

**Bachelor-Arbeit der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit**

# **Sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung**

**Ein theoretischer Diskurs zur Berufsethik der Sozialen Arbeit**

**Daniela Gama**

**August 2013**

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialarbeit**  
Kurs **TZ 2009 - 2013**

**Daniela Gama**

**Sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung**  
**Ein theoretischer Diskurs zur Berufsethik der Sozialen Arbeit**

Diese Bachelor-Arbeit wurde eingereicht im August 2013 in 4 Exemplaren zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für **Sozialarbeit**.

---

Diese Arbeit ist Eigentum der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Sie enthält die persönliche Stellungnahme des Autors/der Autorin bzw. der Autorinnen und Autoren.

---

Veröffentlichungen – auch auszugsweise – bedürfen der ausdrücklichen Genehmigung durch die Leitung Bachelor.

---

Reg. Nr.:

---

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialarbeiterisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialarbeiter/innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2013

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Allen Menschen gemeinsam sind sexuelle Bedürfnisse. Unterschiede bestehen aber in den Möglichkeiten, diese zu befriedigen. Obwohl ein Paradigmenwechsel im Umgang mit Sexualität und Behinderung stattgefunden hat, zeigt der aktuelle Forschungsstand eine massive Beeinträchtigung von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Diese Arbeit verfolgt das Ziel, den berufsethischen Dialog zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu bereichern und zu fördern.

Zu Beginn wird geistige Behinderung in ihrer Komplexität als mehrperspektivisches Phänomen dargelegt und danach mit sexueller Gesundheit in Verbindung gebracht. Der Fokus liegt dabei auf Sexualität und sexueller Gewalt, wobei Genderaspekte beleuchtet und generelle Problematiken aufgezeigt werden.

Vor der Einführung der Disability Studies als gesellschaftstheoretische Disziplin werden rechtliche Schweizer und internationale Rahmenbedingungen erläutert. Im Beitrag zur wissenschaftlichen Disziplin wird Behinderung als soziale Konstruktion beschrieben, wobei sich verschiedene Modelle von Behinderung gegenüberstehen. Im Zusammenhang mit Behinderung und Geschlecht wird der Begriff Gendering Disability kurz erläutert. Die Disability Studies fordern Selbstbestimmung und Barrierefreiheit in allen Lebensbereichen und verfolgen damit das Ziel der Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft.

Nach einer kritischen Reflexion der Disability Studies durch die Soziale Arbeit werden die Handlungsansätze mit der Berufsethik der Sozialen Arbeit verknüpft. Gleichzeitig werden konkrete Perspektiven für die Praxis auf der Mikro-, Meso- und Makroebene aufgezeigt.

## Inhaltsverzeichnis

Abstract.....	4
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis .....	7
Vorwort und Dank.....	8
1 Einleitung .....	9
1.1 Ausgangslage .....	9
1.3 Thematische Eingrenzung und Begrifflichkeit.....	9
1.4 Adressaten/innen und Ziel .....	10
1.3 Berufsrelevanz.....	10
1.5 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit.....	11
2 Sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung .....	13
2.1 Geistige Behinderung .....	13
2.1.1 <i>Begrifflichkeit im Kontext</i> .....	13
2.1.2 <i>Verschiedene Perspektiven auf ein komplexes Phänomen</i> .....	14
2.2 Sexualität und sexuelle Gesundheit .....	22
2.3 Behinderte Sexualität.....	25
2.3.1 <i>Fachlicher und gesellschaftlicher Exkurs</i> .....	25
2.3.2 <i>Geistige Behinderung, Geschlecht und Sexualität</i> .....	31
2.4 Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung .....	34
3. Rechtliche Aspekte im Kontext.....	37
3.1 Sexuelle Menschenrechte und Schweizer Rahmenbedingungen .....	37
3.2 Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK).....	41
3.2.1 <i>Bedeutung der BRK für sexuelle Gesundheit</i> .....	42

3.2.2 Ratifizierung der BRK durch die Schweiz .....	43
4 Disability Studies und sexuelle Gesundheit .....	45
4.1 Disability Studies.....	45
4.1.1 Modelle von Behinderung – Eine Gegenüberstellung .....	46
4.1.2 Gendering Disability .....	49
4.1.3 Sexuelle Gesundheit aus dem Fokus der Disability Studies .....	51
4.2 Kritische Reflexion der Disability Studies aus der Sicht der Sozialen Arbeit .....	52
5 Die berufsethische Haltung der Sozialen Arbeit zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Bedeutung für die Praxis .....	54
5.1 Zur Profession und zur Berufsethik der Sozialen Arbeit .....	54
5.2 Perspektiven für die Praxis .....	57
5.2.1 Ansatzpunkte auf der Mikroebene .....	57
5.2.2 Ansatzpunkte auf der Marko- und Mesoebene .....	60
6 Schlussfolgerung.....	65
7 Ausblick.....	67
8 Literatur- und Quellenverzeichnis .....	68

## **Tabellen- und Abbildungsverzeichnis**

Tabelle 1: Kriterien geistiger Behinderung nach ICD-10-GM-2009 .....	17
Tabelle 2: Von Ausgrenzung zur Inklusion.....	27
Tabelle 3: Übersicht Modelle von Behinderung.....	49
Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF.....	20

## Vorwort und Dank

Während ihres Studiums der Sozialen Arbeit an der Hochschule Luzern entwickelte die Autorin ein grosses Interesse für Menschen mit Behinderung und ihre Lebenssituation. Durch die langjährige Berufserfahrung im Bereich der sexuellen Gesundheit fokussierte sich ihr Interesse besonders auf sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Mit der Konzeption und Umsetzung eines Projekts zum Thema Liebe, Partnerschaft und Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung erkannte die Autorin die Relevanz dieses Themas für die Soziale Arbeit. Durch die gemeinsame Projektumsetzung mit Fachpersonen aus anerkannten Praxisorganisationen sowie der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit entstanden spannende Diskussionen und eine erste thematische Vertiefung. Diese wollte die Autorin im Rahmen der Bachelor-Arbeit weiterführen.

Ein herzliches Dankeschön geht an dieser Stelle an Irene Müller, Dozentin und Projektleiterin der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, welche nach der gemeinsamen Projektarbeit erneut mit ihrem grossen Fachwissen unterstützend wirkte. Auch Peter Schmid, Dozent an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dankt die Autorin für die spannende ethische Diskussion. Daniel Diriwächter, freischaffender Journalist, gilt ein herzlicher Dank für das anregende Gespräch über sexuelle Gesundheit und die Vielfalt in der Gesellschaft.

