben an, dass behinderungsbezogene Förder- und Unterstützungsmaßnahmen damals einen wesentlicheren Stellenwert einnahmen.

IP 11: „Da ist es eigentlich um das gegangen, ahm wie sich mein Sohn entfalten kann und wie wir uns verstehen können und sowas. Weil er nicht reden hat können. Da ist es um so etwas gegangen, um das Lernerische“ (IP 11, 2346- 2348).

- **Schulischer Bereich**

Auch im schulischen Bereich nahm Sexualerziehung einen sehr geringen Stellenwert ein. So konnten sich nur zwei InterviewpartnerInnen (IP 1 und IP 9) erinnern, dass sexualitätsbezogene Themen im Unterricht behandelt wurden.

LehrerInnen hatten offensichtlich Angst, sexualitätsbezogene Themen im Unterricht zu behandeln. Lediglich IP 9 gab an, dass die Klassenlehrerin über die nötige Kompetenz verfügte. Die jüngere Tochter besuchte eine Integrationsklasse mit einer eigens der dafür ausgebildeten Lehrerin, welche die Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf

betreute. Bei der Älteren gab sie an, dass vereinzelt und situationsbedingt LehrerInnen auf sexualitätsbezogene Themen und Probleme reagierten.

Folglich hatte der überwiegende Teil der InterviewpartnerInnen (IP 1, IP 2, IP 3, IP 5, IP 6, IP 7, IP 8, IP 10, IP 11) auch Scheu bzw. Scham, sich bei sexualitätsbezogenen Fragen an die PädagogInnen zu wenden. Das Ehepaar (IP 6, IP 7) fügte hinzu, dass themenbezogene Fragen die LehrerInnen möglicherweise überfordert hätten. Bei IP 11 spiegelt sich die damalige Tabuisierung in ihrer Aussage wider:

„Da, da habe ich mich noch nicht so getraut. Und da habe ich mir auch gedacht: 'Das gibt es auch gar nicht bei meinem Sohn'“ (IP 11, 2382).

IP 4 gab an, dass es für sie kein Problem dargestellt habe, über die Schwärmereien ihres Sohnes zu seiner Lehrerin zu sprechen:

„Die eine Lehrerin, die er so angeschwärmt hat ich meine die hat. Mit der habe ich ganz offen gesprochen und so. Und dann haben wir auch geredet, wie weit eben seine Schwärmerei da geht für sie. Und, und, und sie war in keinster Weise irgend wie äh gerührt oder so, oder hilflos. Also, überhaupt nicht. Und nun haben wir dann eben ausgemacht, wie versuchen wir, dieses Problem in den Griff zu bekommen?“ (IP 4, 823-825).

IP 9, hatte den Eindruck, dass die Lehrerin sehr aufgeschlossen eingestellt gewesen sei. Ferner konnte sie sich mit ihren Fragen jederzeit an sie wenden. Auf Grund des Altersunterschiedes der Töchter (etwa zehn Jahre) bemerkte sie im Vergleich, wie bereits erwähnt, eine deutliche Qualitätssteigerung der schulischen Sexualerziehung, auch bezüglich der LehrerInnen bzw. des Teams.

Themenbezogene Gesprächsrunden bzw. das Einladen externer SexualpädagogInnen fand nach Angaben der InterviewpartnerInnen an keiner Schule statt. IP 9 gab an, dass sie sich bei der jüngeren Tochter mit anderen Eltern betroffener Kinder außerschulisch beim Stammtisch getroffen hätte.

„Ja, wir haben einen Elternstammtisch gehabt ((lacht)). Und da haben wir eigentlich intern schon über das geredet auch, ja“ (IP 9, 1893- 1895).

- **Übergang in Einrichtungen**

Alle befragten Eltern konnten beim Eintritt in die Lebenshilfe Salzburg (Werkstätte und/oder Wohnheim) themenbezogene Unterstützungen feststellen. Andere Beratungsgespräche (z. B. mit ÄrztInnen,...) wurden bei Bedarf freiwillig in Anspruch

genommen. IP 8 konnte sich in den fünfzehn Jahren, seit sie die Sachwalterschaft für ihren Bruder übernommen hatte, jederzeit an das Betreuungsteam der Lebenshilfe bei themenbezogenen Fragen wenden.

Eltern sind bei sexualpädagogischen Fragen und Probleme oftmals auf sich alleine gestellt.

- ***Vorbereitung auf die Pubertät der Menschen mit intellektueller Behinderung***

Sechs der befragten Personen (IP 1, IP 3, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7) gaben an, auf die Pubertät eingestellt gewesen zu sein. Neben Informationsquellen (z. B. Bücher) boten Vergleichsdaten über ältere Töchter oder Söhne den Angehörigen Hilfestellung. Die anderen Personen wurden von den Veränderungen überrascht. Auch IP 8 konnte sich nicht erinnern, dass ihre Eltern bei ihrem Bruder vorbereitet waren, da diese Thematik sehr tabuisiert gewesen sei. Oftmals wurde dieser neue Lebensabschnitt auch verdrängt, wie beispielsweise IP 9 und IP 11 angaben.

IP 9: *„Ja das hat man einfach, wie die Menstruation gekommen ist, und. Und wahrscheinlich, also schiebt man es eh auch selber ein bisschen weg ((lacht))“ (IP 9, 1919- 1921).*

IP 11: *„Da habe ich mich noch nicht so getraut. Und da habe ich mir gedacht, das gibt es auch gar nicht bei meinen Sohn“ (IP 11, 2382).*

- ***Erfahrungsaustausch mit anderen Eltern***

Während des Pubertätsalters der Menschen mit intellektueller Behinderung konnten sich nur wenige Eltern (IP 5, IP 3, IP 9) mit anderen Erziehungsberechtigten über sexualpädagogische Themen austauschen. IP 9 hatte, wie bereits erwähnt, in der Jugendzeit ihrer jüngeren Tochter einen Elternstammtisch mitgegründet, bei dem sie sich unter anderem über diese Thematik unterhielten. IP 1 und IP 11 verfügten teilweise über Vertrauenspersonen, welche durch sie selbst ausgesucht wurden. Die anderen Befragten (IP 2, IP 4, IP 6, IP 7, IP 10) konnten sich nicht mit anderen Eltern in diesem Lebensabschnitt über themenbezogene Fragen austauschen. IP 8 konnte sich nicht

erinnern, dass diese Thematik damals von ihren Eltern mit anderen Angehörigen besprochen wurde.

Heute tauschen sich ca. die Hälfte der Gesprächspersonen (IP 1, IP 3, IP 5, IP 6, IP 11) über sexualpädagogischen Themen mit anderen Eltern aus. IP 1 verwies auf die Problematik, Eltern zu finden, welche der Thematik offen gegenüberstehen:

„Das ist eben sehr schwierig, weil viele Eltern eben einfach darüber nicht gern sprechen. Es sind vereinzelt, die offen sind dem gegenüber. Mit die kann man natürlich dann auch reden“ (IP 1, 95).

Zwei Personen (IP 2, IP 4) besprechen diese Thematik nicht mit anderen Angehörigen. Die anderen InterviewpartnerInnen (IP 7, IP 8, IP 9, IP 10) nehmen bei bestehender Möglichkeit diesen Austausch nicht in Anspruch (z. B. weite Entfernung zur Einrichtung, weniger Kontakt zu anderen Eltern,...).

- ***Nutzung von Beratungsstellen und Informationsquellen***

Vier Personen (IP 1, IP 2, IP 6, IP 9) nehmen ärztliche Hilfestellung in Anspruch, IP 11 eher selten und IP 5 hat diese Möglichkeit noch nicht genutzt. Fünf GesprächspartnerInnen (IP 2, IP 3, IP 4, IP 7, IP 8) nehmen solche Angebote nicht in Anspruch. IP 10 reagierte zu dieser Thematik eher verhalten. Bei konkretem Nachfragen konnte in Erfahrung gebracht werden, dass sie eine negative ärztliche Erfahrung bezüglich ihres Sohnes und seiner Behinderung gemacht hatte.

„Nein, wir haben. Ich habe ein Erlebnis gehabt von einem Hausarzt. Das war: Der (Name des Sohnes) hat einen Hodenbruch gehabt. Und da war es, meistens wie es bei Kindern ist, Wochenende und da ist dann der diensthabende Arzt gekommen. Es war ein Hausarzt. Und der hat dann gesagt, ich soll am Montag zum Hausarzt gehen, weil er kennt, er kennt ihn besser. Und ich war dann so perplex. Weil ich gesagt habe, ja, wenn er auch behindert ist, das was jetzt da ist, ist bei jedem Menschen gleich“ (IP 10, 2102-2104).

Ein wesentlicher Teil der befragten Personen (IP 1, IP 2, IP 3, IP 4, IP 5, IP 9) nutzen Bücher. Informationen aus dem Internet werden lediglich von drei Personen (IP 1, IP 4, IP 9) teilweise genutzt. IP 9 gab an, erst seit kurzer Zeit durch ihre Tochter im Internet zu recherchieren:

„Mei. Wir haben eine Landwirtschaft daheim, und ich habe mich dann. Ich habe die Meisterprüfung gemacht, und ich habe mich eben danach geschaut, dass ich ein bisschen,

ein bisschen weiterbilde, so weit es halt geht ((lacht)). Und eben durch die. Ich habe drei Töchter und die Mittlere ist eben gesund, und die tut auch viel mit Internet, und da schaue ich halt, dass ich ein bisschen dazulerne“ (IP 9, 1909).

IP 3 verfügt über kein Internet. Drei InterviewpartnerInnen (IP 6, IP 7, IP 11) gaben an, Zeitschriften zu lesen - IP 7 vorzugsweise jene von der Lebenshilfe. Zwei Personen (IP 8, IP 10) nutzen zu dieser Thematik keine Medien. IP 10 verlässt sich eher auf ihre Intuition im Umgang mit dieser Thematik.

- ***Situationen, welche eine Überforderung darstellten***

Die Angaben zu diesem Themenschwerpunkt nehmen eine große Bandbreite ein. Das Ehepaar (IP 6, IP 7) ist damit überfordert, dass ihre Tochter sich einen Mann wünscht.

IP 6: *„Da war ich oft überfordert, weil ich kann ihr keinen herzaubern. Und sie wollte auch keinen, der was beeinträchtigt ist, sondern der ein Auto hat und fahren kann. Solch einen, wissen Sie. Da war ich natürlich überfordert“ (IP 6, 1337- 1339).*

IP 9 tat sich schwer damit, die Verantwortung für ihre Tochter beim Wechsel in die Lebenshilfe abzugeben, da sich nach ihren Angaben erst eine Vertrauensbasis entwickeln musste.

IP 3 hatte Sorge, dass sich ihre Tochter bezüglich einer Beziehung die falsche Person auswählt:

„Wie soll man sagen. Sie sind sehr anhänglich, nicht. Von da hat man ja auch eine Weile bisschen eine Angst, dass sie sich nicht irgendwem anvertraut, dass dann einmal der Schuss nach hinten gehen könnte. Oder was“ (IP 3, 558- 560).

IP 4 gab an, anfangs teilweise überfordert gewesen zu sein. Drei Interviewpartnerinnen (IP 1, IP 2, IP 8) konnten sich nicht erinnern, überfordert gewesen zu sein.

SLT unterstützt den gegenseitigen Abnabelungsprozess

Zwei Interviewpartnerinnen (IP 11, IP 3) stimmten zu, dass SLT diesen Prozess begünstigte. IP 3 fügte bei dieser Fragestellung hinzu, dass der Prozess der Abnabelung bereits mit dem Eintritt in die Einrichtung begann. Neun InterviewpartnerInnen (IP 1, IP 2, IP 4, IP 5, IP 6, IP 7, IP 8, IP 9, IP 10) verneinten diese Fragestellung. IP 7 gab ferner

an, dass die Abnabelung durch die Tochter vollzogen worden sei und dieser seitens der Eltern und der Lebenshilfe Salzburg unterstützt wurde.

„Wir hätten das nie, das wir gesagt hätten: (Name der Tochter), du musst in das Wohnhaus. Gell. Sie ist selber gekommen“ (IP 7, 1374- 1376).

Die Teilnahme am Projekt SLT kann versäumte Beratungs- und Fördermaßnahmen nicht kompensieren

- **Wahl der Unterrichtsmaterialien für Menschen mit intellektueller Behinderung bei SLT**

Alle InterviewpartnerInnen erinnerten sich, dass für Menschen mit intellektueller Behinderung geeignete Materialien verwendet wurden. Positiv hervorgehoben wurden in diesem Kontext der gezeigte Film (IP 4, IP 3), die geschlechtsbezogenen Modelle (IP 8), sowie die Rückmeldung seitens des Sohnes (IP 10).

- **Thematisierung möglicher Probleme der individuellen psychosexuellen Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung**

Hier konnte eine große Streuung der subjektiven Wahrnehmung festgestellt werden. Zehn Personen (IP1, IP 2, IP3, IP5, IP 6, IP 7, IP 8, IP 9, IP 10, IP 11) gaben an, dass dieser Themenschwerpunkt behandelt worden sei. So erinnerten sich zwei InterviewpartnerInnen (IP 10, IP 11), dass diese Thematik durch einen Film thematisiert wurde. IP 5 gab an, dass dieser Lebensabschnitt auf Anfrage behandelt worden sei. IP 4 verneinte diese Frage, da ihrer Meinung nach der Workshop von der Zeitdauer dafür nicht ausreichte. IP 1 meinte, dass diese Thematik eher allgemein gehalten worden sei.

- **Zufriedenheit mit SLT - Stattfinden einer Nachbetreuung**

Alle Fragen und relevanten Themen wurden seitens der ModeratorInnen zur vollsten Zufriedenheit der Angehörigen beantwortet. Diese standen während der Einheiten laut Aussagen der befragten Personen gerne zur Verfügung. IP 11 hat die angenehme Atmosphäre von SLT wie folgt zusammengefasst:

„Ja. Ich habe das alles sehr lieb gefunden. Es ist auf uns Eltern sehr liebevoll eingegangen worden und ich war nicht enttäuscht, dass ich das, die Abende besucht habe“ (IP 11, 2239).

Eine Nachbetreuung nach den Projekttagen hing nach den Aussagen der InterviewpartnerInnen maßgeblich von den jeweiligen Einrichtungen ab. So konnte sich IP 11 daran erinnern, dass seitens der Lebenshilfe Salzburg ein gemeinsamer Abend für eine Nachbesprechung angeboten worden sei. IP 8 erinnerte sich ebenfalls daran, dass eine Nachbesprechung stattgefunden habe, welche sie jedoch nicht in Anspruch nahm. IP 10 gab an, dass danach ein Gespräch stattfand. Drei Personen (IP 5, IP 4, IP 9) meinten, dass auf Anfrage bzw. situationsbedingt eine Nachbetreuung seitens der Angehörigen in Anspruch genommen werden konnte. Zirka die Hälfte der befragten Personen (IP 1, IP 2, IP 3, IP 6, IP 7) erinnerten sich nicht daran, dass es nach SLT eine Nachbetreuung gegeben hätte.

9.8.2. Überprüfung der Forschungshypothesen

- Persönliche Haltung
 - *Angehörige von Menschen mit intellektueller Behinderung können durch die Teilnahme an sexualpädagogischen Projekten mehr Toleranz bezüglich der sexualbezogenen Bedürfnisse ihrer Kinder entwickeln und haben Verständnis dafür, dass ihre Kinder an sexualpädagogischen Bildungsmaßnahmen teilnehmen.*

Diese Hypothese konnte teilweise bestätigt werden, da die Teilnahme an sexualpädagogischen Weiterbildungsmaßnahmen für Menschen mit intellektueller Behinderung seitens der Angehörigen überwiegend befürwortet wird. Andererseits konnten acht Personen keine Veränderung nach dieser Veranstaltung im Verhältnis zum Sohn/ zur Tochter feststellen. Da sich die meisten Angehörigen bereits vor SLT mit dieser Thematik beschäftigt hatten, konnten sie keinen anderen Zugang zu den Menschen mit intellektueller Behinderung erhalten. Ein Teil der Interviewpartnerinnen nutzte diese Veranstaltung als Informationserweiterung.