Ein grosses Dankeschön geht auch an das private und geschäftliche Umfeld für das Gegenlesen, die wertvolle Unterstützung und die unendliche Geduld während dieser intensiven Prozessarbeit.



# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

In den letzten Jahren fand im Themenbereich von Sexualität und Behinderung ein Paradigmenwechsel statt. Neue wissenschaftliche Ansätze wie die Disability Studies gehen von Behinderung als soziale Konstruktion der Gesellschaft aus. Sie setzen auf die Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen für Menschen mit Behinderung und auf die gesellschaftliche Inklusion.

Der aktuelle Forschungsstand zeigt auf, dass Menschen mit geistiger Behinderung in vielen Lebensbereichen, besonders im Bereich von Sexualität, noch immer fremdbestimmt und von der sozialen Teilhabe ausgeschlossen werden. Sie werden somit massiv in ihrer sexuellen Gesundheit eingeschränkt.

Die berufsethische Haltung der Sozialen Arbeit beruht auf den Menschenrechten. Die Soziale Arbeit verfügt über einen Berufskodex, welcher die ethischen Prinzipien als Handlungsgrundlage für die Professionellen der Sozialen Arbeit vorgibt.

Sexualität ist für jeden Menschen ein intimes Thema, welches von den persönlichen Werten beeinflusst wird. Bezüglich sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung stehen die Professionellen der Sozialen Arbeit vor der Herausforderung, sich mit der Berufsethik der Sozialen Arbeit auseinanderzusetzen und diese Haltung in der Praxis und gegenüber der Gesellschaft einzunehmen und zu vertreten.

## 1.3 Thematische Eingrenzung und Begrifflichkeit

Neben Sexualität gehören reproduktive Gesundheit, Elternschaft und der Diskurs zu pränataler Diagnostik und zu Bioethik in den Themenbereich von sexueller Gesundheit. Aber auch Themen wie Liebe und Partnerschaft beeinflussen sexuelle Gesundheit. Da der Umfang dieser Arbeit beschränkt ist, werden diese Themenfelder nicht explizit behandelt. Vielmehr richtet die Autorin ihren Fokus auf sexuelle Gesundheit im Sinne eines positiven und selbstbestimmten Umgangs mit Sexualität und auf den Schutz vor sexueller Gewalt.

Im Rahmen des gewählten theoretischen Ansatzes setzt sich diese Arbeit neben sexueller Gesundheit mit der Kategorisierung „Behinderung“ sowie dem Attribut „geistig“ kritisch auseinander. Die Autorin hat bei der Wahl dieser Begrifflichkeit die aktuelle Literatur konsultiert. Geistige Behinderung hält sich trotz berechtigter Kritik weiterhin in der Fachwelt und in der Gesellschaft. Im Wissen, dass dies nur eine Bezeichnung für ein individuelles menschliches Phänomen ist, fiel die Wahl der Autorin deshalb auf dieses Begriffspaar.

Im Laufe der Arbeit werden in den Kapiteln 3 und 4 die rechtlichen Aspekte und der theoretische Ansatz der Disability Studies erläutert. Diese Inhalte betreffen Menschen mit allen Formen von Behinderung und nicht explizit Menschen mit geistiger Behinderung. Aus diesem Grund wird das Begriffspaar „geistige Behinderung“ in diesen beiden Kapiteln nicht stringent ausgewiesen, jedoch jederzeit miteingeschlossen.

In Kapitel 3 zu den rechtlichen Aspekten wurde bewusst auf Erläuterungen zum Erwachsenenschutzrecht verzichtet. Nach Ansicht der Autorin wirken diese bevormundend und entgegen des Prinzips der Selbstbestimmung.

#### **1.4 Adressaten/innen und Ziel**

Diese Arbeit hat zum Ziel, den berufsethischen Dialog zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung mit wissenschaftlichen Erkenntnissen zu bereichern und zu fördern. Adressaten/innen sind die Professionellen der Sozialen Arbeit.

Besonders empfehlenswert ist diese Arbeit für Professionelle, deren Handlungsfeld in den Lebensbereichen von Menschen mit geistiger Behinderung liegt.

Zudem sind alle weiteren interessierte Personen willkommen, diese Arbeit zu lesen und sich für das Thema zu sensibilisieren.

#### **1.3 Berufsrelevanz**

Vor dem Hintergrund einer möglichen Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung durch die Schweiz erhält die Fachdiskussion um sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung eine neue Qualität. Die Soziale Arbeit als Adressatin sozialpolitischer Aufträge wird diesbezüglich eine wichtige Rolle einnehmen.

Die Professionellen der Sozialen Arbeit sind an die Berufsethik der Sozialen Arbeit gebunden. Der berufsethische Diskurs zur Positionierung der Sozialen Arbeit ist im Hinblick auf künftige Aufträge zur Unterstützung von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung im Sinne der Inklusion von grosser Bedeutung.

Es ist wichtig, dass die Professionellen die berufsethische Haltung und die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen reflektieren, nach aussen stets vertreten und neue Handlungsansätze weiterentwickeln.

## 1.5 Fragestellungen und Aufbau der Arbeit

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine Literaturlarbeit, wobei vier Leitfragen durch das Thema führen.

**Kapitel 2** erstellt eine Situationsanalyse mittels Beschreibungswissen, angeleitet von der folgenden Fragestellung:

- ***Wie ist der Forschungsstand zu Menschen mit geistiger Behinderung, Sexualität und sexueller Gesundheit und welche Problematiken lassen sich bei der thematischen Verknüpfung aufzeigen?***

Nach einer ersten Klärung der Begrifflichkeit widmet sich das Kapitel dem Phänomen von geistiger Behinderung. Transdisziplinär werden verschiedene Perspektiven von aufgezeigt. Damit wird die Komplexität dieses Phänomens erläutert. Der erste Teil des Kapitels wird mit einem umfassenden Modell von Behinderung abgeschlossen.

Im zweiten Teil des Kapitels werden grundsätzliche Aspekte zu Sexualität und sexueller Gesundheit erläutert. Danach wird Schwerpunkt auf die Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung im Bereich von sexueller Gesundheit gesetzt. Es werden Problembereiche aufgedeckt und es wird aufgezeigt, was Sexualität behindert.