2. Institutionelle Perspektive

- *Eltern erfahren durch die Trägerorganisation Lebenshilfe Salzburg in der Begleitung sexualitätsbezogener Themen ihrer intellektuell behinderten Kinder Unterstützung.*

Diese Forschungsannahme konnte bestätigt werden. Die befragten Angehörigen wurden und werden in einem besonderen Ausmaß von der Lebenshilfe Salzburg unterstützt, da einerseits SLT durch die Lebenshilfe angeboten wurde und andererseits das Betreuungsteam sehr aufgeschlossen dieser Thematik gegenübersteht. Lediglich eine Interviewpartnerin kann sich bei sexualpädagogischen Fragen nicht an das Team der Lebenshilfe wenden. Ferner helfen BetreuerInnen beim Abnabelungsprozess, da mit dem Eintritt in Werkstätten und Wohnheime auch durch die Institution die vormals alleinige Verantwortung seitens der Angehörigen reduziert wird.

3. Neue Rollenfindung

- *Durch die Einbeziehung der Eltern in sexualpädagogische Projekte wird der gegenseitige psychosoziale Ablösungsprozess (Eltern-Kind) erleichtert. Eltern akzeptieren und unterstützen den Wunsch ihres Kindes nach Partnerschaft und Familie.*

Diese Forschungshypothese wurde, ähnlich der ersten Annahme, nur teilweise bestätigt. Wie bereits ausgeführt fühlen sich die Eltern bzw. Angehörigen zwar unterstützt, können jedoch keine völlig neuen Aspekte im Umgang mit ihren Söhnen/Töchtern erkennen, da sie sich auch vorher schon mit sexualitätsbezogenen Themen beschäftigt hatten. Dem expliziten Kinderwunsch der intellektuell beeinträchtigten Töchter/Söhne stehen besonders die Eltern jedoch eher skeptisch gegenüber. Sie befürchten, die Verantwortung für ein weiteres Kind übernehmen zu müssen. Ferner haben Angehörige Angst, dass die Behinderung übertragen werden könnte. Oftmals wird auch seitens der Eltern gewünscht, bei Paaren auf die Verhütung zu achten.

SLT nahm jedoch laut Aussagen der InterviewpartnerInnen einen zentralen Stellenwert bezüglich dem Verstehen sexueller Wünsche und Bedürfnisse ein. Dieses bessere Verständnis kann wechselseitig beobachtet werden: die verantwortlichen Angehörigen verstehen ihre (erwachsenen) Kinder durch die Teilnahme am Projekt besser, daher möchten die Menschen mit Beeinträchtigungen, dass ihre Angehörigen teilnehmen, um sich besser verstanden zu fühlen. Ev. führt die wechselseitige Kommunikation dann auch dazu, dass geäußerte Wünsche (z.B. nach einem Kind) ernst genommen werden, aber auch die Bedenken der Angehörigen bzw. dass gemeinsam diskutiert wird, ob oder inwieweit ein Wunsch in die Realität umgesetzt werden kann.

4. Unterhypothesen

a. Eltern erfahren von der Geburt ihres behinderten Kindes bis in das Erwachsenenalter keine langfristige sexualpädagogische Unterstützung.

Diese Unterhypothese konnte bestätigt werden. Sexualerziehung nahm im Unterricht trotz Verankerung im Lehrplan eine untergeordnete Rolle ein. Die Behandlung sexualpädagogischer Themen hing maßgeblich von engagierten LehrerInnen sowie von der Schulleitung ab. Lediglich eine Interviewpartnerin gab an, dass bei ihrer jüngeren Tochter im Hauptschulalter in einer Integrationsklasse Sexualerziehung stattgefunden habe und darüber hinaus das Mädchen auch bei anderen Aktivitäten (Geburtstagsfeiern, Klassentreffen,...) eingeladen worden sei. Ferner konnte sich eine Interviewpartnerin nach eigener Angabe bei Fragen an die Lehrerin wenden.

b. Eltern sind bei sexualpädagogischen Fragen und Problemen oftmals auf sich alleine gestellt.

Diese Forschungsannahme konnte ebenfalls bestätigt werden. Ein Teil der Mütter besorgte sich selbst Bücher und Informationsmaterialien. Anderen Personen boten Vergleichsdaten (z.B. durch ältere Kinder) besondere Hilfestellung.

Einige Personen gaben an, dass sie vom Pubertätsbeginn überrascht wurden, was darauf schließen lässt, dass sie über diesen Lebensabschnitt zu wenig Informationen zur Verfügung hatten.

- c. *„Special Love Talks“ kann Eltern helfen, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen und zu deuten.*

Diese Annahme konnte ebenfalls bestätigt werden, da Informationen bezüglich Sexualassistenz, Partnerschaft und Kinderwunsch bereitgestellt wurden. Einige Angehörige gaben jedoch bereits bei den anderen Forschungsfragen an, dass es für sie auf Grund der Behinderungsart schwer nachzuempfinden sei, welche Relevanz die Sexualität in deren Leben einnimmt.

- d. *„Special Love Talks“ unterstützt den gegenseitigen Abnabelungsprozess.*

Die Unterhypothese konnte aus zwei Gründen nicht bestätigt werden. Basierend auf der Annahme, dass die Abnabelung mit der räumlichen Trennung (Elternhaus und Wohnheim) einhergeht, fand dieser Prozess bereits vor der Teilnahme an SLT statt; auch die Reduktion des Empfindens der alleinigen Verantwortung für den Sohn/ der Tochter seitens der Angehörigen vollzog sich bereits vor dem Besuch von SLT.

Von elf befragten Personen gaben zehn im Fragebogen an, dass ihre Kinder in einem Wohnhaus leben würden. Jene InterviewpartnerInnen, welche beim Wohnort ihre Tochter/ ihres Sohnes zwei Wohnorte nannten, gaben an, dass die Menschen mit intellektueller Behinderung nur das Wochenende oder die Ferien im Elternhaus verbringen würden. Nach Angaben der InterviewpartnerInnen wurde dieser Abnabelungsprozess bei der Übersiedlung durch die MitarbeiterInnen der Lebenshilfe unterstützt. Die InterviewpartnerInnen lernten, wie bereits bei der Hypothese: Institutionelle Perspektive angeführt, durch diese externe Hilfestellung besser loszulassen- bzw. das Akzeptieren des veränderten Lebensabschnittes der Menschen mit intellektueller Behinderung. SLT konnte in diesem Kontext nicht zu einer Veränderung beitragen. Das interviewte Ehepaar (IP 6, IP 7) gab an, dass der Ablösungsprozess von der Tochter ausgegangen sei. Lediglich zwei Gesprächspersonen meinten, dass ihnen SLT beim Ablösungsprozess geholfen habe.

- e. *Die Teilnahme am Projekt „Special Love Talks“ kann versäumte Beratungs- und Fördermaßnahmen nicht kompensieren*

Diese Unterhypothese konnte in Bezug auf die Komplexität des Themenfeldes (siehe Theorieteil) und der kurzen Projektzeit bestätigt werden.

Relevante Themenbereiche wurden nach Aussagen der InterviewpartnerInnen nur angeschnitten. Eine Vertiefung fand auf Nachfrage statt. Ferner gab eine Interviewpartnerin, welche eine medizinische Ausbildung absolvierte an, dass die Dauer des Projektes für die Abdeckung der Inhalte (psychosexuelle Entwicklung,...) nicht ausgereicht habe. Alle Befragten gaben an, an keiner anderen sexualpädagogischen Veranstaltung vor SLT teilgenommen zu haben. SLT konnte nach Aussage einiger InterviewpartnerInnen nur dazu beitragen, sich sexualitätsbezogene Wünsche und Bedürfnisse der Menschen mit intellektueller Behinderung bewusster zu machen; so wurde eher der Bedarf geweckt, weiterführende Projekte und Workshops zu besuchen. Broschüren diesbezüglich wurden bereitgestellt.

Zusammenfassung der Forschungsergebnisse

H1	H2	H3	U4a	U4b	U4c	U4d	U4e
Zum Teil bestätigt	Bestätigt	Zum Teil bestätigt	Bestätigt	Bestätigt	Bestätigt	Nicht Bestätigt	Bestätigt

9.9. Beantwortung der Forschungsfrage

- A. Welche Unterstützung erfahren Eltern bei der psychosexuellen Entwicklung ihrer intellektuell behinderten Kinder?**
- B. Welche Maßnahmen wären notwendig?**
- C. Kann das Projekt Special Love Talks helfen, besser auf sexualitätsbezogene Probleme zu reagieren?**

Zu A: Welche Unterstützung

Es besteht in diesem Bereich trotz zunehmender Enttabuisierung dringender Handlungsbedarf. Im Interview gaben alle Personen an, dass Sexualerziehung erst im schulischen Bereich, und auch da nur vereinzelt, durchgeführt worden sei. Im Vorschulalter habe keine Behandlung sexualpädagogischer Themen stattgefunden. Die Qualität der Beratung und Hilfestellung hing maßgeblich vom Engagement des pädagogischen und ärztlichen Personals, sowie von der Leitung der Einrichtungen (Schule, Wohnheim,...) ab; ob und in welchem Ausmaß sexualpädagogische Themen behandelt und aufgegriffen wurden. Im schulischen Kontext wurde, wie in der Auswertung ersichtlich, trotz der Aktualität der Thematik, darüber geschwiegen, bzw. Sexualerziehung aus dem Lehrplan ausgeklammert. Angehörige waren mit ihren Problemen oftmals auf sich alleine gestellt. Eine Interviewpartnerin (IP 9) konnte bei ihren beiden Töchtern innerhalb von zehn Jahren einen deutlichen Qualitätsunterschied erkennen. Sexualpädagogische Unterstützung begann für den überwiegenden Teil der InterviewpartnerInnen erst beim Eintritt in eine Einrichtung der Lebenshilfe. Langfristige sexualpädagogische Begleitung vom Kleinkindalter an konnte bei keiner der befragten Personen festgestellt werden.

Zu B: Welche Maßnahmen?

Durch den psychischen Verarbeitungsprozess, ein beeinträchtigt Kind zu haben, und den damit verbundenen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen, wurde bei den Befragten

das Thema Sexualität im Kindes- und Jugendalter oftmals verdrängt. Angehörigen fällt es bei ihren erwachsenen Söhnen /Töchtern oftmals schwer festzustellen, welchen Stellenwert die Sexualität in deren Leben einnimmt. Da Eltern jedoch mit meist mit vielen ExpertInnen konfrontiert sind (TherapeutInnen, Ärzte/Ärztinnen, FrühförderInnen, PädagogInnen...), könnten diese eine Vermittlerrolle zwischen den Bedürfnissen des Kindes und der Sichtweise der Eltern einnehmen. Spätestens im Schulalter gibt es eine gesetzliche Verpflichtung, die dringend wahrgenommen werden muss.

Es bedarf einer großflächigeren Vernetzung diverser Schulen und Einrichtungen zu externen sexualpädagogischen Beratungseinrichtungen hin, sowie vermehrter Kontrollen (z. B. durch SchulinspektorInnen), ob und in welchem Ausmaß den im Lehrplan verankerten Themen über Sexualerziehung Rechnung getragen wird. Extern geschulte SexualpädagogInnen könnten im schulischen Bereich als unbefangene Beratungspersonen für LehrerInnen, Eltern und Heranwachsende mit intellektueller Behinderung fungieren.

Wie bereits im Theorieteil beschrieben, sind Kinder und Jugendliche mit intellektueller Behinderung gegenüber ihren gleichaltrigen KlassenkollegInnen ohne Behinderung im Pubertätsalter benachteiligt, und zwar durch die meist erhöhte Abhängigkeit von den Bezugspersonen, sowie durch die zumindest eingeschränkte Informationsmöglichkeit. Gemeinsame Projekte können helfen, die Selbstständigkeit und das Aufbauen neuer Kontakte zu fördern.

Um einer Tabuisierung entgegenzuwirken und bestehende Vorurteile abzubauen, sollte die Thematik Sexualität und Behinderung in jeder pädagogischen und medizinischen Ausbildung einen fixen Platz (z. B. als Pflichtseminar an Universitäten) erhalten. Es kann von angehendem pädagogischem Personal in ihrem zukünftigen Arbeitsfeld erwartet werden, auf Situationen professionell reagieren zu können, darüber hinaus sollten sie als Vertrauenspersonen bei themenbezogenen Fragen fungieren.

Zu C: Kann SLT helfen?

Zu einem gewissen Grad trug SLT bei, situationsbedingt kompetenter zu handeln. Ferner konnte das Zugestehen von Privatsphäre, von Zuneigung, der Wünsche, einen Partner bzw. eine Partnerin zu haben, durch SLT verbessert werden. Ebenfalls nutzten viele Angehörige diese Veranstaltung zur Informationserweiterung.

Jedoch zeigte sich bei den Interviews, dass bereits in den meisten Fällen längere Zeit vor dem sexualpädagogischen Projekt Beratungsgespräche durch MitarbeiterInnen der

Lebenshilfe stattfanden. Andere Angehörige brachten bereits selbst erworbene Vorinformationen mit.

Die einmalige Teilnahme an SLT reicht somit offensichtlich nicht aus, den Informationsbedarf in sexualitätsbezogenen Themenfeldern abzudecken.

Nach den vorliegenden Forschungsergebnissen kann SLT folglich nur helfen, wenn Interesse und Bereitschaft zur Reflexion seitens der Angehörigen besteht.

10. Resümee

10.1. Über „Special Love Talks“ (SLT)

Da im Exposé zur vorliegenden Diplomarbeit die Kritikpunkte von Schlick (2004) am Modell SLT als Ausgangspunkt der Forschungshypothesen verwendet wurden, sollen diese nun vor dem Hintergrund der aktuellen Forschungsergebnisse betrachtet werden. Schlick zeigte im Rahmen ihrer Dissertation (Schlick 2004) trotz überwiegender Zufriedenheit der TeilnehmerInnen die Qualitätslücken nach der Durchführung des Projekts auf. Dafür wurden auch Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung befragt. Sie nannten folgende Aspekte, die zu verbessern wären:

1. „Zu wenig Zeit für das Thema
2. Zu allgemeine Themenaufbereitung
3. Wunsch nach mehr gemeinsamem Arbeiten mit den Menschen mit geistiger Behinderung
4. Wunsch nach zusätzlicher Hilfestellung; auch nach Abschluss des Modells und während der Projektdurchführung“ (Schlick 2004, 211- 212).

Zu 1.

Die Eltern beklagten in der Untersuchung von Schlick, dass zu wenig Zeit für die vertiefte Behandlung der Themenfelder vorgesehen war. Diese Angabe konnte in der vorliegenden Untersuchung bei konkretem Nachfragen der Themenfelder (z. B. über die psychosexuelle Entwicklung) wiedergefunden werden.

Da sich die InterviewpartnerInnen überwiegend bereits vor SLT mit dieser Thematik beschäftigt hatten, empfanden sie diese Veranstaltung als Unterstützung und Informationserweiterung. Bei nicht verstandenen Inhalten gaben alle TeilnehmerInnen von SLT an, dass sie sich jederzeit an die ModeratorInnen hätten wenden können.

Ohne Vorkenntnisse bzw. Vorinformationen bestätigt sich jedoch der Kritikpunkt aus der Untersuchung von Schlick, da der vorgegebene Zeitraum der Workshops offensichtlich nicht ausreicht, alle relevanten Themen vertiefend zu behandeln.

Zu 2.