**Kapitel 3** widmet sich den Rechten im Kontext von sexueller Gesundheit. Folgende Frage wird beantwortet:

- ***Welche rechtlichen Aspekte lassen sich im Kontext von sexueller Gesundheit für Menschen mit geistiger Behinderung aufzeigen und welchen gesetzlichen Rahmen bietet die Schweiz?***

Einleitend werden die sexuellen Menschenrechte vorgestellt. Mit der direkten Verknüpfung zu den in der Schweizer Bundesverfassung verankerten Grundrechten werden die Rahmenbedingungen eingeführt. Dann widmet sich das Kapitel weiteren relevanten gesetzlichen Bestimmungen der Schweiz. Abschliessend folgt ein Beitrag zur UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) und zu der aktuellen Diskussion um die Radizierung durch die Schweiz.

**Kapitel 4** eröffnet der Leserschaft einen theoretischen Zugang zum Thema. Es wird folgender Frage nachgegangen:

- ***Welche Ansätze vertreten die Disability Studies, welchen Fokus haben sie auf sexuelle Gesundheit und wie werden die Erkenntnisse aus Sicht der Sozialen Arbeit reflektiert?***

Einleitend wird die wissenschaftliche Disziplin Disability Studies in ihrer Entstehung, mit ihren Grundsätzen und Handlungsprinzipien erklärt. In einem zweiten Schritt treten sich verschiedene Modelle von Behinderung gegenüber, wobei die Ansätze der Disability Studies in Abgrenzung erläutert werden.

Danach widmet sich das Kapitel einem aktuellen Thema der Wissenschaft: Gendering Disability untersucht die Zusammenhänge von Behinderung und Geschlecht. Da eine vertiefte Auseinandersetzung den Umfang dieser Arbeit sprengen würde, wird Gendering Disability oberflächlich erläutert und mit aufgedeckten Problemlagen aus Kapitel 2 verknüpft.

Danach richtet sich der Fokus aus dem Blickwinkel der Disability Studies auf sexuelle Gesundheit von Menschen mit Behinderung. Da die Ansätze behindertenübergreifend sind, wird in diesem Beitrag auf das Attribut „geistig“ verzichtet. Abschliessend wird das Kapitel aus der Sicht der Sozialen Arbeit kritisch reflektiert.

**Kapitel 5** überträgt die vorangegangenen Ausführungen auf die Handlungsebene der Sozialen Arbeit und ihren Professionellen, indem folgender Frage nachgegangen wird:

- ***Welche berufsethische Relevanz hat der Fokus der Disability Studies auf sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung und wie können diese Erkenntnisse in der Praxis umgesetzt werden?***

Dieses Kapitel besteht aus zwei Teilen, wobei die Inhalte im zweiten Teil jeweils miteinander verknüpft werden. Im ersten Teil geht es um die Berufsethik der Sozialen Arbeit. Zunächst werden die Profession und der Beruf voneinander unterschieden. Soziale Arbeit wird daraufhin als Profession definiert. Nach Erläuterungen zum Berufskodex und dem Menschenbild wird der erste Teil mit dem Dreifachmandat abgeschlossen.

Im zweiten Teil werden Perspektiven für die Praxis aufgezeigt. Die Ansatzpunkte sind auf Mikro-, Meso- und Makroebene aufgeteilt und werden gleichzeitig mit dem Berufskodex verknüpft.

Mit **Kapitel 6** werden die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

Zum Abschluss zeigt **Kapitel 7** einen kurzen Ausblick auf weitere Themen- und Handlungsfelder im Bereich von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

## **2 Sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung**

Einleitend beschreibt dieses Kapitel den aktuellen Forschungsstand zu Menschen mit geistiger Behinderung, Sexualität sowie ihrer sexueller Gesundheit. Gleichzeitig werden Begrifflichkeiten definiert. In einem nächsten Schritt werden relevante Problematiken anhand der thematischen Verknüpfung der drei erwähnten Aspekte beleuchtet. Der letzte Beitrag widmet sich explizit der Problematik sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung.

### **2.1 Geistige Behinderung**

Die Wissenschaft beschreibt und klassifiziert geistige Behinderung aus verschiedenen Perspektiven. Nach einer ersten Auseinandersetzung zur Begrifflichkeit wird das Phänomen der geistigen Behinderung aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet.

#### **2.1.1 Begrifflichkeit im Kontext**

Nach Barbara Fornefeld (2009) geht der Begriff „Geistige Behinderung“ auf die Elternvereinigung „Lebenshilfe für das geistige Kind“ im Jahr 1958 zurück. Er entstand aus dem Bedürfnis heraus, Kinder mit Beeinträchtigung der intellektuellen Funktionen so zu beschreiben, dass sie als Person nicht abgewertet werden. Die Begriffswahl entstand in Anlehnung zum englischen Sprachgebrauch „Mental Disability“ oder „Mental Handicap“, wobei die intellektuelle Beeinträchtigung und die Konsequenzen der Benachteiligung (Handicap) im Vordergrund stehen. Trotz vielseitiger Kritik hat sich die Bezeichnung „Geistige Behinderung“ im Alltag sowie in der Fachwelt etabliert und hält sich bis heute (S. 58-59.).

Otto Speck (2012) erklärt, dass der Begriff „geistig behinderte Menschen“ defizitorientiert ist. Er beschreibt eine intellektuelle Unzulänglichkeit, welche gesellschaftlich stigmatisierende Folgen mit sich bringt. Als wichtiger Fortschritt bezeichnet Speck den Terminus „Menschen mit geistiger Behinderung“. Im Gegensatz zur pauschalen Substantivierung „Geistigbehinderte“ bezeichnet dieser Begriff geistige Behinderung lediglich als eine Eigenart des Menschen. So tritt die intellektuelle Unzulänglichkeit in den Hintergrund und der Mensch erscheint primär als Mensch (S. 52).

Speck (2012) setzt sich mit der Definition des Geistes in der Funktion des Attributes von Behinderung auseinander. Er zeigt den vielfältigen Bedeutungscharakter des Geistes auf. Dieser reicht von Verstand bis Weingeist und von Gespenst bis Seele. Dadurch kritisiert er den Begriff im Kontext von Behinderung (S. 45).

## **Geist – Eine neurobiologische Erläuterung**

Speck (2012) schreibt dem Geist im behindertenspezifischen Kontext eine wissenschaftliche Bedeutung zu. In der Neurobiologie wird der Geist mit dem Inhalt und der Aktivität des Gehirngewebes definiert. Das bedeutet: Gedanken, Gefühle, Intellekt, Motive, Wahrnehmung und Bewertung entstehen durch die Interaktion zwischen Organismus und Objekt und sind veränderbar. Der Geist ist daher das Ergebnis der unaufhörlichen dynamischen Kartierungstätigkeit (geistige Prozesse) des Gehirns, welche für die Steuerung der Lebensprozesse des Menschen nötig sind (S. 45-48).