Dieser Kritikpunkt konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit bestätigt werden, da laut den Aussagen der Angehörigen auf diverse Themenfelder ausschließlich auf Wunsch der TeilnehmerInnen vertiefend eingegangen wurde. Das Problem der Auswahl der Themenfelder (und damit der Schwerpunktsetzung) liegt auch im Design von SLT. In längerfristig angelegten Fortbildungen könnte auf die Wünsche der Teilnehmenden besser eingegangen und so die Zufriedenheit mit den präsentierten Inhalten gesteigert werden. Bei wenigen Treffen muss die Auswahl der Themen durch die ModeratorInnen erfolgen, was naturgemäß nicht immer den Bedürfnissen der Teilnehmenden/Eltern entspricht.

Zu 3.

Im Rahmen des Interviewsettings gaben die Angehörigen an, dass die Behandlung der Themen in den Arbeitskreisen für sie stimmig gewesen sei. Keine der Gesprächspersonen äußerte, dass sie sich mehr Zusammenarbeit mit ihrem Sohn, ihrer Tochter oder Bruder, gewünscht hätte. Dies kann sowohl positiv wie auch negativ interpretiert werden. Entweder ist den Angehörigen bewusst, dass das Sprechen oder die Behandlung sexualitätsbezogener Inhalte nur bedingt im familiären Rahmen gut aufgehoben ist, oder es besteht nach wie vor eine gewisse Scheu, über diese Themen zu sprechen. Eventuell ist es auch eine Mischung aus beiden Motiven. Der von Schlick erhobene Wunsch nach mehr direkter Zusammenarbeit sollte dennoch nicht weggeschoben werden. Eventuell brauchen Angehörige mehr Unterstützung, um z.B. das Sprechen über Verhütung oder eine Partnerschaft mit ihren Söhnen/Töchtern üben zu können oder die ModeratorInnen bräuchten mehr Zeit, um ev. vorhandene Barrieren thematisieren zu können.

Zu 4.

Die Kritikpunkte, die diesbezüglich bei Schlick angeführt wurden, konnten auch bei dieser Befragung bestätigt werden. Seitens SLT wurde, wie bereits bei Schlick angeführt, keine einheitliche Nachbetreuung angeboten. Der Kritikpunkt wurde trotz einer Überarbeitung bzw. einer Verbesserung des Konzepts seitens SLT nicht Rechnung getragen. Es wurden laut den Aussagen der InterviewpartnerInnen keine langfristigen Projekte nach SLT an den Einrichtungen durchgeführt. Es kann daraus abgeleitet werden, dass es auch nach den Arbeitskreisen einer längerfristigen Begleitung seitens der ModeratorInnen für die jeweiligen Projektdurchführungen bedürfe. Offensichtlich reicht das „Reden über“ Sexualität, wie es im Modell SLT ja bereits im Namen verankert ist, nicht aus, um MitarbeiterInnen nachhaltig zu befähigen, sexualpädagogische Projekte durchzuführen. Das Sprechen in den Arbeitskreisen führt vor allem zu einer Reflexion der grundlegenden Einstellungen und Haltungen, was sicherlich die Grundvoraussetzung für sexualpädagogisches Handeln ist. Die Durchführung von Projekten verlangt jedoch auch pädagogische Kompetenzen wie Planung und Konzeption, Erstellung von Leitbildern, didaktische Fähigkeiten, prozessorientiertes und personennahes Handeln in der Durchführung sowie Evaluation. In all diesen Bereichen bietet das Modell SLT zu wenig oder keine Unterstützung an.

Dennoch sei abschließend erwähnt, dass das Projekt SLT von den Angehörigen in der Regel positiv bewertet wurde. Dies wird vor allem vor dem Hintergrund verständlich, dass SLT oftmals das erste (und einzige) professionelle sexualpädagogische Angebot war, das sich ihnen geöffnet hat und in dem sie aktiv mit einbezogen wurden. Die vorliegenden Interviews konnten ja auch aufzeigen, dass Angehörige wenig Unterstützung bezüglich sexualitätsbezogener Themen erfahren. Sie sind mit den Äußerungen und Bedürfnissen ihrer Söhne/Töchter/Geschwister ebenso allein gelassen wie mit gesellschaftlichen (Vor-)Urteilen. Professionelle Hilfe und Unterstützung bekommen sie meist erstmals in betreuten Einrichtungen.

SLT kann also einen wertvollen Beitrag zur Informationserweiterung und dem Entgegenwirken von Vorurteilen bezüglich Sexualität und Behinderung leisten – diese Aspekte wurden von den InterviewpartnerInnen besonders betont.

Daraus kann allerdings auch abgeleitet werden, dass SLT zu spät kommt. Die Reflexion der Einstellungen zum Thema Sexualität und speziell auf das Thema Sexualität bei Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung sollte gerade auch bei Angehörigen nicht

erst dann beginnen, wenn die Menschen, um die es geht, erwachsen sind, sondern möglichst früh, damit die psychosexuelle Entwicklung gut begleitet werden kann.

10.2. Über den Forschungsteil

Ähnlich den Untersuchungen von Elsigan und Istenits (2008), konnte in der vorliegenden Arbeit anhand der Forschungsergebnisse festgestellt werden, dass sexualpädagogische Themen überwiegend fallbezogen und bei Aktualität behandelt werden (vgl. Elsigan, Istenits 2008, 201- 210). Eine einheitliche Struktur, welche die regelmäßige Behandlung von problembezogenen Settings festlegt, konnte auch bei den vorliegenden Untersuchungen bei keiner Einrichtung festgestellt werden. Jedoch stellte der Autor im Rahmen der Untersuchungen fest, dass die Behandlung sexualitätsbezogener Themen in Werkstätten und Wohnheimen seitens der BetreuerInnen als Teil ihres Arbeitsfeldes betrachtet wird. Diese Ergebnisse decken sich mit jenen von Wagner (2007), welche in ihrer Diplomarbeit feststellte, dass BetreuerInnen in Wohnheimen von Jugendlichen mit intellektueller Behinderung die Sexualerziehung häufiger in ihrem beruflichen Aufgabengebiet sahen, als jene BetreuerInnen, welche Jugendliche ohne Behinderung betreuten (vgl. Wagner 2007, 84- 88).

Wie bereits im Theorieteil (Geschichtliche Entwicklung) angeführt, gab der überwiegende Teil der InterviewpartnerInnen an, dass während der Kindheit und Jugend ihre Töchter und Söhne Sexualerziehung ein großes Tabuthema gewesen sei. Sexualpädagogische Begleitung und Unterstützung während der Schulzeit der Menschen mit intellektueller Behinderung fand nur vereinzelt statt.

Es zeigte sich, dass Angehörige erst durch die Institution Lebenshilfe bei dieser Thematik Unterstützung erfuhren. Jedoch hing die Behandlung von sexualpädagogischen Themen maßgeblich von der Leitung ab, da es ihrer Zustimmung bedurfte, ob Projekte, Elternabende,... an der Institution stattfinden konnten. Hier nahmen die befragten Einrichtungen eine Vorbildfunktion ein, da sich laut den Angaben der Interviewpersonen die Angehörigen sowie die Menschen mit intellektueller Behinderung sehr gut aufgehoben fühlen. So wird laut Angaben der Angehörigen z.B. die Grenzziehung zwischen Berufsleben und Privatleben unterstützt, da die Rückzugsmöglichkeit (auch mit Freund oder Freundin) nur im Wohnheim gegeben ist.

Es konnte, wie bereits im Theorieteil angeführt, bestätigt werden, dass nach Angaben der GesprächspartnerInnen für die meisten Menschen mit intellektueller Behinderung Nähe, Zärtlichkeit und Zuneigung eine wichtige Bedeutung haben. Wie diesen Wünschen entsprochen wird, hängt vor allem von der jeweiligen Einrichtung bzw. den darin arbeitenden Personen und ihren Werthaltungen und Einstellungen ab. Die Frage, wie viele Einrichtungen sich dem Thema Sexualität öffnen und in welcher Qualität sexualpädagogische Begleitung stattfindet, müsste im Zuge einer größeren Erhebung beantwortet werden. Allerdings scheint das unbedingte Tabu – Sexualität und Behinderung passen nicht zusammen – durchbrochen zu sein, sowohl bei Einrichtungen wie auch bei Eltern. Aufgrund der vorliegenden Untersuchung zeigt sich hier vor allem die Schule als rückschrittlich.

Angehörige bewerten es positiv, bei der Aufklärung ihres Sohnes/ ihrer Tochter unterstützt zu werden. vorherige Unterstützungsmaßnahmen wurden vereinzelt und fallbezogen durchgeführt. Meist mussten sich die Angehörigen selbst darum kümmern, sich Wissen anzueignen oder Hilfe zu erhalten. Im Alltag nahmen daher die psychische Verarbeitung, ein behindertes Kind zu haben, und die behinderungsbezogenen Förder- und Unterstützungsmaßnahmen den Großteil der Zeit und Ressourcen ein. Sexualerziehung spielte eine untergeordnete Rolle. Eltern nahmen in der Kindheit und Jugend ihres Nachwuchses die Aufklärung oftmals selbst in die Hand. Eine Angehörige genierte sich offensichtlich, bei sexualitätsbezogenen Fragen externen Rat in Anspruch zu nehmen. Ferner meinte der Großteil der befragten Angehörigen, dass LehrerInnen nicht in der Lage seien, diese Thematik im Unterricht zu behandeln. Generell fehlen vernetzende und langfristige Strukturen bei der Behandlung von sexualitätsbezogenen Themen. Besonders bei der Thematik Kinderwunsch sind die Eltern von Menschen mit intellektueller Behinderung überfordert.

Bei der Geschlechtsaufteilung der InterviewpartnerInnen zeigte sich, dass nur ein Mann an der Befragung teilnahm, was die gesellschaftliche Realität abbildet, in der Kindererziehung (speziell bei Menschen mit intellektueller Behinderung) auch heute noch größtenteils von den Frauen durchgeführt wird. Diese Annahme konnte auch dadurch bestätigt werden, dass im Gespräch mit LeiterInnen und BetreuerInnen oftmals Mütter zu sexualpädagogischen Themen Fragen gestellt bzw. an Gesprächsrunden zu dieser Thematik teilgenommen hatten. Das Verantwortungempfinden von Vätern bezüglich

Sexualerziehung für Menschen mit und ohne intellektueller Behinderung könnte Ausgangspunkt für einen weiteren Forschungsansatz darstellen.

Die Nutzung moderner Medien (Internet) war bei den InterviewpartnerInnen eher von untergeordneter Bedeutung. Viele verfügten über keinen Anschluss, bzw. haben es noch nicht gelernt, diese Quelle bei Informationsbedarf für sich zu nutzen. Das wird sich aber in näherer Zukunft mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit ändern, da Jugendliche und erwerbstätige Menschen mit diesen Medien vertraut sind und diese heute einen fixen Bestandteil in der Kommunikation einnehmen.

10.3. Über die Auswertung von Ebeyan

Abschließend möchte der Autor der vorliegenden Arbeit die eigenen Forschungsergebnisse über die Erfahrungen von Angehörigen mit SLT mit jenen von Ebeyan vergleichen, welche im Rahmen ihrer Diplomarbeit MitarbeiterInnen und LeiterInnen der Lebenshilfe Salzburg zum Modell SLT interviewte. Einige wesentliche Aspekte wurden in beiden Arbeiten deutlich: das Thema Sexualität ist nicht mehr völlig tabu, aber noch schwierig, auch für professionelle MitarbeiterInnen in Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen: das Sprechen über sexualitätsbezogene Themen fällt dem pädagogischen Personal (z.B. durch fortgeschrittenes Alter, konservative Einstellungen,...) oftmals schwer.

Im Forschungsteil von Ebeyan zeigten sich aus Sicht der BetreuerInnen/LeiterInnen Probleme in der Arbeit mit Angehörigen (z. B. Gespräche, gemeinsame Gestaltung von Projekten,...). Ablehnende Einstellungen und Werthaltungen seitens der Angehörigen verhinderten beispielsweise in einem Fall die Teilnahme der Tochter an SLT.

Ähnlich den Ausführungen im Theorieteil der vorliegenden Arbeit gaben die MitarbeiterInnen der Lebenshilfe an, dass seitens der Angehörigen Menschen mit intellektueller Behinderung Sexualität oder sexuelle Bedürfnisse oftmals abgesprochen werden. Die betreuenden Personen erzählen, dass sexuelle Wünsche und Bedürfnisse teilweise selbst bei offensichtlichen Handlungen gelehnet werden oder das Interesse für diese Thematik eher gering ausfällt. Bestätigt wurden die Aussagen der InterviewpartnerInnen, dass sexualpädagogische Projekte (für Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung) ähnlich des Modells SLT nicht mehr stattfanden. Eigens von den Einrichtungen entwickelte Projekte wurden nicht, Aktivitäten (z.B. das

Organisieren von Festen, Ausflügen,...) nur vereinzelt durchgeführt. Jedoch ergaben sich nach der Durchführung von SLT keine langfristigen weiterführenden Projekte, bei denen auch Angehörige einbezogen wurden. Die Behandlung von sexualitätsbezogenen Themen bei Menschen mit intellektueller Behinderung fand nach den Ergebnissen von Ebeyan auch nach SLT bei Bedarf bzw. fallbezogen statt. Ihre Untersuchung zeigt auch auf, dass sich einige TeilnehmerInnen erweiterte Informationen über sexualitätsbezogene Themen von SLT gewünscht hätten. So bestätigen die Erkenntnisse von Ebeyan, dass die einmalige Teilnahme an einem sexualpädagogischen Projekt wie SLT offensichtlich nicht ausreicht, eine langfristige sexualitätsbezogene Begleitung und Unterstützung aller Personengruppen (Menschen mit intellektueller Behinderung, Angehörigen und pädagogisches Personal) sicherzustellen. Es besteht trotz zunehmender Anerkennung der sexuellen Wünsche und Bedürfnisse noch großer Aufholbedarf (vgl. Ebeyan 2012).

10.4. Konsequenzen für das pädagogische Arbeitsfeld

Die Konsequenzen aus der vorliegenden Arbeit sind für Personen, die Menschen mit intellektueller Behinderung betreuen, vielfältig. Sie reichen von der Notwendigkeit, sich persönlich mit durch Erziehung, Kultur und Gesellschaft geprägten Normen, Werten und Einstellungen auseinander zu setzen bis zu grundlegenden strukturellen Veränderungen im Bereich Aus-, Fort- und Weiterbildung. Konkret geht es um folgende Forderungen:

- Sexuelle Bedürfnisse dürfen niemandem, auch nicht Menschen mit körperlichen oder intellektuellen Behinderung abgesprochen werden.
- Daraus folgt, dass Menschen mit Behinderungen im Bereich Sexualität genauso unterstützt und pädagogisch betreut werden sollen, wie in anderen Bereichen, in denen sie eventuell Unterstützung brauchen. Auf diese Aufgaben sollten die sie betreuenden Personen vorbereitet werden.
- In allen pädagogischen Grundausbildungen sollten sexualpädagogische Grundlagen und Methoden vermittelt werden. Es darf kein Zufall sein, ob Personen, die für eine Tätigkeit in einer Einrichtung der Behindertenhilfe ausgebildet werden, sexualpädagogische Grundlagen vermittelt bekommen oder nicht.

- Das Fort- und Weiterbildungsangebot muss erweitert und auf seine Qualität überprüft werden. Es braucht Vernetzung und Zusammenarbeit der verschiedenen Beratungsstellen und Anbieter, damit Einrichtungen sich die für sie passenden Angebote aussuchen oder zusammenstellen können.