Dem Geist wird demnach keine spirituelle Definition zugeschrieben. Vielmehr wird ihm ein neurobiologischer Charakter verliehen, welcher an den Prozess der Entwicklung eines Menschen gekoppelt ist.

### **2.1.2 Verschiedene Perspektiven auf ein komplexes Phänomen**

Fornfeld (2009) erklärt, dass geistige Behinderung als individuelles Phänomen auftritt. Es gibt weder *die* geistige Behinderung, noch *den* Menschen mit geistiger Behinderung. Sie stellt fest, dass die Schwierigkeit, geistige Behinderung zu definieren, darin liegt, dass dieses Phänomen auch durch die Umwelt mitbestimmt und bewertet wird. Die Bewertung steht in starker Abhängigkeit zum Zeitgeist und zu den herrschenden gesellschaftlichen Normen und Werten. Zudem sind die individuellen physischen, psychischen und sozialen Folgen bei jedem Menschen mit geistiger Behinderung unterschiedlich. Gestützt auf den systemischen sowie konstruktivistischen Theorieansatz ergänzt sie, dass Behinderung generell keine unabänderliche Tatsache ist, sondern ein mehrdimensionales Phänomen mit multiplen Bedeutungen, welches in ständiger Wechselwirkung vom Menschen und seiner Umwelt steht und entsteht (S. 58–64).

### **Die medizinische Perspektive**

Nach Speck (2012) geht die medizinische Disziplin davon aus, dass jede Behinderung primär einer organischen Schädigung zu Grunde liegt. Neben vielfältigen pathologischen Faktoren ist die Schädigung des Gehirns von zentraler Bedeutung (S. 58).

Das Einteilungsschema von Gerhard Neuhäuser und Hans-Christoph Steinhausen (2013) ist auf klinische Syndrome (regelmäßige Kombination bestimmter pathologischer Symptome) und psychopathologische Störungen ausgerichtet. Gegliedert wird es nach Entstehungsphasen der Symptome und Störungen, welche vor, während und nach der Geburt auftreten können. Neuhäuser und Steinhausen (2013) nennen klinische Syndrome, die bei geistiger Behinderung wie folgt auftreten können:

### **1. Pränatal entstandene Formen:**

- Fehlentwicklung des Nervensystems (Fehlbildung und Differenzierungsstörungen des Zentralnervensystems)
- Genmutationen, die vor allem zu Stoffwechselstörungen (Metabolismus) führen können, z.B. die Phenylketonurie
- Fehlbildungs-, und Retardierungssyndrome, bezogen auf das Körperwachstum, auf Körperformen und Neigungen zu bestimmten Krankheiten
- Fehlbildungen des Nervensystems, wie vor allem Makrozephalie und Mikrozephalie (vergrößerter bzw. verringerter Kopfumfang)
- Chromosomenanomalien, wie z.B. die Trisomien, von denen das Down-Syndrom als Trisomie 21 am häufigsten anzutreffen ist (1:600-900 Neugeborenen)
- Exogen verursachte pränatale Entwicklungsstörungen, bedingt durch Infektionen (z.B. Virus-Infektionen), chemische Einwirkungen (Alkohol, Medikamente) und durch Strahlen- bzw. sonstige Umweltbelastungen
- Idiopathische Form geistiger Behinderung (keine körperlichen Symptome bei zerebralen Funktionsstörungen, vermutlich erbbedingt)

### **2. Perinatale Komplikationen mit Folge einer geistigen Behinderung:**

- Sog. Geburtstrauma (Verletzung von Gehirnteilen)
- Durch Sauerstoffmangel bedingte Enzephalopathie
- Frühgeburten
- Erkrankungen des Neugeborenen, z.B. die neonatale Meningitis (Hirnhautentzündung) oder eine Blutgruppenunverträglichkeit

### **3. Postnatale Ursachen geistiger Behinderung:**

- Entzündliche Erkrankungen des Zentralnervensystems: Meningitis (Hirnhautentzündung), Enzephalitis (Gehirnentzündung)
- Schädel-Hirn-Trauma, z.B. durch Unfälle oder Kindesmisshandlungen
- Hirntumore
- Hirnschädigungen durch Intoxikation (Vergiftungen), Sauerstoffmangel oder Stoffwechselkrisen. (S. 63–137)

Neuhäuser und Steinhausen (2013) halten fest, dass etwa 20 bis 30 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung zusätzlich an epileptischen Anfällen leiden. Vermehrt treten zudem psychosomatische Störungen wie Autismus, Psychosen, Hyperaktivität und Aufmerksamkeitsstörungen, Stereotypien und Autoaggression, Einnässen und Einkoten, sowie Essstörungen auf (S. 141–160).

Gegenüber weiteren Vertretenden der medizinischen Disziplin sind Neuhäuser und Steinhausen (2013) der Ansicht, dass Behinderung als komplexes Phänomen und nicht als bloße medizinische Kategorie zu verstehen ist. Sie weisen auf die Notwendigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit mit Psychologie, Sonderpädagogik und Soziologie hin. Nur so kann der medizinische Bestimmungsrahmen an Klarheit gewinnen. (zit. in Speck, 2012, S. 57).

Abschliessend wird festgehalten, dass die medizinische Perspektive immer von einem defizitären Erklärungsansatz im Vergleich zur Norm ausgeht. Der Fokus liegt dabei primär auf der Diagnostik und der Behandlung von pathologischen Syndromen (Neuhäuser & Steinhausen, 2013, S. 137).

### **Psychologische Perspektiven**

Die psychologische Sichtweise auf geistige Behinderung unterlag lange Zeit ausschliesslich dem Kriterium der Intelligenz bzw. der Intelligenzminderung. In Anlehnung an den defizitären Erklärungsansatz der medizinischen Perspektive haben sich verschiedene Klassifizierungssysteme etabliert.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2009) definiert in ihrem weltweit anerkannten Diagnoseklassifikationssystem, in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD, engl. International Classification of Diseases), geistige Behinderung als eine Intelligenzstörung, welche mittels eines standardisierten Intelligenztests festgestellt wird. (zit. in Speck 2012, S. 60-61). Diese Störung zeigt sich gemäss der WHO (2009) während der Entwicklungsperiode durch Defizite im motorischen und sozialen Bereich sowie in der Sprach- und kognitiven Entwicklung. Diese Defizite beeinflussen das Intelligenzniveau massgeblich. Im Gegensatz zu anderen klassifizierten Störungen kann der ICD keine detaillierten Kriterien bereitstellen, da die Hauptkomponenten der Intelligenzstörung sozial und kulturell deutlich beeinflusst werden (zit. in Fornefeld, 2009, S. 64-68).



Die intellektuellen Beeinträchtigungen werden gemäss ICD in drei Schweregrade unterschieden und klassifiziert:

<b>Codierung der ICD-10</b>	<b>Grade der Intelligenzminderung</b>	<b>IQ-Wert Intelligenzalter bei Erwachsenen (IA)</b>
F70	Leichte Intelligenzminderung (leichte geistige Behinderung)	IQ-Bereich: 50-69 IA von 9 bis unter 12 Jahren
F71	Mittelgradige Intelligenzminderung (mittelgradige geistige Behinderung)	IQ-Bereich: 35-49 IA von 6 bis unter 9 Jahren
F72	Schwere Intelligenzminderung (schwere geistige Behinderung)	IQ-Bereich: 20-34 IA von 3 bis unter 6 Jahren
F73	Schwerste Intelligenzminderung (schwerste geistige Behinderung)	IQ unter 20 IA unter 3 Jahren

**Tabelle 1: Kriterien geistiger Behinderung nach ICD-10-GM-2009 (zit. in Fornefeld, 2009, S. 67)**

Fornefeld (2009) erklärt, dass eine Intelligenzminderung oft gekoppelt mit körperlichen und psychischen Störungen auftritt. Häufig werden Autismus, Epilepsie und eine schwere körperliche Behinderung diagnostiziert (S. 67).

Neuhäuser und Steinhausen (2013) erläutern zur Prävalenz von geistiger Behinderung, dass ungefähr zwei Drittel der Bevölkerung (68 Prozent) einen normalen Intelligenzquotienten (IQ) zwischen 85 und 100 erreichen. Bei etwa 95 Prozent der Bevölkerung wird ein IQ zwischen 70 und 130 festgestellt. Kinder und Jugendliche mit einem IQ zwischen 55 bis 85 werden zum Personenkreis mit Lernbehinderung gezählt. Nach dem Klassifizierungsmodell ICD-10 tritt eine geistige Behinderung dementsprechend selten auf, nämlich nur bei etwas mehr als einem Prozent der gesamten Bevölkerung (S. 18-20).

Die Klassifizierung nach ICD-10 misst Intelligenz als statische normative Grösse, wobei das Prozesshafte der menschlichen Entwicklung nicht berücksichtigt wird. Es steht daher ausser Frage, dass Kriterien zur Einordnung von Behinderung nötig sind. Fornefeld (2009) führt an, dass die Klassifizierung als hypothetische Annahme erkannt werden müsse, damit der individuelle Bedarf festgestellt und therapeutische Massnahmen mittels objektiver Kriterien veranlasst werden können. Sie erachtet die Reduktion eines erwachsenen Menschen auf das Entwicklungsalter eines Kindes jedoch als ethisch problematisch. Denn: Jeder erwachsene Mensch hat eine biopsychische Entwicklung vollzogen und dabei eine individuelle

Lebenserfahrung gemacht. Wenn diese im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung anders sein können, scheint eine Gleichsetzung von erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung mit Kindern als äusserst unangemessen (S. 68).

Neben den statischen Intelligenzmodellen geht die Entwicklungspsychologie davon aus, dass sich Menschen mit geistiger Behinderung grundsätzlich nach denselben Kriterien entwickeln wie Menschen ohne Behinderung. Laut Neuhäuser und Steinhausen (2013) kommt es bei Menschen mit geistiger Behinderung aber zu Defiziten in der Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung sowie der Steuerung von Aufmerksamkeits- und Speicherprozessen. Die kognitive Entwicklung von Kindern mit geistiger Behinderung wird entwicklungspsychologisch als verzögertes Erreichen der unterschiedlich definierten Entwicklungsstufen beschrieben (S. 47-50).

### **Die soziologische Perspektive**

In den vorangegangenen Ausführungen wurde aufgezeigt, dass die medizinische und die psychologische Sichtweise auf geistige Behinderung kausal der betroffenen Personen bzw. der eigenen biologischen Disposition zugeschrieben wird. Die Soziologie erweitert diese Sicht, indem sie sich mit dem Zusammenleben der Menschen und der daraus resultierenden sozialen Wirklichkeit auseinandersetzt.

Günther Cloerkes (2007) beschreibt Soziologie als empirische Wissenschaft, welche davon ausgeht, dass jeder Mensch ein soziales Wesen ist. Als soziales Wesen befindet sich der Mensch in ständiger Wechselwirkung mit seiner Umwelt. Ergänzend fügt er hinzu, dass die soziale Wirklichkeit dynamischen und ständig verändernden Prozessen unterliegt (S. 2).

Die Soziologie der Behinderten definiert Cloerkes (2007) als eine Wissenschaft, dessen Forschungsgegenstand die soziale Wirklichkeit von Menschen mit Behinderung ist. Sein Verständnis von Behinderung unterscheidet zwischen Schädigung (engl. Impairment), Behinderung (Disability) und Benachteiligung (Handicap). Während die Schädigung eine Störung auf der organischen Ebene beschreibt, bezeichnet Behinderung eine Störung auf der persönlichen Ebene, d.h. die individuelle Bedeutung für einen Menschen. Die Benachteiligung wird im Sinne der Partizipationsbeschränkung am sozialen Leben verstanden (S. 4–5).

Die Soziologie bedient sich bei der Beschreibung von Behinderung an verschiedenen **Gesellschaftstheorien**. Die **gesellschaftstheoretischen Erklärungsansätze** gehen primär davon aus, dass Menschen mit Behinderung von der Eingliederung in bestimmte Gesellschaftsstrukturen ausgeschlossen werden. In diesem Zusammenhang wird von sozialen Modellen in der Behinderung gesprochen. Zur Veranschaulichung werden die im Kontext relevantesten Ansätze nach Fornfeld (2009) hier kurz umrissen:

Der **interaktionistische Ansatz** beschreibt Behinderung generell als Prozess von Zuschreibung und Erwartung. Die **Systemtheorie** beschreibt Behinderung als Selektion aufgrund von Störung in der Kommunikation (Information, Mitteilung und Verstehen) zwischen den sozialen Systemen. Der **konstruktivistische Ansatz** geht davon aus, dass eine Behinderung im Auge des Betrachters (Subjektivität) konstruiert wird und sie somit nicht existiert. Der Leitspruch „*Behindert ist man nicht – behindert wird man*“ (zit. in Gisela Hermes, 2006, S. 19) ist typisch für den konstruktivistischen Denkansatz (Fornefeld, 2009, S. 62-63).