Trotz eines zunehmenden sexualpädagogischen Beratungsangebots (ISP,...), wie es im Theorieteil dargestellt wurde, wurde nur SLT bei der Lebenshilfe Salzburg angeboten. Die InterviewpartnerInnen kannten keine anderen sexualpädagogische Projekte. Um der Erhaltung einer konstanten Beratungsqualität und einer größeren Bandbreite von Informationen zu entsprechen, sollten neben SLT auch andere Anbieter in Einrichtungen (Wohnheimen und Werkstätten) in regelmäßigen Abständen eingeladen werden. Ratsuchende Angehörige brauchen ein Netz an Beratungsstellen, die ihnen die Möglichkeit bieten, im akuten Anlassfall oder bei andauernden Problemen sexualpädagogische Hilfestellung zu erhalten. Auch die Möglichkeit für Austausch mit anderen Eltern, für Vorträge oder den Zugang zu Expertenwissen sowie zu speziellen Angeboten für Menschen mit Beeinträchtigungen sollten bereitgestellt werden. Ferner könnten bei sexualitätsbezogenen Problemen externe Beratungsstellen fixierten Einstellungen und Werthaltungen seitens der Angehörigen und BetreuerInnen gegenüber Menschen mit intellektueller Behinderung entgegenwirken.

Sexualpädagogische Projekte, die durch MitarbeiterInnen von Einrichtungen selbst oder durch externe ReferentInnen durchgeführt werden, können, wie es von einigen InterviewpartnerInnen beschrieben wurde, als Unterstützung betrachtet werden. Wie wichtig es ist, dass Angehörige in derartige Projekte – sei es durch Elternabende, Informationen durch ExpertInnen oder eben durch die aktive Teilnahme wie im Projekt SLT – einbezogen werden, sollte als Erkenntnis aus dieser Arbeit mitgenommen werden. Es bedarf ebenfalls einer langfristigen und großflächigen Vernetzung zu diversen interdisziplinären Einrichtungen (Kliniken, Sozialamt, Beratungseinrichtungen, ect.), um Eltern zu unterstützen und damit auch dem Anspruch der Gleichstellung von Menschen mit intellektueller Behinderung auch in diesen Belangen gerecht zu werden.

Das Behandeln sexualitätsbezogener Themenfelder für Menschen mit intellektueller Behinderung und deren Angehörigen sollte bei lebensabschnittbezogenen Einrichtungen (Frühförderstellen, Schulen, Wohnheime) fester Bestandteil sein. Trotz zunehmender Anerkennung von Sexualität und Behinderung besteht noch großer Aufholbedarf, um die Gleichstellung dieser Personengruppe auch in diesem Lebensbereich zu erreichen.

11. Literaturverzeichnis

Achilles Ilse (2005): „Was macht ihr Sohn denn da?“ Geistige Behinderung und Sexualität . 4. Auflage Ernst Reinhardt, GmbH& co Kg, Verlag, München

Bach Heinz (1991): Zum Begriff „Schwerster Behinderung“. In:
Fröhlich Andreas: Pädagogik bei schwerster Behinderung
Wissenschaftsverlag Volker Spiess GmbH Berlin, 3- 14

Bader Ines (2005): Entwicklung von Identität und Partnerschaftsbeziehungen im Lebenslauf älterer geistigbehinderter Menschen. In:
Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 277- 287

Bader Ines (2005): Körperlichkeit und Sexualität geistig schwerbehinderter Menschen. In:
Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 148- 158

Badlet Isolde (2003): Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. In:
Irblich Dieter, Stahl Burkhard: Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder
Hogrefe- Verlag, Göttingen, 268- 306

Barholomäus Wolfgang (1992): Sexualfeindschaft. In:
Dunde Siegfried Rudolf: Handbuch Sexualität
Deutscher Studien Verlag Weinheim, 246- 249

Berger Ernst (2005): Was hat die Medizin mit Behinderung zu tun? In:
Gerber Gisela (u.a.): Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft
und Praxis.

2. Auflage Empirie Verlag Wien, 33- 35

Biermann Adrienne, Goetze Herbert (2005): Sonderpädagogik. Eine Einführung
Kohlhammer Druckerei GmbH Stuttgart

Bergeest Harry (2007): Sexualität. In:

Bundschuh Konrad, Heimlich Ulrich, Krawitz Rudi (Hg.) (2007): Wörterbuch
Heilpädagogik.

3. Auflage

Julius Klinkhardt Verlag Bad Heilbrunn 3.Auflage, 242- 244

Bleidick Ulrich (1978): Pädagogik der Behinderten. Grundzüge einer Theorie der
Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher

Carl Marhold Verlagsbuchhandlung Berlin- Charlottenburg

Brehmer Ilse, Simon Gertrud (1997): Geschichte der Frauenbildung und
Mädchenerziehung in Österreich

Leykam Buchverlagsgesellschaft Graz

Bundesvereinigung Lebenshilfe (2009): Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit
mit geistig behinderten Menschen

Juventa Verlag Weinheim und München

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2010): Liebevoll Begleiten.
Körperwahrnehmung und körperliche Neugier kleiner Kinder

Sielber Druck Niestetal

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2002): Love Talks... Dokumentation
Pressespiegel Das Projekt

BZgA Köln

Bundschuh Konrad, Heimlich Ulrich, Krawitz Rudi (Hg.) (2007): Wörterbuch Heilpädagogik.

3. Auflage

Julius Klinkhardt Verlag Bad Heilbrunn

Driza, Cholewa, Holemy (1991): Leben und Umwelt. Lehrbuch für Biologie und Umweltkunde (AHS, HS). Band 4

Verlag der Salzburger Druckerei. Salzburg

Drechsler Christiane (2004): Zur Lebensqualität Erwachsener mit geistiger Behinderung in verschiedenen Wohnformen; untersucht am Beispiel der Fachklinik Schleswig-Stadtfeld, des Wohnprojektes der Fachklinik Schleswig- Stadtfeld und der Werkgemeinschaft Bahrenhof e. V.

Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik Luzern

Etschenberger Karla (1992): Sexualerziehung/- pädagogik. In:

Dunde Siegfried Rudolf: Handbuch Sexualität

Deutscher Studien Verlag Weinheim, 241- 245

Faßbender Karl- Josef, Schlüter Martina (Hg.) (2007): Pflegeabhängigkeit und Körperbehinderung. Theoretische Fundierungen und praktische Erfahrungen

Julius Klinkhardt Verlag Bad Heilbrunn

Fegert Jörg M., Jeschke Karin, Thomas Helgard, Lehmkuhl Ulrike(Hrsg.) (2006): Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung

Juventa Verlag Weinheim und München

Fischer Erhard (2008): Pädagogik für Menschen mit geistiger Behinderung. Sichtweisen Theorien, Aktuelle Herausforderungen

Athena Verlag Oberhausen

Flick Uwe, Ernst von Kardorff, Steinke Ines (Hg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch 6. Auflage Rohwohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg

Freund Ulli, Riedel-Breidenstein Dagmar (2006): Sexuelle Übergriffe unter Kinder. Handbuch zur Prävention und Intervention. Köln: Verlag Mebes& Noack, Köln

Friedrich Max H. (2001): Tatort Kinderseele. Sexueller Missbrauch und die Folgen
Verlag Carl Ueberreuter, Wien

Fütterer Klaus, Siegel Hansjörg (2005): Ethische und theologische Überlegungen zur Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In:
Walter Joachim (2005): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 78- 86

Ganssmüller Christian (1987): Die Erbgesundheit des Dritten Reichs
Verlag Böhlau GmbH& Cie, Köln

Gerber Gisela (u.a.) (2005): Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis.
2. Auflage Empirie Verlag Wien

Greben- Krenn Babara- Amina, Jaenicke Joachim, Jungbauer Wolfgang (2010):
Biologisch 4
10. Auflage Verlag E. Dörner GmbH Wien

Greving Heinrich, Ondracek Peter (Hrsg.) (2009): Spezielle Heilpädagogik. Eine Einführung in die handlungsfeldorientierte Heilpädagogik
Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Haerberle Erwin (2005):Atlas Sexualität
Deutscher Taschenbuchverlag München

Hahn Martin (2005): Pädagogische Ansätze- Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung. In:

Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.

Schriftenreihe Band 1 6. Auflage

Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 110- 127

Heinz- Grimm Renate (2005): Regelung der Sterilisation im Betreuungsgesetz. In:

Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.

Schriftenreihe Band 1 6. Auflage

Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 375- 388

Heinz- Grimm Renate (2005): Sexueller Missbrauch geistig behinderter Menschen im Spannungsfeld des Strafrechts. In:

Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.

Schriftenreihe Band 1 6. Auflage

Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 430- 443

Herzog Gunter, Tergeist Gabriele (Hg.) (1996): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie

Psychiatrie- Verlag gem. GmbH Bonn

Hinz Andreas, Boban Ines (2001): Integrative Berufsvorbereitung. Unterstütztes Arbeitstraining für Menschen mit Behinderung

H. Heenemann GmbH & Co Berlin

Hoffmann- Richter Ulrike, Finzen Asmus (1996): Sexualität und psychische Krankheit: Überforderung psychiatrischer Kliniken. In:

Herzog Gunter, Tergeist Gabriele (Hg.) (1996): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie

Psychiatrie- Verlag gem. GmbH Bonn, 12- 21

Hopf Christel (2008): Qualitative Interviews- ein Überblick. In:
Flick Uwe, Ernst von Kardorff, Steinke Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch
6. Auflage Rohwohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 349- 360

Holler Horst, Limmer Christa (2001): Werte und Normen. In:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Rahmencurriculum
Sexualpädagogische Kompetenzen. Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial-
und Gesundheitswesen. Band 18
BZgA Köln, 65- 68

Hoyler- Herrmann Annerose (2005): Überlegungen zur Sexualpädagogik bei
geistigbehinderten Erwachsenen. In:
Walter Joachim (2005): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für
Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 197- 214

Huber Norbert (2005): Partnerschaft- Liebe- Sexualität. Gedanken zum Thema. In:
Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung
und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 22- 28

Irblich Dieter, Stahl Burkhard (2003): Menschen mit geistiger Behinderung.
Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder
Hogrefe- Verlag, Göttingen

Istenits Tina, Elsigan Birgit (2008): Sexualpädagogische Inhalte in der Ausbildung zum/
zur BehindertenpädagogIn bzw. diplomierten SozialpädagogIn: Die Diskrepanz zwischen
Ausbildung und Praxisanforderung
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien

Jeschonnek Gudrun, Kunz Daniel (2001): Körper- und Sexualaufklärung. In:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Rahmencurriculum
Sexualpädagogische Kompetenzen. Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial-
und Gesundheitswesen. Band 18
BZgA Köln, 189- 220

Klein Ferdinand (2000): Zur Sterilisation geistig behinderter Frauen. In:
Färber Hans- Peter, Lipps Wolfgang, Seyfarth Thomas (Hg.): Sexualität und
Behinderung. Umgang mit einem Tabu
Attempo- Verlag Tübingen, 141- 168

Kowal Sabine, O`Connell Daniel C. (2008): Zur Transkription von Gesprächen. In:
Flick Uwe, Ernst von Kardorff, Steinke Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch
6. Auflage Rohwohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 437- 447

Kunz Daniel, Winkler Petra (2001): Sexualpädagogik und geistige Behinderung. In:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Rahmencurriculum
Sexualpädagogische Kompetenzen. Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial-
und Gesundheitswesen. Band 18
BZgA Köln, 327- 357

Leky Lutz Gero (1992): Psychoanalyse. In:
Dunde Siegfried Rudolf: Handbuch Sexualität
Deutscher Studien Verlag Weinheim, 204- 212

Lempp Reinhard (2005): Pubertät und Adoleszenz beim geistigbehinderten Menschen. In:
Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung
und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 174- 186

Leue - Käding Susan (2004): Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer
geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Entabuisierung
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH

Lorenz Alfred L. (1996): Alltäglich und beunruhigend. Sexualität in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In:

Herzog Gunter, Tergeist Gabriele (Hg.): Störfall Sexualität. Intimitäten in der Psychiatrie
Psychiatrie- Verlag gem. GmbH Bonn, 240- 247

Markowetz Reinhard (2007): Vorurteile. In:

Bundschuh Konrad, Heimlich Ulrich, Krawitz Rudi (Hg.): Wörterbuch Heilpädagogik.
3. Auflage

Julius Klinkhardt Verlag Bad Heilbrunn, 289- 293

Meyer- Wahl Lilli (2005): Sexualität und Anfallsranke. In:

Walter Joachim (2005): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für
Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.

Schriftenreihe Band 1 6. Auflage

Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 67- 75

Neuhäuser Gerhard, Steinhausen Hans- Christoph (Hg.) (1999): Geistige Behinderung.
Grundlagen, Klinische Syndrome, Behandlung und Rehabilitation

Kohlhammer Druckerei GmbH Stuttgart 2. Auflage

Offenhausen Hermann B. F. (2006): Sexualität & Behinderung

Reha Verlag Remagen 4. Auflage

Ortland Barbara (2005): Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus der
Sicht der Lehrerinnen und Lehrer. Wissenschaftliche Grundlagen, empirische Ergebnisse,
pädagogische Konsequenzen

Julius Klinkhardt Verlag

Ortland Barbara (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer
behinderungsspezifischen Sexualpädagogik

W. Kohlhammer Verlag Stuttgart

Perner Rotraud A.(1999): Sexualität in Österreich. Eine Inventur

Aaptos- Verlag Wien

Pixa- Kettner Ursula, Bargfrede Stefanie, Blanken Ingrid (2005): Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Untersuchung. In:

Walter Joachim: Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.

Schriftenreihe Band 1 6. Auflage

Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH, 305- 317

Pixa- Kettner Ursula (1996): „Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...“. Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD

Nomos Verlagsgesellschaft GmbH & CO. KG, Baden- Baden

Rendtorff Barbara (2006): Erziehung und Geschlecht. Eine Einführung

W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Rosenberger Sigrid, Wassermair Martin (Hg.) (2007): Generation Sexkoffer. Jugend in den 80er Jahren zwischen politischem Klimawandel, Freizeitindustrie und Popkultur

Erhard Löcker, Wien

Schenk- Danzinger Lotte (1988): Entwicklung, Sozialisation, Erziehung

Ernst Klett Verlag Wien

Schlick Antonia (2004): „Special Love Talks“ Evaluierung und Implementierung eines Modells zur sexualpädagogischen Begleitung für den Lebensbereich von Menschen mit geistiger Behinderung.

Unveröffentlichte Dissertation, Universität Salzburg

Schmidt (2008): Analyse von Leitfadeninterviews. In:

Flick Uwe, Ernst von Kardorff, Steinke Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch 6. Auflage Rohwohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Reinbek bei Hamburg, 447- 456

Schmuck Sascha (2007): Homosexualität als Herausforderung an die neutestamentliche Gemeinde

1.Auflage Books on Demand GmbH Nordstedt

Schuck Karl Dieter (2001): Fördern, Förderung, Förderbedarf. In:

Antor Georg, Bleidick Ulrich (Hg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik. Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis

Kohlhammer Druckerei GmbH Stuttgart, 63- 67

Schuster Peter, Springer- Kremser Marianne (1998): Anwendung der Psychoanalyse. Gesundheit und Krankheit aus psychoanalytischer Sicht

WUV- Universitätsverlag Wien

Schuster Peter, Springer- Kremser Marianne (1997): Bausteine der Psychoanalyse. Eine Einführung in die Tiefenpsychologie

WUV- Universitätsverlag Wien

Senckel Barbara (2003): Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In:

Irblich Dieter, Stahl Burkhard (2003): Menschen mit geistiger Behinderung. Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder

Hogrefe- Verlag Göttingen,71- 147

Severinsky (2005): Historische Perspektiven. In:

Gerber Gisela (u.a.): Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis.

2. Auflage Empirie Verlag Wien, 195

Sielert Uwe (2005): Einführung in die Sexualpädagogik.

Beltz Verlag, Weinheim/ Basel

Sielert Uwe (2008): Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung.