Anhand der kurzen Umschreibung wird deutlich, dass die Soziologie verschiedene Ansätze vertritt, wobei Behinderung sowie deren Attribute wie geistig, körperlich, psychisch und seelisch als soziale Konstruktion verstanden werden. Mit dieser Konstruktion entstehen negative Zuschreibungen und Erwartungen von der Gesellschaft, wobei jede Art von Behinderung als unerwünschte Normabweichung definiert wird. Die Normabweichung wird auch mit Störungen in der Kommunikation von Mensch und Umwelt beschrieben, wobei Behinderung von der Umwelt klassifiziert (Selektion) wird. Behinderung zeigt sich folglich als Einschränkung der Betroffenen am sozialen Leben.

Eine vertiefte theoretische Reflexion wird mit der Einführung der Disability Studies in Kapitel 4 Kapitel vorgenommen. Abschliessend wird festgehalten, dass sich die Soziologie zentral mit Fragen der sozialen Teilname (Partizipation), bzw. der Partizipationsbeschränkung auseinandersetzt. So kann eine aktive Beteiligung am sozialpolitischen und behinderungsspezifischen Diskurs stattfinden (Fornefeld, 2009, S. 62).

### **ICF - Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**

Aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet, bestätigen sich die Komplexität und die Phänomenologie von geistiger Behinderung. Speck (2012) hält in diesem Zusammenhang fest, dass erst durch die Kenntnisnahme der gegenseitig intendierten Befunde ein umfassendes Gesamtbild von geistiger Behinderung möglich wird (S. 57- 58).

Die von der WHO (2001) erarbeitete internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (engl. International Classification of Impairments, Activities and Participation) ermöglicht erstmals, die verschiedenen Perspektiven interdisziplinär zu verbinden. Es basiert auf einem „bio-psycho-sozialen“ Verständnis von Behinderung und liefert somit eine vieldeutige-perspektivische Sichtweise auf Funktionsfähigkeit und Behinderung. Es wird der gesamte Lebenshintergrund der betroffenen Menschen berücksichtigt, damit eine adäquate Einschätzung des Rehabilitations- und Förderbedarfs möglich ist. Als allgemeines Ziel der ICF-Klassifizierung wird der einheitliche und standardisierte Rahmen zur Beschreibung von Gesundheit und gesundheitsrelevanten Aspekten definiert. Die ICF-

Klassifikation ist universal und für jedes Gesundheitsproblem anwendbar (Fornefeld, 2009, S. 68–71).

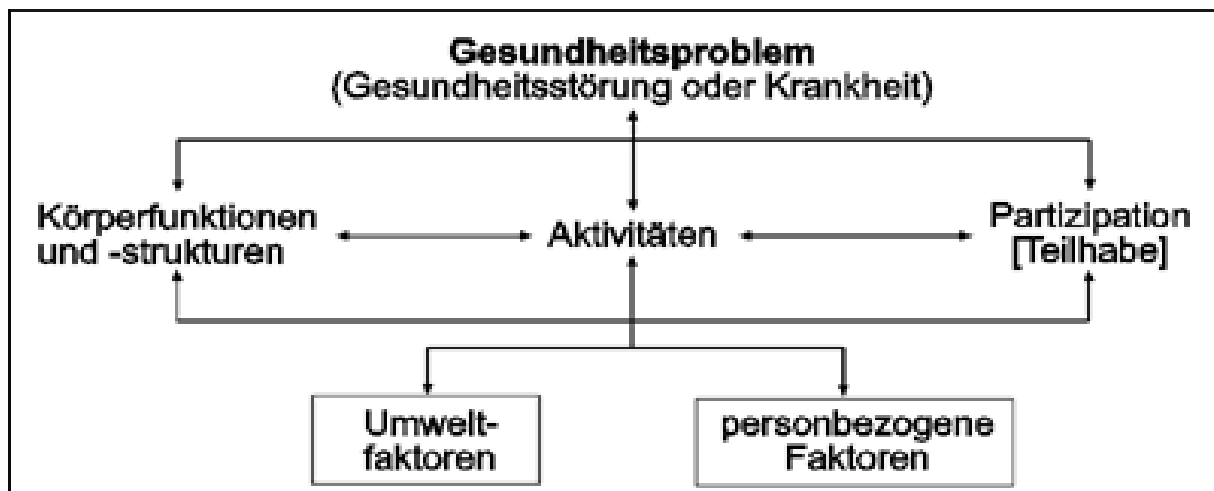


Abbildung 1: Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF (zit. in Fornefeld 2009, S. 69)

Die Grafik wird in zwei Teile gegliedert. Ein Teil zeigt die Funktionsfähigkeit und Behinderung auf, während der zweite Teil die Faktoren aufzeigt, welche den Menschen in seinem sozialen Umfeld betreffen.

## Teil I - Funktionsfähigkeit und Behinderung

### I. *Körperfunktionen und – strukturen*

Körperfunktionen sind die physiologischen Funktionen von Körpersystemen einschliesslich der psychologischen Funktionen. Körperstrukturen bezeichnen anatomische Teile des Körpers wie Organe, Gliedmassen und ihre Bestandteile.

- *Wenn eine Beeinträchtigung der Körperfunktion oder –struktur vorliegt, wie beispielsweise eine wesentliche Abweichung oder das Fehlen von Funktion, wird von Schädigung gesprochen.*

### II. *Aktivitäten und Partizipation*

Als Aktivität wird die Durchführung einer Handlung durch den Menschen beschrieben. Partizipation bezeichnet das Einbezogen-sein in eine Lebenssituation.

- *Beide Faktoren können von einer Beeinträchtigung betroffen sein.*

## Teil II – Kontextfaktoren

### I. **Umweltfaktoren (Individuum & Gesellschaft)**

Die Ebene des Individuums schliesst die unmittelbare, persönliche Umwelt eines Menschen, die physikalischen und materiellen Gegebenheiten der Umwelt, sowie den persönlichen Kontakt zu anderen mit ein. Die Ebene der Gesellschaft widerspiegelt die formellen und informellen sozialen Strukturen in der Gesellschaft.

- *Die Umweltfaktoren stehen immer in Wechselwirkung mit allen Aspekten von Teil I. Sie können einander positiv oder negativ beeinflussen.*

### II. **Personenbezogene Faktoren**

Diese Faktoren sind nicht Teil des Gesundheitsproblems oder –zustandes eines Menschen. Sie stehen für den individuellen Hintergrund des eigenen Lebens und für die Lebensführung (Geschlecht, ethische Zugehörigkeit, Alter, Bildung, Charakter etc.)