Juventa Verlag. Weinheim München

Sigusch Volkmar (2008): Geschichte der Sexualwissenschaft
Campus Verlag Frankfurt/ Main

Speck Otto (2005): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. 10. Auflage
Ernst Reinhardt, Verlag. München

Stinkes Ursula (2003): Menschenbildannahme zu dem Phänomen Behinderung. In:
Irblich Dieter, Stahl Burkhard (2003): Menschen mit geistiger Behinderung.
Psychologische Grundlagen, Konzepte und Tätigkeitsfelder
Hogrefe- Verlag, Göttingen, 31- 50

Strachota Andrea (2006): Zwischen Hoffen und Bangen. Frauen und Männer berichten über ihre Erfahrung mit pränataler Diagnostik
Mabuse Verlag. Frankfurt am Main

Theunissen Georg (2007): Geistige Behinderung. In:
Bundschuh Konrad, Heimlich Ulrich, Krawitz Rudi (Hg.): Wörterbuch Heilpädagogik.
3. Auflage
Julius Klinkhardt Verlag Bad Heilbrunn, 94- 96

Theunissen Georg (2005): Pädagogik bei geistiger Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten 4. Auflage. Ein Studienbuch der Heil- und Sonderpädagogik
Die Deutsche Bibliothek. Julius Klinkardt. Regensburg

Thimm Walter (2001): Leid, Leiden. In:
Antor Georg, Bleidick Ulrich (Hg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik.
Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis
Kohlhammer Druckerei GmbH Stuttgart, 80- 82

Tietze- Fritz Paula (1993): Elternarbeit in der Frühförderung. Begegnungen mit Müttern in einer besonderen Lebenssituation. Ein Theorie- Praxis Bericht
Löer Druck GmbH. Dortmund

Timmermanns Stefan, Tuider Elisabeth, Sielert Uwe (Hg.) (2004): Sexualpädagogik weiter denken. Postmoderne Entgrenzungen und pädagogische Orientierungsversuche
Juventa Verlag Weinheim und München, 27- 43.

Valtl Karlheinz (1998): Sexualpädagogik in der Schule. Didaktische Analysen und Materialien für die Praxisprimar- und Sekundarstufe
Beltz Verlag. Weinheim und Basel

Valtl Karlheinz (2001): Sexuelle Biographie. In:
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2001): Rahmencurriculum Sexualpädagogische Kompetenzen. Qualifizierungsmaßnahmen im Bildungs-, Sozial- und Gesundheitswesen. Band 18
BZgA Köln, 83- 113

Valtl Karlheinz, Sielert Uwe (2000): Sexualpädagogik lehren. Didaktische Grundlagen und Materialien für die Aus- und Fortbildung
Beltz Verlag. Weinheim und Basel

Wagner Nicole (2007): Sexualität und geistige Behinderung- Ein empirischer Vergleich der Einstellung zur Sexualität von geistig behinderten und nicht behinderten Kindern und Jugendlichen in Institutionen
Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien

Walter Joachim (2005): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden- Württemberg e.V.
Schriftenreihe Band 1 6. Auflage
Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH

Weber Germain (1997): Intellektuelle Behinderung. Grundlagen, klinisch- psychologischer Diagnostik und Therapie im Erwachsenenalter
WUV- Universitätsverlag. Wien

Weidinger Bettina, Kostenwein Wolfgang, Dörfler Daniela (2007): Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen. 2.Auflage
Springer – Verlag, Wien

Wilken Udo, Jeltsch- Schudel Barbara (Hrsg.) (2003): Eltern Behinderter Kinder.
Empowerment- Kooperation- Beratung
Verlag W. Kohlhammer GmbH Stuttgart

Wocken Hans (2001): Integration. In:
Antor Georg, Bleidick Ulrich (Hg.): Handlexikon der Behindertenpädagogik.
Schlüsselbegriffe aus Theorie und Praxis
Kohlhammer Druckerei GmbH Stuttgart, 76-79

Wrede Brigitta, Hunfeld Maria (1997): Sexualität- (K)ein Thema in der
Hochschulausbildung? Entwicklung einer hochschuldidaktischen Ausbildungskonzeption
für Sexualpädagogik
Kleine Verlag GmbH Bielefeld

Quellen aus dem Internet

ABGB Allgemeines Bürgerliches Gesetzbuch. Stand BGBl. Nr. 118/2002. Seite 1 §1-283
<http://www.ibiblio.org/ais/abgb1.htm#t1h4>
Download am 09.02.2012

AHS- Lehrpläne Oberstufe neu: Biologie und Umweltkunde
http://www.bmukk.gv.at/medienpool/11860/lp_neu_ahs_08.pdf
Download am 07.08.2010

Aktion „T4“- lebensunwert- lebensunwert.at
<http://www.lebensunwert.at/ns-euthanasie/noch-einer.html>
Download am 31.10.2011

Alpha nova Homepage

<http://www.alphanova.at/>

Download am 30.11.2011

Arbeitskreis Eltern Behinderter (2002): Auf der Spur... Lebensbiographien von ehemaligen SchülerInnen des Berufsfindungskurses Brixen

Eine qualitative Untersuchung zu Lebenslagen, eine gemeinsame Entdeckungsreise, eine Bestandsaufnahme

<http://bidok.uibk.ac.at/library/arbeitskreis-spur.html>

Download am 20.10.2011

Berger Ernst (1998): Ärztliche Sicht- „Zwangsterilisation“? Zwangsterilisation- Menschenrechtsverletzung oder Notwendigkeit? Enquete am Donnerstag, 5.März 1998 im Parlament. Veranstalter: Grüner Parlamentsklub

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/berger-zwangsterilisation.html>

Download am 30.08.2011

Berger Ernst (2011): Kinderpsychiatrie in der NS- Zeit. Ordnungs- und Vernichtungspolitik in Kooperation mit Pädagogik und Fürsorge

<http://150-jahre->

heilpaedagogik.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/kongr_heilpaedagogik/Berger.pdf

Download am 31.10.2011

Berger Ernst (1999): Medizin- Behinderung- Integration. Gibt es einen Paradigmenwechsel?

Schulheft 94, 1999 (S 19- 28). Überarbeitete Fassung des Vortrags „Was hat die Medizin mit Behinderung zu tun“ beim 9. Österr. Symposium f. d. Integration behinderter Menschen; 1993, Feldkirch.

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/berger-integration.html>

Download am 26.10.2011

Berger Ernst, Michel Barbara (1997): Zwangssterilisation bei geistiger Behinderung. Wr. Klin. Wochenschr. 109 / 23, 925-31, 1997

<http://bidok.uibk.ac.at/library/berger-sterilisation.html>

Download am 30.08.2011

Bilanzbericht 2004- 2006. BZgA

<http://www.bzga.de/infomaterialien/bilanzberichte/bzga-bilanzbericht-2004-2006/>

Download am 13.03.2011

Bildungsrat 1973- NiBiS

http://www.nibis.de/~infosos/bildungsrat_1973.htm

Download am 26.10.2011

BMASK- Fachpublikum- Menschen mit Behinderung. UN- Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderung

<http://www.bmask.gv.at/cms/site/liste.html?channel=CH1027>

Download am 29.01.2012

Bm:ukk- Bildungsanliegen: Geschlechtsspezifische Bildungsfragen

<http://genderr.schule.at>

Download am 28.12.2011

bm:ukk- Unterrichtsprinzipien Sexualerziehung

http://www.bmukk.gv.at/schulen/unterricht/prinz/Unterrichtsprinzipien_Se1597.xml

Download am 14.05.2010

Bundesgesetzblatt für die Republik Österreich. Jahrgang 2000. Ausgegeben am 29. Dezember 2000 Teil 1.

135. Bundesgesetz: Kindschaftsrechts- Änderungsgesetz 2001- KindRÄG 2001

http://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/2000_135_1/2000_135_1.pdf

Download am 30.08.2011

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2010): Pränataldiagnostik.
Spezielle vorgeburtliche Untersuchungen

http://www.bmwfj.gv.at/Familie/FinanzielleUnterstuetzungen/Kinderbetreuungsgeld/Documents/PD-Broschüre_10_web.pdf

Download am 01.12.2011

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

<http://www.bzga.de>

Download am 10.10.2011

Caritas Österreich

www.caritas.at

Download am 14.02.2012

Definition des Begriffes „geistige Behinderung“

<http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news2/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Download am 16.10.2011

Der Standard (24.11.2010): Das Schweigen des Kardinals

<http://derstandard.at/1289608693527/Nachlese-Das-Schweigen-des-Kardinals>

Download am 11.02.2012

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icdverz/icdv-5.htm>

Download am 01.12.2011

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/index.htm>

Download am 26.10.2011

De Vries Nina (2008): Eine Riesenorgie von Sinneseindrücken! Den Körper entdecken- Sexualität erleben. Sexualassistenz für Menschen mit einer Beeinträchtigung

Broschüre

<http://bidok.uibk.ac.at/library/vries-sexualassistenz.html>

Download am 03.12.2011

Doose Stefan (2003): Unterstützte Beschäftigung im Kontext von internationalen, europäischen und deutschen Entwicklungen in der Behindertenpolitik

In Impulse (2003), H27, S 3- 13

<http://bidok.uibk.ac.at/library/doose-kontext.html>

Download am 26.10.2011

Dreimonatsspritze (Depotspritze)

http://www.netdokter.at/health_center/verhuetung/dreimonatsspritze.shtml

Download am 10.02.2012

Familienplanungszentrum (2010): „Eigenwillig“- Projekt zum Aufbau eines Angebotes der Fachberatung zur Körper- und Sexualaufklärung für Menschen mit Behinderungen in Hamburg. Abschlussbericht

http://www.familienplanungszentrum.de/fileadmin/Material/pdf/Abschlussbericht_Eigenwillig_09-2010_fin.pdf

Download am 12.02.2012

Feuser Georg (1996): Geistigbehinderte gibt es nicht. Zum Verhältnis von Menschenbild und Integration

Referat am 11. Österreichischen Symposium für die Integration behinderter Menschen "Es ist normal, verschieden zu sein". Veranstaltungszeitraum: 6. - 8. Juni 1996 in Innsbruck; Veranstalter: "Tafelberg - Tiroler Arbeitskreis für integrative Erziehung" in Zusammenarbeit mit der "Tiroler Vereinigung zugunsten behinderter Kinder" und dem "Institut für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck".

<http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-geistigbehinderte.html>

Download am 04.01.2012

Feuser Georg (1991): Wider die Unvernunft der Euthanasie. Ungekürzte Fassung eines Vortrags an der Universität Innsbruck im Rahmen der Reihe „Wissenschaft und Verantwortlichkeit“ am 12.12.1991

<http://bidok.uibk.ac.at/library/feuser-euthanasie.html>

Download am 31.10.2011

Geschäftsfähigkeit

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/99/Seite.991126.html>

Download am 09.02.2012

Geschäftsfähigkeit bei Kinder und Jugendlichen

http://portal.wko.at/wk/format_detail.wk?AngID=1&StID=431297&DstID=0

Download am 09.02.2012

Grunderlass „Sexualerziehung in den Schulen“. Wiederverlautbarung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur.

http://www.schule.at/dl/Grundsaterlass_Deutsch_A4.pdf

Download am 11.03.2011

Hahn Heidemarie (2002): Sexuelle Erfahrungen von Frauen mit geistiger Behinderung unter besonderer Berücksichtigung einer Einzelfalldarstellung. Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades „Magistra der Philosophie“ an der Human- und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien, eingereicht im Januar 2002

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/hahn-sexualitaet.html>

Download am 30.08.2011

HELP.gv.at- Soziales und Notfälle- Sachwalterschaft

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900100.html>

Download am 03.09.2011

HELP.gv.at- Soziales und Notfälle- Sachwalterschaft

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/290/Seite.2900202.html>

Download am 11.09.2011

HUMAN RIGHTS TALK: Eine Schule für alle

<http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Themen/Bildung/HUMAN-RIGHTS-TALK-Eine-Schule-fuer-alle>

Download am 01.12.2011

ICD-10-GM Version 2012. Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00- F99)
Intelligenzstörung (F70- F79)

<http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/htmlgm2012/block-f70-f79.htm>

Download am 05.10.2011

Institut für Sexualpädagogik Dortmund

<http://www.isp-dortmund.de/>

Download am 08.12.2011

Institut für Sexualpädagogik Österreich

<http://www.sexualpaedagogik.at/>

Download am 08.12.2011

ICF (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen

http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf?action_Ichakzeptiere

Download am 26.10.2011

Initiative Christliche Familie (2011): Rückblick auf die Theologie des Leibes- Tagung in Eichstätt

http://www.christlichefamilie.at/?page_id=5978

Download am 14.01.2012

Kandel Itzhak, Müller Erichsen Maren (1999): Liebe und Sexualität. Psychosozial;
22.Jahrgang- Nr. 77- 1999- Heft III

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/kandel-liebe.html>

Download am 30.08.2011

Kuhl Jan (2011): Konstruktionsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen mit geistiger
Behinderung. Konstrukt, Diagnostik, Förderung

Inaugural- Dissertation, Fachbereich Psychologie und Sportwissenschaft Justus- Liebig-
Universität Gießen

http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2011/8196/pdf/KuhlJan_2011_05_05.pdf

Download am 04.02.2012

Lebenshilfe: „Hört uns zu. Wir sind die Experten!“

<http://www.lebenshilfe.at/index.php?/de/Aktuelles/Hoert-uns-zu.-Wir-sind-die-Experten!>

Download am 01.12.2011

Lebenshilfe Österreich

<http://www.lebenshilfe.at/>

Download am 27.11.2011

Lebenshilfe Deutschland

<http://www.lebenshilfe.de/>

Download am 27.11.2011

Lehrplan der allgemeinen Sonderschule Anlage C1

<http://www.cisonline.at/index.php?id=8>

Download am 29.12.2010

Lehrpläne HS: Biologie und Umweltkunde

http://www.bmukk.gv.at/medienpool/874/lp_hs_bio_874.pdf

Download am 07.08.2010

Lehrplan der Hauptschule. Erster Teil. Allgemeines Bildungsziel. Anlage 1

http://www.bewegung.ac.at/uploads/media/Hauptschule_Allgemeiner_Teil.pdf

Download am 07.08.2010

Lehrplan der Volksschule: BGBl. Nr. 134/1963 in der Fassung BGBl

http://www.bmukk.gv.at/medienpool/14055/lp_vs_komplett.pdf

Download am 07.08.2010

LIBIDA- Sexualbegleitung

www.libida.at

Download am 17.02.2011; 08.12.2011

Love Talks in der Schule- Gesundes Leben

<http://gesundeleben.at/lebensraum/kindergarten-und-schule/lovetalks-in-der-schule>

Download am 09.12.2011

Love Talks online

www.lovetalks.org

Download am 13.02.2011

Magauer Daniela (2008): „Steht hinter der Einstellung bezüglich der Pränataldiagnostik eine Einstellung gegenüber behinderten Menschen?“- eine qualitative Studie anhand des Vergleichs zweier Berufsgruppen

Veröffentlichte Diplomarbeit

http://othes.univie.ac.at/3662/1/2008-12-15_0107865.pdf

Download am 31.10.2011

Max- Planck- Gesellschaft- 50 neue genetische Ursachen für...

http://www.mpg.de/4424340/monogene_defekte?filter_order=L

Download am 16.10.2011

Menschen mit Behinderungen in Österreich: Zahlen und Fakten

<http://www.oear.or.at/barrierefrei-gestalten/barrierefreie-kommunikation/zahlen-und-fakten>

Download am 25.11.2011

Menschen mit geistiger Behinderung in unserer Gesellschaft. „Wir sind auch ganz normale Leute!“

http://www.lebenshilfe.de/wDeutsch/leben_mit_behinderung/sympathiebroschuere.pdf

Download am 12.10.2011

Ness Uwe Jürgen (1997): Zur Pränataldiagnostik und Gentherapie. Bioethik kontra Menschenrechte- Die Bedeutung der Bioethik- Konvention unter besonderer Beachtung von Menschen mit Behinderungen Enquete, am Dienstag, 18.März 1997 im Parlament, Budgetsaal Veranstalter: Grüner Parlamentsklub