- *Obwohl diese Faktoren in der Gesamtheit oder Einzeln bei Behinderung in jedem Bereich eine Rolle spielen können, wurden sie nicht explizit ICF-klassifiziert (Fornefeld, 2009, S. 69–71).*

Durch seinen mehrperspektivischen und interaktiven Ansatz, zeigt das ICF-Modell die Komplexität von geistiger Behinderung erstmals in umfassender Weise auf.

## **Die (sonder-) pädagogische Perspektive**

Im Zentrum der pädagogischen Perspektive steht der Bildungs- und Erziehungsanspruch. Die Sonderpädagogik setzt sich mit dem Anspruch auf Erziehung und Bildung von Menschen mit besonderem Förderbedarf (beispielsweise geistige Behinderung) auseinander. Hierbei wird der Heterogenität des jeweiligen Personenkreises Rechnung getragen. Die Sonderpädagogik hat nicht den Anspruch, Menschen mit geistiger Behinderung der Norm anzupassen. Es geht vielmehr um die Kompensation von Lerndefiziten in Bildungs- und Erziehungsnormen, um Menschen mit geistiger Behinderung zu einem möglichst selbstbestimmten Leben als Teil in der Gesellschaft zu verhelfen. Da jeder Mensch ein Leben lang lernt, beschränkt die (Sonder-)Pädagogik ihre Interventionen nicht auf ein bestimmtes Alter (Fornefeld, 2009, S. 83–84).

Vergleichbar mit dem ICF-Modell stellt Speck (2012) die pädagogische Perspektive auf geistige Behinderung in einen biopsychosozialen Bezugsrahmen:

Für die Pädagogik ist eine geistige Behinderung sowohl ein Phänomen vorgefundener und komplex und differenziert zu erfassender Wirklichkeit als auch eine Aufgabe, die darauf ausgerichtet ist, trotz Behinderung Erziehung und Bildung zu ermöglichen. Der pädagogische

Aspekt bezieht sich im Falle der geistigen Behinderung vor allem darauf, Lernmöglichkeiten des Kindes auszuloten und durch eine entsprechende Gestaltung seiner Lernumwelt sein Lernen zu fördern. (S. 72)

Speck (2005) nennt drei zentrale Leitthesen der (Sonder-) Pädagogik:

- Geistige Behinderung ist eine individuelle Facette des Menschen. Die normale Gegebenheit erfordert eine individuell angepasste Förderung und Erziehung zur Entwicklung der eigenen Identität.
- Die Erziehung orientiert sich an den allgemeinen Notwendigkeiten sowie den gültigen Werten und Normen.
- Die pädagogischen Handlungsansätze richten sich nicht nur nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten, sondern auch nach den sozialen Bedingungen zur Unterstützung des Lernens und der sozialen Teilhabe (zit. in Fornefeld, 2009, S. 91).

In der Diskussion um die soziale Konstruktion von Behinderung ergänzt Fornefeld (2009) die pädagogischen Leitthesen um eine weitere:

- Die Erziehung zielt auf die Verminderung von Stigmatisierung und Diskriminierung ab und verpflichtet sich zur Inklusion von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft (S. 91).

## **2.2 Sexualität und sexuelle Gesundheit**

Dieses Kapitel widmet sich den grundlegenden Aspekten von Sexualität sowie sexueller Gesundheit.

### **Sexualität**

Sexualität ist sehr vielseitig und ein zentraler Aspekt von sexueller Gesundheit. Die Begriffsdefinition ist dabei sehr unterschiedlich. Neben der Reduktion auf den Genitalakt existieren in der Fachwelt zahlreiche Definitionen, welche Sexualität in ihrer Vielseitigkeit zu beschreiben versuchen. An einer Fachkonferenz 2002 setzte sich die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstmals mit der Definitionsfrage auseinander. Während diesem fachlichen Diskurs mit der Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung (BZgA) sowie weiteren Fachgremien wurden die Standards für Sexualaufklärung in Europa erarbeitet. Heute dienen sie als Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten. In diesem Kontext wird Sexualität in ihrer umfangreichen Art definiert:

Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die

Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschliesst. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht nur all ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren. (WHO & BZgA 2011, S. 18)

Joachim Walter (2005) erklärt, dass Sexualität eine sinngebende Bedeutung für die Ganzheitlichkeit des Menschseins hat. Sie wirkt sich nicht nur konstitutiv auf die Entwicklung der Persönlichkeit aus, sondern wird als Ausdruck der Individualität und der Sozialität des Menschen verstanden. Er ergänzt, dass Sexualität ein kreatives und kommunikatives Potential besitzt und nie als Abstraktum existiert, sondern immer in der individuellen Ausformung durch einzelne Menschen. So einzigartig jeder Mensch ist, so erhält die Sexualität eines Menschen durch dessen Eigenart eine individuelle Facette (S. 34–40).

### **Sexuelle Gesundheit**

Eine Sensibilisierung zum Thema sexuelle Gesundheit fand erstmals während dem Entwicklungsprozess im Bereich der Gesundheitsförderung gegen Ende der 1980er-Jahre statt.

Martin Hafén (2007) beschreibt Gesundheit in Zusammenhang mit Krankheit. Beiden Begriffen schreibt er eine individuelle und soziale Konstruktion zu. Krankheit sowie Gesundheit haben eine subjektive und eine objektive Komponente. Krankheit wird über die medizinwissenschaftliche Symptomatik klassifizierbar, wobei Gesundheit nur in Referenz zur An- und Abwesenheit von Krankheit und Verletzung definierbar wird. Diese Ausführung zeigt, dass sich Krankheit und Gesundheit nicht gegenseitig ausschliessen, sondern wechselseitig bedingen. Im konstruktivistischen, systemtheoretischen Verständnis wird Gesundheit als Prozess der Beobachtung von Differenz zur Krankheit beschrieben. Hafén stützt sich bei der wechselseitigen Bedingtheit dieses Kontinuums auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997). Dieser setzte sich vertieft mit der Frage auseinander, was Gesundheit generiert. Hafén (2007) bezieht sich bei seiner Definition von Gesundheit zudem auf die Definition von Klaus Hurrelmann (1988), welcher Gesundheit als gegeben ansieht, wenn sich ein Individuum mit seiner physischen, psychischen und sozialen Entwicklung im Einklang mit den eigenen Möglichkeiten, Zielvorstellungen und den äusseren Lebensbedingungen befindet. Mit Ausnahme des prozesshaften Gesundheitsverständnisses bezieht sich Hurrelmann (1988) mit seiner Definition auf Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1948), welche Gesundheit nicht

ausschliesslich auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert, sondern die subjektive Perspektive auf das eigene Wohlbefinden miteinbezieht: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (S. 87, zit. in Hafen, S. 86–94).