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/ness-praenataldiagnostik.html>

Download am 15.09.2011

Öffentliche und private Schulen 1923/24 bis 2009/10

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/schulen_schulbesuch/index.html

Download am 20.11.2011

Orientierung: Institut für Sexualpädagogik

<http://www.isp-dortmund.de/institut-sexualpaedagogik/orientierung.html>

Download am 09.02.2011

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR). Menschen mit Behinderung und ihre Rechte

<http://www.oear.or.at/ihr-recht>

Download am 01.12.2011

Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (ÖAR). UN- Behindertenrechts-Konventionen

<http://www.oeaar.or.at/ihr-recht/un-behindertenrechtskonvention>

Download am 26.10.2011

Österreichisches Institut für Familienforschung

http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=554&cHash=4beec69a19a30ff4663369e7a50d6a16

Download am 08.10.2011

Praenatale Diagnostik: Zahlen und Fakten

http://www.praenatal-diagnostik.ch/zahlen_fakten.html

Download am 15.09.2011

Pro Familia

<http://www.profamilia.de/>

Download am 30.09.2011

Puschke Martina (2005): Die Internationale Klassifikation von Behinderung der Weltgesundheitsorganisation. Erschienen in: Weiber ZEIT, Zeitung des Projektes „Politische Interessensvertretung behinderter Frauen“ des Weibernetz e.V. Ausgabe Nr. 07, April 2005, Seite 4-5 Weiber Zeit (07/ 2005)

<http://bidok.uibk.ac.at/library/wzs-7-05-puschke-klassifikation.html>

Download am 31.10.2011

Schlaffer Peter (1998): Aus der Sicht der Sachwalterschaft: „Zwangsterilisation“. Zwangsterilisation- Menschenrechtsverletzung oder Notwendigkeit? Enquete am Donnerstag, 5.März 1998 im Parlament. Veranstalter: Grüner Parlamentsklub

<http://bidok.uibk.ac.at/library/schlaffer-zwangsterilisation.html>

Download am 30.08.2011

Senia Enthinderung der Sexualität

www.senia.at

Download am 09.02.2011; 17.02.2011; 16.11.2011

Sexuelle Kontakte- HELP.gv.at

<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/174/Seite.1740310.html>

Download am 07.08.2010

Special Love Talks

http://www.oif.ac.at/service/zeitschrift_beziehungsweise/detail/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=554&cHash=4beec69a19a30ff4663369e7a50d6a16

Download am 08.10.2011

STATISTIK AUSTRIA - Eheschließung- Statistiken

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/eheschliessungen/index.html

Download am 13.03.2011

Statistik Austria- Schulbesuch. Schülerinnen und Schüler an öffentlichen und privaten Schulen 1923/24 bis 2009/10

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bildung_und_kultur/formales_bildungswesen/schulen_schulbesuch/index.html

Download am 20.11.2011

Steingruber Alfred (2000): Der Behinderungsbegriff im österreichischen Recht

Abdruck der approbierten Diplomarbeit an der rechtswissenschaftlichen Fakultät der Karl-Franzens-Universität Graz, Juni 2000

<http://bidok.uibk.ac.at/library/steingruber-recht.html>

Download am 28.12.2011

§ 90 StGB Einwilligung des Verletzten

http://www.jusline.at/90_Einwilligung_des_Verletzten_StGB.html

Download am 29.08.2011

§ 97 StGB Straflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs

http://www.jusline.at/97_Straflosigkeit_des_Schwangerschaftsabbruchs_StGB.html

Download am 06.08.2010

§ 98 StGB Schwangerschaftsabbruch ohne Einwilligung der Schwangeren

http://www.jusline.at/98_Schwangerschaftsabbruch_ohne_Einwilligung_der_Schwangeren_SStG.html

Download am 06.08.2010

§ 131 AußStrG Genehmigung zur Sterilisation

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=ba688068a8c8a95352ed951ddb88783e&lawid=45&paid=131>

Download am 06.08.2010

§ 205 StGB Sexueller Missbrauch einer wehrlosen oder psychisch beeinträchtigten Person

http://www.jusline.at/205_Sexueller_Missbrauch_einer_wehrlosen_oder_psychisch_beeintraechtigten_Person_StGB.html

Download am 06.08.2010; 07.10.2010

§ 208 StGB Sittliche Gefährdung von Personen unter sechzehn Jahren

http://www.jusline.at/208_Sittliche_Gefaehrung_von_Personen_unter_sechzehn_Jahren_StGB.html

Download am 06.08.2010

§ 212 StGB Mißbrauch eines Autoritätsverhältnisses

http://www.jusline.at/212_Mi%C3%9Fbrauch_eines_Autoritaetsverhaeltnisses_StGB.html

Download am 06.08.2010; 07.10.2011

Stockner Hubert(2010): Österreichische Behindertenpolitik im Lichte der UN-Konventionen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Diplomarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines Magisters der Philosophie eingereicht bei Herrn ao. Univ.- Prof. DDr. Günther Pallaver Institut für Politikwissenschaft Fakultät für Politikwissenschaft und Soziologie der Universität Innsbruck

<http://bidok.uibk.ac.at/library/stockner-behindertenpolitik-dipl.html>

Download am 26.10.2011

Trompisch Heinz (1998): Rechtliche Situation der (Zwangs-) Sterilisation. Zwangssterilisation- Menschenrechtsverletzung oder Notwendigkeit? Enquete am Donnerstag, 5.März 1998 im Parlament. Veranstalter: Grüner Parlamentsklub

<http://bidok.uibk.ac.at/library/trompisch-sterilisation.html>

Download am 13.09.2011

Turinsky Michael (2003): Das abscheuliche Genießen. Lacanianische Reflexionen über den Umgang mit Behinderung, Liebe und Sexualität

Zeitschrift: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft Nr. 2/2003; Thema: Verrücktes Ideal, S. 14- 29 Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft (2/2003)

<http://bidok.uibk.ac.at/library/beh2-03-turinsky-geniessen.html>

Download am 25.10.2011

Universität Wien: Vorlesungen und Seminare von Valtl Karlheinz

http://online.univie.ac.at/vlvz?titel=&match_t=substring&zuname=Valtl&vorname=&match=substring&lvnr=&sprachauswahl=-1&von_t=&von_m=&von_j=&wt=&von_stunde=&von_min=&bis_stunde=&bis_min=&semester=all&extended=Y

Download am 29.01.2012

Verhütungsmethode im Vergleich

http://www.netdokter.at/health_center/verhuetung/tabelle_hormonell.shtml

Download am 14.02.12

Willkommen- LIBIDA- Sexualbegleitung

www.sexualbegleitung.at

Download am 17.02.2011; 30.11.2011

WHOCC: Definition von sexueller reproduktiver Gesundheit

http://www.bzga-whocc.de/bot_Seite4010.html

Download am 06.11.2011

Zemp Aiha, Pircher Erika, Schoibl Heinz (1997): Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter

Projektbericht, unter Mitarbeit von Christine Neubauer, Gender Link- Netzwerk für Sozialforschung, August 1997, Bundesministerium für Frauenangelegenheit und Verbraucherschutz

<http://bidok.uibk.ac.at/libary/zemp-gewalt.html>

Download am 02.01.2012

Weitere Quellen

Ebeyan Georgina (2012): Das Modell „Special Love Talks“ als sexualpädagogisches Begleitprogramm für BetreuerInnen und LeiterInnen von betreuten Wohneinrichtungen für Menschen mit intellektueller Behinderung, ihren KlientInnen sowie deren Angehörigen und dessen Auswirkungen. Eine qualitative Untersuchung, welche Wege sexualpädagogischer Begleitung BetreuerInnen und LeiterInnen von Wohnheimen für Menschen mit intellektueller Behinderung durch das sexualpädagogische Modell „Special Love Talks“ erreicht haben.

Unveröffentlichte Diplomarbeit Universität Wien

Interviews (2011): Transkribierte Interviews des Forschungsteiles bei der Lebenshilfe Salzburg

12. Anhang

12.1. Fragebogen

Angaben der Interviewpartnerin/ des Interviewpartners:

- Geschlecht: ___Weiblich ___Männlich
- Alter:
 ___20-29 ___30-39 ___40-49 ___50-59 ___60-69
 ___70-79
- Geschlecht des Menschen mit intellektueller Behinderung
 ___Weiblich ___Männlich
- Alter des Sohnes/ der Tochter:
 ___16- 19 ___20- 29 ___30- 39 ___40- 49 ___50- 59 ___60- 69
- Wohnsituation des Sohnes/der Tochter:
 ___ Elternhaus ___ Wohnheim ___ andere Form
- Wohnsituation vor und während der Pubertät des Sohnes/ der Tochter:
 ___ Elternhaus ___ Wohnheim ___ andere Form
- Art der Berufstätigkeit (Werkstätte, Angestelltenverhältnis,...)
 ___ Werkstätte ___Angestelltenverhältnis ___andere Beschäftigung

- Zeitpunkt der Teilnahme an SLT: _____

12.2. Interviewleitfaden

Der Interviewleitfaden wurde nach den Forschungshypothesen und Unterhypothesen gebildet.

Persönliche Haltung:

Angehörige von Menschen mit intellektueller Behinderung können durch die Teilnahme an sexualpädagogischen Projekten mehr Toleranz bezüglich der sexualbezogenen

Bedürfnisse ihrer Kinder entwickeln und haben Verständnis dafür, dass ihre Kinder an sexualpädagogischen Bildungsmaßnahmen teilnehmen.

- Haben Sie außer SLT noch andere sexualpädagogische Projekte besucht?

Falls keine anderen Projekte besucht wurden, könnten einige Fragen, welche im Interviewleitfaden später konkret über SLT gestellt werden, bereits bei den anderen Hypothesen beantwortet werden.

- In welchem Ausmaß konnten die besuchten Veranstaltungen bei Ihnen zu einem offeneren Umgang bezüglich Sexualität und Behinderung beitragen?
- Wie wirkten sich diese Fortbildungen auf die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Kind aus?
- Konnten Sie eine Veränderung bei sich durch eine offenere Haltung bezüglich der Sexualität Ihres Kindes feststellen?
- Wurden in den besuchten Fortbildungen für Sie relevante Inhalte ausgespart? Wenn ja: welche fehlten- bzw. wurden nicht genau behandelt?
- Welche Relevanz messen Sie dem Besuch themenbezogener Fortbildungen Ihres intellektuell behinderten Kindes bei?

Institutionelle Perspektive:

Eltern erfahren durch die Trägerorganisation Lebenshilfe Salzburg in der Begleitung sexualitätsbezogener Themen ihrer intellektuell behinderten Kinder Unterstützung.

- Unterstützt die Lebenshilfe Salzburg Ihrer Ansicht nach die Behandlung von sexualitätsbezogenen Themen?
- Werden nach der Veranstaltung von SLT an der Institution weiterführende sexualpädagogische Projekte von internen MitarbeiterInnen (z.B. LeiterInnen, BetreuerInnen) für Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung angeboten? Wenn ja: In welcher Form finden diese statt?
- Werden nach der Veranstaltung von SLT an der Institution weiterführende sexualpädagogische Projekte von externen Organisationen (z.B. Senia) für

Angehörige und Menschen mit intellektueller Behinderung angeboten? Wenn ja:
In welcher Form finden diese statt?

- Können Sie sich bei sexualitätsbezogenen Fragen an BetreuerInnen der Institution wenden?
- Hat sich Ihrer Ansicht nach die Haltung des Betreuungsteams (der Betreuungseinrichtung) zu sexualpädagogischen Fragen in den letzten Jahren verändert?
- Konnten Sie räumliche Veränderung bezüglich mehr Rückzugsmöglichkeit bei Besuch des Freundes/ der Freundin durch SLT in der Einrichtung feststellen? (Falls nicht umfassend beantwortet: Wollen Sie darüber erzählen?)

Neue Rollenfindung:

Durch die Einbeziehung der Eltern in sexualpädagogische Projekte wird der gegenseitige psychosoziale Ablösungsprozess (Eltern-Kind) erleichtert. Eltern akzeptieren und unterstützen den Wunsch ihres Kindes nach Partnerschaft und Familie.

- In welchem Umfang wurden Sie bei themenbezogenen Projekten, welche Ihr Sohn/ Ihre Tochter besuchte, einbezogen?
- Konnten Sie durch sexualpädagogische Weiterbildungsmaßnahmen einen anderen Zugang zu der Sexualität Ihres Sohnes/ Ihrer Tochter gewinnen?
- Konnten Sie erweiterte Informationen bezüglich Sexualität und intellektueller Behinderung erhalten?
- In welchem Ausmaß wurde auf die individuellen Unterstützungsmaßnahmen bei der Behinderung Ihrer Tochter/ Ihres Sohnes eingegangen?

Unterhypothesen:

Eltern erfahren von der Geburt ihres behinderten Kindes bis in das Erwachsenenalter keine langfristige sexualpädagogische Unterstützung.

- Wurden Sie als Elternteil bei sexualitätsbezogenen Themen bezüglich ihres intellektuell behinderten Kindes im Vorschulalter (z.B. bei Frühförderung, Kindergarten,...) unterstützt?
- Wurden bei Ihrem Sohn/ Ihrer Tochter sexualitätsbezogene Inhalte im schulischen Unterricht behandelt? Wenn ja: War nach Ihren Einschätzungen das Unterrichtsmaterial für Schulkinder mit intellektueller Behinderung geeignet?
- Waren nach Ihren Einschätzungen die LehrerInnen im Allgemeinen (für Kinder und Jugendliche ohne Behinderung) qualifiziert, zum Thema Sexualität bzw. Sexualaufklärung zu arbeiten?
- Waren die LehrerInnen Ihrer Meinung nach für die besondere Lernunterstützung bei Menschen mit intellektueller Behinderung zu diesem Thema ausgebildet?
- Konnten Sie sich bei sexualitätsbezogenen Fragen an LehrerInnen der Schule wenden?
- Wurden an der Schule Ihres Sohnes/ Ihrer Tochter schulfremde ExpertInnen für Sexualpädagogik eingeladen? Wenn Ja: Wurden Sie in diese Veranstaltung einbezogen? Konnten Sie ebenfalls daran teilnehmen?
- Fanden Themenbezogene Gesprächsrunden für Eltern an der Schule statt?
- Wurden Sie als Elternteil bei sexualpädagogischen Fragen Ihres Sohnes/ Ihrer Tochter während der Schulzeit (vor Pubertätsbeginn und während der Pubertät) begleitet?
- Welche sexualpädagogische Unterstützung erfuhren Sie im jungen Erwachsenenalter bei Ihrem Sohn/ Ihrer Tochter?

Eltern sind bei sexualpädagogischen Fragen und Problemen oftmals auf sich alleine gestellt.

- Waren Sie als ErziehungsberichtigteR auf die Pubertät vorbereitet oder wurden Sie von den sexuellen Wünschen und Bedürfnissen Ihres Kindes überrascht?
- Konnten Sie sich mit anderen Eltern von Kindern mit intellektueller Behinderung über sexualitätsbezogene Themen während diesem Lebensabschnitt austauschen?
- Können Sie sich mit anderen Eltern heute über themenbezogene Probleme austauschen?

- Nehmen Sie ärztlichen Rat bei sexualitätsbezogenen Fragen in Anspruch? Wenn ja: Konnten Sie bei den ExpertInnen Vorbehalte und Peinlichkeiten feststellen, über diese Thematik zu sprechen? (Falls nicht umfassend beantwortet: Wollen Sie darüber erzählen?)
- Welche Bedeutung messen Sie Informationsquellen (Internet, Zeitschriften,...) bei dieser Thematik bei?
- Gab es Situationen, bei welchen Sie ratlos und überfordert waren? Wenn ja: Wollen Sie darüber sprechen?

„Special Love Talks“ kann Eltern helfen, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen und zu deuten.

- In welchem Ausmaß wurde bei SLT auf die Behinderungsart und den Behinderungsgrad entsprechende Informationen (z.B. über Sexualassistenz, Kinderwunsch, Partnerschaft,...) angeboten?

Special Love Talks unterstützt den gegenseitigen Abnabelungsprozess.

- Konnte SLT beitragen, den Ablösungsprozess (nicht mehr alleine für ihren Sohn/ ihrer Tochter verantwortlich zu sein) zu fördern?
Wenn Ja: Könnten Sie dazu ein Beispiel erzählen?
- Welchen persönlichen Nutzen konnten Sie aus der Teilnahme an SLT ziehen?
Falls nicht umfassend beantwortet: Hat die Teilnahme an SLT zu einer Veränderung ihrer individuellen Haltung bezüglich des Themas „Sexualität und Behinderung“ im Allgemeinen bzw. in Bezug auf Ihren Sohn/Ihre Tochter geführt?
- Konnte SLT zu einer Veränderung der Kommunikation zwischen Ihnen und Ihrem Kind beitragen?

Die Teilnahme am Projekt „Special Love Talks“ kann versäumte Beratungs- und Fördermaßnahmen nicht kompensieren

- Standen für Menschen mit intellektueller Behinderung Ihrer Meinung nach geeignete Unterrichtsmaterialien zur Verfügung?
- Wurde im Abschluss dieser Veranstaltung eine Nachbetreuung angeboten? Wenn ja: In welcher Form fand diese statt?
- Gab es persönliche Fragen, welche Sie auf Grund des Settings während und nach SLT nicht stellen konnten.
- Wurde auf die Problematik der individuellen psychosexuellen Entwicklung bei Menschen mit intellektueller Behinderung umfassend eingegangen?
- Wurden alle für Sie relevanten Themen während dieser Veranstaltung behandelt? Wenn nein: Welche fehlten

12.3. Geführtes Interview (Beispielinterview)

1. Interview 10: (ein Dorf in Salzburg) (23min 14sek)
2. I: Herzlichen Dank, dass Sie sich für das Gespräch bereit erklärt haben.
3. G: ((Geste Bitte))
4. I: Ahm, haben Sie außer SLT noch andere Projekte besucht, also Sexualpädagogische?
5. G: Nein.
6. I: Also SLT war das Einzige?
7. G: Ja.
8. I: Ja. Ahm, in welchem Ausmaß konnte die besuchte Veranstaltung bei Ihnen zu einem offeneren Zugang bezüglich Sexualität und Behinderung beitragen?
9. G: Ah(.), mir war es wichtig, dass das angesprochen worden ist und äh mir ist einfach bewusst, dass das schon eine positive Kraft ist, und wenn sie die dauernd verdrängen ah, dass dann Schwierigkeiten rauskommen. Und mir ist es wichtig, dass äh, ah Behinderte einen, einen Weg finden, mit dieser Kraft sich auszudrücken, also ich habe da kein Problem gehabt, was das anbelangt.
10. I: Mh. Mh.
11. G: Sondern, ich habe das sehr positiv gefunden, dass man einen Weg findet, ah, dass unsere Kinder, sage ich jetzt, nicht.
12. I: Ja.
13. G: Sind ja unsere Kinder, einen Weg finden, ah, ah das auszudrücken.
14. I: Mh.
15. G: Weil es hauptsächlich ja um Gefühle geht.
16. I: Ja.
17. G: Ja.

18. I: Und das heißt, hat es auch vom Verhältnis zwischen Ihnen und Ihrem Sohn etwas geändert?
19. G: Nein.
20. I: Nein. Haben Sie da eigentlich auch Veränderungen festgestellt, bezüglich offenerer Haltung gegenüber Ihrem Sohn, nach dieser Veranstaltung, oder?
21. G: Mit mir?
22. I: Ja.
23. G: Nein.
24. I: Dass Sie gemerkt haben, sie können da besser über diese Thematik reden, oder?
25. G: Nein, da habe ich also schon lange kein Problem gehabt, dass ich mit ihm über das rede. Das ist für mich natürlich.
26. I: Äh, sind da bei SLT auch relevante Inhalte ausgespart worden?
27. G: Äh.
28. I: Für Sie?
29. G: Eigentlich habe ich das nicht so empfunden, dass ahm da was ausgespart worden ist, sondern es ist (.) soweit es gegangen ist, jetzt für die Eltern.
30. I: Ja.
31. G: Ich muss das so sagen ((lächelt)), sind die Dinge angesprochen worden, weil natürlich äh, diese Offenheit ist nicht sehr gegeben gewesen. Die meisten Eltern haben da Probleme: behindert und Sexualität.
32. I: Das heißt, Sie haben schon gemerkt, dass das noch sehr ein Tabuthema ist.
33. G: Dass bei die Eltern, ist es so. Wir sind so aufgewachsen. Wenn man sich mit dem Thema nicht so auseinandersetzt, hat man einfach diese Tabugefühle.
34. I: Ja.
35. G: Ja.
36. I: Das heißt, von der ersten Frage, deshalb war das für Sie toll, dass das da mal stattgefunden hat.
37. G: Ja.
38. I: Ja. Dass man sagt: „Man bietet endlich einmal dazu mal was an auch.“
39. G: Ja, ja.
40. I: Mh. Haben Sie eigentlich da nach der besuchten Veranstaltung auch eine Nachbetreuung gehabt, oder?
41. G: Ach, Nachbetreuung. Ich glaube, das war dann einfach noch. Ah, wir haben dann da ein Gespräch noch gehabt, so abschließend, und.
42. I: Mh.
43. G: Es war dann. Ich habe eine Betreuung nicht in dem Sinne auch nicht gebraucht. Also es war für mich kein Bedürfnis nach Betreuung. Es ist im Film so schön rausgekommen, was wir da gesehen haben, ah dass einfach nur das Bedürfnis nach Kuschn, nach Zuwendung, nach einen Miteinander, das viel stärker da war, als jetzt selbst, der, der sexuelle Akt, der ja nicht ausschlaggebend ist bei unsere Leute, sondern hauptsächlich, natürlich werden es manche auch ausleben wollen, aber wie es halt, aber es ist halt sehr stark herausgekommen, dass halt dieses Kuschn, ja einfach auch einen Partner haben, das auch sehr wichtig ist für die Leute.

44. I: Mh. Das heißt aber, sie hätten sich auch nachher da an Jemanden wenden können, wenn Sie das Bedürfnis gehabt hätten, das wäre kein Problem gewesen?
45. G: Ja, ja, auf jeden Fall. Das wäre kein Problem gewesen.
46. I: Mh. Mh. Ist auch speziell über die psychosexuelle Entwicklung ah, von Menschen mit Behinderung eingegangen worden, oder? Bei dieser Veranstaltung von SLT?
47. G: Ja, durch einen Film hat man einfach das dann auch, also angeschaut und, und man ist damit konfrontiert worden und ein jeder hat irgendwie durch den Film auch gesehen, was in Grunde genommen das Wichtigste ist.
48. I: Mh.
49. G: Und ich sehe auch, was für mich auch wichtig war. Ah, das Lernen, auch Stopp zu sagen.
50. I: Die Grenzen.
51. G: Die Grenzen, ja.
52. I: Mh.
53. G: Ich will das und Ich will das nicht. Das war jetzt für mich. Der (Name des Sohnes) äh, glaube ich, hat das ganz gut, äh. Das hat mich gefreut, dass er einfach Stopp sagen kann: „Ich will das nicht.“
54. I: Mh. Mh.
55. G: Und wo wir wirklich immer, ja auch denkt, ja, was passiert, und so. Man hört so viel, und.
56. I: Ja. Ja.
57. G: Aber ich habe gemerkt, der (Name des Sohnes) kann Stopp sagen: „Ich will das nicht.“ Und das natürlich, das war mir sehr wichtig.
58. I: Ja. Ja.
59. G: Und so jetzt (.) äh durch das, dass der (Name des Sohnes) ja autistische Züge hat, ist er nicht so der.
60. I: Der auf wen zugeht, oder?
61. G: Ja, ahm, nicht äh, seine Kollegen, das zu leben, das ist nicht so.
62. I: Mh. Mh.
63. G: Der Betreuer ja. Der Betreuer und so. Da sucht er schon, ja. Irgendwo. Aber da ist halt bei denen dann das Stopp. Und so. Und so.
64. I: Ja.
65. G: Ja. Es ist schon äh (.) das Bedürfnis, wenn er dann oft gesagt hat: „Gell Mama, du bist mein Schatzi.“, sage ich: „Nein, ich bin nicht dein Schatzi. Ich bin deine Mama.“
66. I: Ja.
67. G: Ja. Äh, das Bedürfnis ist auch da, aber jetzt nicht, äh, mit seinen Kollegen. Also, da hat er das noch nie ausgedrückt.
68. I: Okay.
69. G: Das ist ein Freund, aber.
70. I: Ja.
71. G: Ja.

72. I: Sind da eigentlich bei SLT Ihrer Meinung nach auch geeignete Materialien verwendet worden? Unterrichtsmaterialien?
73. G: Ja, eigentlich schon. Also das.
74. I: Mh.
75. G: Man hat Bücher da liegen gehabt. Man hat sich informieren können.
76. I: Mh.
77. G: Und, äh wo wir ausdrücken haben können, was uns wichtig ist in einer Beziehung. Und das war schon ein miteinander arbeiten, also.
78. I: Ja. Und für Menschen mit intellektueller Behinderung auch?
79. G: Da haben die Gruppen dann einzeln ja gearbeitet. Da waren wir Eltern ja nicht dabei.
80. I: Ja. Ja.
81. G: Nicht. Und so, was vom (Name des Sohnes) Rückmeldungen gekommen ist, hat ihm das sehr gefallen, ja.
82. I: Mh. Und unterstützen Sie das auch, wenn der (Name des Sohnes) diese Fortbildungen besucht?
83. G: Ja.
84. I: Ja. Wenn das im Rahmen der Institution angeboten wird.
85. G: Mh.
86. I: Unterstützt da die Lebenshilfe Ihrer Meinung nach diese ah sexualpädagogischen Themen?
87. G: Ah, ja, was ich weiß, sind sie schon länger auf dem Weg, dass ah.
88. I: Mh.
89. G: Dass sie wollen, dass das auch gelebt werden kann, in einem gewissen Rahmen, nicht.
90. I: Mh. Mh.
91. G: Ah. Das denke ich schon. Und dass das alles eine Entwicklungssache ist, und.
92. I: Ja.
93. G: Ja. Das ist klar.
94. I: Hat sich da eigentlich auch eine Veränderung nach SLT eingestellt in der Institution, oder?
95. G: Das kann ich nicht beurteilen.
96. I: Mh. Mh. Oder wo sie gemerkt haben, als Elternteil, da hat sich ein bisschen etwas geändert, in der Kommunikation, oder so?
97. G: Äh habe ich zu wenig, habe ich zu wenig, äh, Beziehung zu den Eltern.
98. I: Okay.
99. G: Dass über das gesprochen worden ist.
100. I: Und auch von der Einrichtung her, dass Sie merken, hat sich da etwas geändert, oder ist es gleich geblieben?
101. G: Beim (Name des Sohnes) ist es gleich geblieben. Und bei die anderen kann ich nicht.
102. I: Ja, nein, ich meine von die BetreuerInnen und Leiter.
103. G: Äh jetzt den (Name des Sohnes) gegenüber?

104. I: Nein, gegenüber Ihnen, dass Sie gemerkt haben, ah, da hat sich in der Einrichtung etwas geändert jetzt, oder ist das immer gleich geblieben?
105. G: Das. Da muss ich ehrlich sagen, da sind andere Probleme vordergründiger.
106. I: Ja, ist klar.
107. G: Als wie das.
108. I: Nein, ich habe, ich habe nur in dem Sinne gefragt, ob es da sich geändert hat von den Rückzugsmöglichkeiten, baulich bedingt, oder so?
109. G: Ja, sie haben ja ihren Raum. Und ja. Der (Name des Sohnes) ist; hat die Rückzugsmöglichkeit. Aber für ihn ist es wichtig, dass die Tür immer offen ist.
110. I: Okay, ja. Das heißt, man kann es aber in Anspruch nehmen auch, wenn man sagt.
111. G: Ja, wenn er sich zurückziehen will auf seine Art, dann ist das okay.
112. I: Mh. Mh.
113. G: Immer. Und wie er dann mit seine Gefühle umgeht und das lebt. Ich finde das, die Möglichkeit hat er, wenn es für ihn ein Bedürfnis ist, dass er es auch machen kann immer, das ist.
114. I: Da Selbstverständlich.
115. G: Ich denke schon.
116. I: Ja, ja. Mh.
117. G: Nur, äh es ist halt immer, wo sie auch lernen müssen, wo ist, dass ich mich zurückziehe.
118. I: Ja.
119. G: Ja. Dass ich da einfach auch lerne, eine Grenze setzen.
120. I: Mh. Mh.
121. I: Können Sie sich auch beim Betreuersteam bei sexualpädagogischen Fragen wenden?
122. G: Ja, sicher. Also da.
123. I: Mh. Ist eigentlich nach SLT auch noch etwas an der Institution angeboten worden? Irgend so ein sexualpädagogisches Projekt oder Modell?
124. G: Aso, so direkt nicht. Aber es ist ja immer in die Folder, was man kriegt, wo man sich an die Familienberatung oder so wenden kann, wenn was ist.
125. I: ((Blättert im Interviewleitfaden.)) (.) Gut, das haben wir eh schon gefragt (.) Jetzt geht es eher darum, im Kindes- und Jugendalter, wie Sie da begleitet und betreut worden sind. Ahm nutzen Sie. Haben Sie eigentlich andere Informationsquellen auch noch genutzt? Außer SLT jetzt, außer Lebenshilfe? Oder haben Sie noch irgendwelche Anlaufstellen, wo Sie hingehen können, wenn Sie Fragen haben? Zum Beispiel Hausarzt oder Bücher, Internet?
126. G: Ja, ich muss ehrlich sagen: Internet. Das ist jetzt die letzten zwei Jahre, dass ich Internet habe, aber hm (.) Ja von mir her war das einfach so, oder von uns her, dass man einfach geschaut hat, dass man das selber in Griff kriegt.
127. I: Mh.

128. G: In Griff kriegt. Oder, wie gehe ich damit um äh, ja. Und wieso äh. Das war schon manchmal ja auch die Frage äh, wie gehe ich damit um, wenn das Bedürfnis da ist.
129. I:Mh.
130. G: Aber, es war jetzt nie, dass, dass ich wo gefragt hätte, sondern das ist einfach eine Gefühlssache finde ich.
131. I: Okay, ja.
132. G: Ja.
133. I: Nein. Es war nur so die Frage, ahm. Weil jeder Mensch anders ist. Ein anderer sagt: „Ich gehe lieber zum Hausarzt oder schaue im Buch nach, ob ich da Informationsquellen finde oder so halt, ja.
134. G: Mh.
135. I:In diese Richtung.
136. G: Diese Sachen, die sind erst, seit es bei mir ruhiger worden ist.
137. I: Mh.
138. G: Dass ich mich damit auseinandersetze. Aber das andere ist halt eine Gefühlssache gewesen, nicht? Ja, und diese Erfahrungen, was ich mit Hausärzten gemacht habe war nicht so, dass man geht und fragt.
139. I: Haben Sie gemerkt, dass da eher noch so eine ablehnende Haltung bezüglich Sexualität da ist?
140. G: Nein, wir haben. Ich habe ein Erlebnis gehabt von einem Hausarzt. Das war. Der (Name des Sohnes) hat einen Hodenbruch gehabt.
141. I: Mh.
142. G: Und da war es, meistens wie es bei Kinder ist, Wochenende und da ist dann der diensthabende Arzt gekommen. Es war ein Hausarzt. Und der hat dann gesagt, ich soll am Montag zum Hausarzt gehen, weil er kennt, er kennt ihn besser. Und ich war dann so perplex. Weil ich gesagt habe, ja wenn er auch behindert ist, das was jetzt da ist, ist bei jedem Menschen gleich.
143. I: Gleich, ja.
144. G: Ja. Ich habe halt dann einfach. Mein Cousin hat in (Name des Ortes) gearbeitet. Den habe ich angerufen. Und wir sind einfach gefahren, ja. Weil ah, ah eingeklemmter Hodenbruch, das tut nämlich ganz schön weh, nicht? Und das sind so Erfahrungen, was man macht im Laufe des Lebens, ja. Wo die ja selber. Es begegnet dir ja. Mit einem behinderten Menschen können die wenigsten Ärzte oder Spitäler umgehen. Wie gehe ich damit um? Das, das war ja früher nicht. Die sind nicht konfrontiert worden damit, nein.
145. I: Das heißt, da ist eigentlich. Glauben Sie, ist da schon viel gemacht worden auch in die Richtung, dass?
146. G: Es ist besser geworden.
147. I: Ist besser geworden, ja. Aber Nachholbedarf, wäre, glauben Sie, noch vorhanden, oder?
148. G: Na ja, sicher. Es gibt Situationen, wo auch die Schwestern und, und die Ärzte überfordert sind, weil die ganz anders reagieren, also. Und der (Name des Sohnes) hat sehr vehement reagiert, wenn, aus Angst heraus, nicht?

149. I: Sind Sie eigentlich auch, ausgenommen jetzt von der Lebenshilfe und SLT, auch bei themenbezogenen Projekten, also sexualpädagogischen, vorher schon eingebunden worden, sei es in der Schulzeit, Lehrzeit? Oder nirgends?
150. G: Nein.
151. I: ((Blättert im Interviewleitfaden.)) Das habe ich schon gefragt. Vielleicht noch kurz zu SLT. Ist da auf die individuellen Unterstützungsmaßnahmen bei Menschen mit Behinderungen eingegangen worden auch, oder, dass jeder Mensch unterschiedlich ist, oder unterschiedliche Bedürfnisse hat?
152. G: Das hat sich dann, äh, schon so entwickelt, ja.
153. I: Mh. Mh.
154. G: Das hat sich entwickelt, muss ich sagen, dass man.
155. I: ((Blättert im Interviewleitfaden.)) Gut. Äh, vielleicht noch kurz zu SLT. Hat sich eigentlich da der Abnabelungsprozess auch gefördert, dass Sie, äh, einen offeneren Zugang bekommen haben, also nicht mehr alleine für Ihren Sohn verantwortlich zu sein, oder? Hat sich da eigentlich kaum etwas verändert? Durch SLT?
156. G: Äh, eigentlich nicht.
157. I: Mh.
158. G: Den Prozess, der läuft schon länger.
159. I: Mh.
160. G: Also, das hat mit dem selber nichts zu tun.
161. I: Konnten Sie eigentlich einen persönlichen Nutzen, auch aus SLT, für sich ziehen, oder?
162. G: Ich habe mich. Ich tue wohl. Und habe mich natürlich mit dieser äh Kraft, mit dieser kreativen Kraft ja schon auseinandergesetzt.
163. I: Mh.
164. G: Und ich setzte mich schon zwanzig Jahre mit äh diesen Themen, mit diesen Kräften, auseinander. Durch das bin ich da offener und weiß eigentlich. Man liest und, und informiert sich und macht seine Erfahrungen.
165. I: Mh. Mh. Das heißt, so im Wesentlichen zwar, als erweiterte Information, aber sonst so von der Beziehung zusammengefasst, hat sich eigentlich nicht viel geändert, im Vergleich zu vorher, weil Sie früher schon...
166. G: Ja, also für mich hat sich da nicht viel geändert. Ich bin einfach froh gewesen, dass das einmal angesprochen wird und dass das nicht als, wie wir aufgewachsen sind, als etwas Schlechtes betrachtet..., dass das einmal in die Köpfe reingeht, auf Deutsch gesagt.
167. I: Ja.
168. G: Dass das nichts Negatives ist, sondern eine wunderbare Kraft. Es ist immer nur, wie gehe ich damit um?
169. I: Ja.
170. G: Ja.
171. I: Ahm. Ist eigentlich auch auf die Behinderungsart eingegangen worden, über, speziell auf Kinderwunsch, Partnerschaft bei SLT, auf die Thematik bei Menschen mit intellektueller Behinderung.

172. G: Äh. Ist eingegangen worden. Äh. Natürlich hat man, das muss man ehrlich sagen, da hat man seine Bedenken. Weil es ist ja. Das Kind muss damit fertig werden.
173. I: Ja.
174. G: Mit, mit den Eltern, ja. Das ist ja nicht so einfach.
175. I: Mh. Mh.
176. G: Ah und. Und. Und. Es braucht halt immer eine Hilfestellung, nicht es...
177. I: Ja.
178. G: ...es geht nie. Und die Frage ist immer bei uns da, was ist, wenn ich nicht mehr bin?
179. I: Mh. Mh.
180. G: Ja. Das ist äh der, der Hintergrund und, und wo man sich einfach fragt und nicht weil man es eher, weil man nicht möchte, weil man Angst hat, was kommt heraus, sondern ich denke eher, die Angst ist da, ah was ist mit dem Kind dann, nicht?
181. I: Mh. Ja.
182. G: Man muss sich schon damit auseinandersetzen, was ist dann, nicht?
183. I: Mh. Mh.
184. G: Und was ist das für, für das Kind?
185. I: Und was bedeutet das für das Kind?
186. G: Was bedeutet das für das Kind?
187. I: Ja. Ja.
188. G: Wo eine gewisse Verantwortung dann auch da ist.
189. I: Ja, sicher (.). Gut. Hat es eigentlich. Schauen wir uns noch mal das schulische Problem an. Äh, Entschuldigung! Problem. Ich wollte es natürlich nicht in das Negative ziehen, aber Sie haben gesagt, im schulischen Bereich sind Sie kaum begleitet worden, oder?
190. G: Nein. Der, der (Name des Sohnes) ist (Erwähnung des Geburtsjahres) geboren. Wie er eingeschult worden ist, wäre er in (Name des Ortes) in die Sonderschule gekommen, wo er lauter, also, wo man sagt, verhaltensgestörte Kinder waren.
191. I: Mh.
192. G: Wo ich ihn einfach dann genommen habe und bin mit ihm auf (Name des Ortes) gefahren, in die Behindertenschule in (Erwähnung der Schuladresse).
193. I: Mh.
194. G: Und, ja.
195. I: ((Bietet Fruchtsaft an.))
196. G: Da hat man sich dann schon einfach auch. Nein danke. Ich trinke dann ein Wasser wieder. Ja, das war natürlich.
197. I: ((Schenkt sich Getränk ein.)) Das heißt, das war dort auch kein Thema noch, irgendwo. Oder, dass Sie als Elternteil irgendwo eingeladen worden wären?
198. G: Ja.
199. I: Haben Sie mit anderen Eltern eigentlich da reden können, über die Thematik?

200. G: Über Sexualität von die Kinder?
201. I: Ja, ja.
202. G: Ist nicht gesprochen worden.
203. I: Ist nicht gesprochen worden. Das heißt?
204. G: Nein. Und sie müssen Ihnen vorstellen, man ist in einen ganz, man steht ja in einen ganz anderen Ding drinnen. Man muss das zuerst einmal akzeptieren lernen, dass es so ist.
205. I: Ja. Für einen selber.
206. G: Für einen selber. Äh, es sind ganz andere Dinge wichtig als wie das.
207. I: Ja. Ja.
208. G: Weil man einfach schauen muss, wie überstehe ich das Ganze. Ich kann jetzt nur von mir sprechen, was auch, aber mit dem Thema Sexualität hat man sich eigentlich erst, wie er in, wo ich das angesprochen habe in der Lebenshilfe, im (Name der Einrichtung) war dann.
209. I: Mh.
210. G: Ah ist das Thema dann einmal gekommen, ja, wo man darüber geredet hat, ja.
211. I: Mh. Das heißt, vorher war es eigentlich.
212. G: War nicht wichtig in dem Sinn. Es war jetzt nicht vordergründig.
213. I: Nein. Nein. Ich verstehe, was Sie meinen. Ja, ja. Können Sie eigentlich heute mit Eltern auch über das reden, oder? Oder umgekehrt, oder dass Sie merken?
214. G: Ja, ich bin halt jetzt nicht einfach. Ich war vorher schon so, dass ich warte, bis kommt wer, kommt mit einer offenen Art auch gegenüber, weil man da sehr, ja an Grenzen stoßen kann, wo andere Probleme haben.
215. I: Ja.
216. G: Und das dann angesprochen wird, habe ich kein Problem zum reden, gell. Aber muss schon einfach das Gefühl haben.
217. I: Ja, ja. Das glaube ich. Gut. Dann wären wir eigentlich durch. Ach ja, hat es vielleicht irgendwo Situationen gegeben in der Pubertät, wo Sie da überrascht waren mit den Bedürfnissen, oder?
218. G: Natürlich.
219. I: Natürlich, ja.
220. G: Natürlich.
221. I: Und auch wo man direkt konfrontiert war mit Sexualität auf einmal?
222. G: Ja. Natürlich hat es auch Situationen gegeben und wo ich einfach, wenn ich zurückdenke, eigentlich ganz gut damit umgegangen bin.
223. I: Mh. Mh. Wird das eigentlich jetzt auch noch behandelt bei der Lebenshilfe, auch für Klientinnen und Klienten, also von Menschen mit intellektueller Behinderung? Wo Sie wissen, ob das vielleicht bei irgendwelchen Gesprächsrunden noch Thema ist, heute noch auch?
224. G: Das denke ich schon, wenn das auftaucht, dass darüber...
225. I: ...bei Bedarf...
226. G: ...bei Bedarf besprochen wird, ja.

227. I: Gut . Dann sag ich mal Herzlichen Dank.
228. G: Bitte.
229. I: Für das Gespräch ((lacht)).

12.4. Lebenslauf des Autors

Geboren 1977 in Neunkirchen/NÖ

Schulischer Werdegang

- Volksschule im Ungarviertel, Wr. Neustadt (1983- 1988)
- Privathauptschule St. Christiana, Wr. Neustadt (1988- 1989)
- Hauptschule West, Wr. Neustadt (1989- 1992)
- HTL- Wr. Neustadt, Abteilung Elektrotechnik (1992- 1997); Absolvierung mit gutem Erfolg

Universitärer Werdegang

- WS 1997- SS 2001 Studium Elektrotechnik an der TU- Wien
- seit WS 2001 Studium Pädagogik mit Fächerkombination Sonder- und Heilpädagogik
- SS 2007 Absolvierung der ersten Diplomprüfung Pädagogik
- SS 2007 Absolvierung der ersten Diplomprüfung Fächerkombination Sonder- und Heilpädagogik
- WS 2007 Übertritt in das Diplomstudium Pädagogik nach den Studienplan 2002 mit den Schwerpunkt Heil- und Integrativpädagogik
- SS 2008 Absolvierung des wissenschaftlichen Praktikums in der Präsenzbibliothek

Beruflicher Werdegang

- 1998- 1999 Absolvierung des Zivildienstes beim Roten Kreuz in Wr. Neustadt
- Seit 1998 Rettungssanitäter beim Roten Kreuz in Wr. Neustadt
- Seit 2002 Jugendbetreuer bei der Jugendrotkreuzgruppe in Wr. Neustadt
- Seit 2004 Jugendgruppenleiter
- Seit 2007 Lehrbeauftragter für Erste Hilfe Kurse
- Seit 2009 Lehrbeauftragter für Erste Hilfe Kurse; Säuglings- und Kindernotfälle

12.5. Abstract der Diplomarbeit

Sexualität nimmt einen zentralen Stellenwert jedes Menschen ein. Sie umfasst alle Lebensabschnitte (von der frühesten Kindheit bis in das hohe Erwachsenenalter). Das Selbstverständnis, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse (z.B. in Form von Partnerschaft) ausleben zu dürfen, wurde Menschen mit intellektueller Behinderung trotz Verankerung in den Menschenrechten oftmals abgesprochen. Trotz zunehmender Liberalisierung wirken Vorurteile bezüglich Sexualität und Behinderung bis in die heutige Zeit (z. B. Menschen mit intellektueller Behinderung seien asexuelle Wesen, sie können den Sexualtrieb nicht beherrschen, ...) nach.

Besonders ältere Menschen mit intellektueller Behinderung waren Jahrzehnte durch

- strenge Trennung der Geschlechter
- sexualfeindliche Hausordnungen (z.B. Verbot von Besuch)
- ungeeignete Freizeitbeschäftigungen (z.B. Basteln)
- Reduktion dieser Personengruppe auf die Behinderungsart; Menschen mit intellektueller Behinderung seien geschlechtsneutrale Wesen

mit sexualfeindlichen Einstellungen und Werthaltungen konfrontiert. Hinter der Leugnung und Tabuisierung von Sexualität stand bzw. steht auch heute oftmals Überforderung und Hilflosigkeit. LehrerInnen, Eltern, aber auch Betreuungspersonen in Einrichtungen lernen häufig weder in ihren Ausbildungen noch in ihrem Alltag, wie den

Anforderungen im Umgang mit der Sexualität von Menschen mit intellektueller Behinderung zu begegnen ist. Bezugspersonen und professionell pädagogischen Personals fehlen oftmals Informationen und Anlaufstellen.

Die vorliegende Arbeit beleuchtet im Theorieteil Möglichkeiten und Grenzen, welche sich im Rahmen sexualpädagogischer Begleitung ergeben. Unter anderem werden folgende Bereiche diskutiert:

- Sexualerziehung im schulischen Bereich
- Unterstützung von sexualitätsbezogenen Themen in Einrichtungen (z. B. Wohnheime)
- Gesetzliche Grundlagen zum Themenbereich Sexualität (bei Volljährigkeit, bei Minderjährigkeit, ...)
- Sexualpädagogische Begleitung von Angehörigen

Dem Autor war es im Rahmen des Forschungsteiles seiner Diplomarbeit ein zentrales Anliegen, Angehörige von Menschen mit intellektueller Behinderung die Möglichkeit bereit zu stellen, über die Probleme, welche sich im Rahmen der sexualpädagogischen Begleitung ergaben und die oftmals auch eine Überforderung darstellten, zu sprechen.

Konkret wurde das sexualpädagogische Projekt „Special Love Talks“ (SLT) ausgewählt, bei dem Angehörige bewusst in die sexualpädagogische Fortbildung einbezogen werden. So konnten Angehörige ausgewählt werden, die sich mit dem Thema Sexualität und Behinderung bereits bewusst auseinandergesetzt hatten. Die Interviews wurden bei der Lebenshilfe Salzburg durchgeführt.

Für den Leser/die Leserin bietet die vorliegende Arbeit einen praxisnahen Einblick in die Thematik Sexualität und Behinderung, vor allem aus Sicht von Angehörigen. Konkret werden die Aspekte

- Verhütung bei Menschen mit intellektueller Behinderung
- Partnerschaft bei Menschen mit intellektueller Behinderung
- Sexualassistenz
- Kinderwunsch bei Menschen mit intellektueller Behinderung skizziert.

Die Erkenntnisse, die aus der Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen sowie aus den Interviews gewonnen werden konnten, weisen vor allem darauf hin, dass eine aktive Auseinandersetzung mit der Sexualität von Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung nicht nur für BetreuerInnen und LehrerInnen dringend notwendig ist, sondern dass auch die Angehörigen Unterstützung bei der Begleitung der sexuellen Entwicklung und der Suche nach Möglichkeiten für ein möglichst selbstbestimmtes sexuelles Erleben brauchen.