An der ersten internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung wurde von der WHO 1986 das Rahmendokument, die so genannte Ottawa Charta, etabliert. Hafen (2007) erklärt, dass die bis anhin etablierte pathogenetische Gesundheitsförderung, welche primär das Ziel hat, Krankheiten zu verhindern, erstmals aus einem gesundheitsförderlichen Fokus, die sogenannte Salutogenese, betrachtet wird. Im Gegensatz zum defizitorientierten Interventionsansatz setzen sich salutogenetische Ansätze mit Fragen zur Erhaltung der Gesundheit und Förderung des Wohlbefindens auseinander. Die salutogenetische Perspektive eröffnet neue Zugänge und Strategien, wie beispielsweise der Ansatz der Selbstbestimmung oder das Schutzfaktorenkonzept von Aaron Antonovsky (S. 94–105).

Dieser Paradigmenwechsel hatte einen enormen Einfluss auf das Verständnis von sexueller Gesundheit. Gemäss dem Diskussionspapier „Sexuelle Gesundheit“ der Aids-Hilfe Schweiz (2008) wurde an der UNO-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994 ein Meilenstein für die Entwicklungsgeschichte sexueller Gesundheit erreicht. Schwerpunktthema war Zugang von Frauen zu Bildung und zur Gesundheitsversorgung, insbesondere im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Während dieser Konferenz wurde eine erste Definition von sexueller und reproduktiver Gesundheit erarbeitet, welche als Grundlage zur Weiterführung des Diskurses diente (S. 1–5).

Ausgehend von dem ressourcenorientierten Ansatz definiert die WHO 2006 sexuelle Gesundheit wie folgt:

Sexuelle Gesundheit ist ein Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, Einschränkungen oder Gebrechen. Sexuelle Gesundheit erfordert einen positiven und respektvollen Umgang mit Sexualität und sexuellen Beziehungen. Sexuelle Gesundheit schliesst die Möglichkeit von befriedigenden und sicheren sexuellen Erfahrungen frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt mit ein. Um sexuelle Gesundheit zu erreichen und aufrecht zu erhalten, müssen die sexuellen Rechte aller Menschen respektiert, geschützt und durchgesetzt werden. (WHO & BZgA 2011, S. 19)



Sexuelle Gesundheit schliesst die reproduktive Gesundheit ein, d.h. die Möglichkeit zur Fortpflanzung aller Menschen, sowie die Freiheit sich zu entscheiden, ob, wann und wie viele Kinder man haben möchten (zit. in Marion Janke, 2009, S. 41).

Das Verständnis von Sexualität hat sich mit der Entwicklung von sexueller Gesundheit über die Jahre hinweg stark verändert. Dabei gilt es zu beachten, dass Sexualität und sexuelle Gesundheit immer durch persönliche, soziale und kulturelle Faktoren (objektive Faktoren) beeinflusst werden.

## **2.3 Behinderte Sexualität**

In dem folgenden Beitrag wird der Bezug zwischen Sexualität und Menschen mit geistiger Behinderung hergestellt. Damit soll aufgezeigt werden, was Sexualität behindert und sexuelle Gesundheit einschränkt.

### **2.3.1 Fachlicher und gesellschaftlicher Exkurs**

Ralf Specht (2013) beschreibt den **gesellschaftlichen und fachlichen Umgang mit Sexualität und Behinderung chronologisch in drei Phasen**. In der **ersten Phase** - bis in die 1970er und 1980er Jahre – wurden Menschen mit Behinderung aus der Gesellschaft ausgesondert und in Institutionen untergebracht. Der damalige Alltag von Menschen mit Behinderung wurde von pharmakologischer Ruhigstellung, struktureller und persönlicher Gewalterfahrungen sowie strikter Geschlechtertrennung geprägt. Wesentliche Merkmale dieser restriktiven Strukturen waren die Leugnung, Verdrängung und das Verbot von Sexualität. Nach Specht (2013) war das zentrale Ziel der Sexualpädagogik, sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung zu ignorieren und zu unterbinden (S. 165-166).

Thomas Huonker (2002) hat diesbezüglich einen Bericht über Anstaltseinweisungen, Kindeswegnahme, Eheverbote, Sterilisation und Kastration in der Stadt Zürich zwischen 1890 und 1970 vorgelegt. In diesem Bericht wird eine Zwangssterilisation für Menschen mit Behinderung gefordert, um die „Erzeugung sozial, geistig und moralisch minderwertiger Menschen“ zu verhindern (S. 105; 174).

Nach Specht (2013) wurden die Missstände der Sexualunterdrückung durch die Medien und Fachpresse, vor allem aber durch Selbsthilfegruppen und Interessenverbände, mit den Jahren vermehrt aufgedeckt. Damit wurde das Tabu von Sexualität und Behinderung erstmals aufgebrochen. Die **zweite Phase** ab den 1980er Jahren beschreibt Specht (2013) mit der Normalisierung. Es wurde erkannt, dass Menschen mit Behinderung die gleichen Bedürfnisse haben wie Menschen ohne Behinderung. Grosse Unterschiede wurden jedoch in den Möglichkeiten der Umsetzung der eigenen Bedürfnisse erkannt. Das Verständnis der Förderung hin zur „Norm“ ersetzte fortan den Terminus der medizinisch-pflegerischen

Versorgung. Mit diesem Paradigmenwechsel wurden Menschen mit Behinderung von Patienten zu Klienten. Eine Anpassung struktureller Rahmenbedingungen im Sinne des Normalisierungsprozesses setzte sich in Bewegung. Specht (2013) führt an, dass trotz der allgemeinen Verbesserung der Lebensqualität auch heute noch vielen ambulant oder institutionell betreuten Menschen mit Behinderung das Recht auf Sexualität teilweise abgesprochen wird. Er führt dies zurück auf Versäumnisse der Vergangenheit und die langanhaltende Tabuisierung.

Während in der Gesellschaft dieses Thema heute noch mit vielen Tabus besetzt wird, stellt Specht (2013) zwischen behindertenspezifischen Institutionen grosse Unterschiede im Umgang damit fest. Einige richten sich seit Jahren an ein Sexualkonzept und verstehen sexualpädagogische Begleitung als einen wesentlichen Inhalt ihrer Arbeit. Andere haben sich bis heute mit Sexualität nur teilweise oder in keiner Weise auseinandergesetzt (S. 167-168).

Durch den Normalisierungsprozess der letzten Jahrzehnte konnte eine Enttabuisierung stattfinden. Die Förderung hin zur „Norm“, welche bis weit in die 1990er Jahre die Sonderpädagogik prägte, wird mit der defizitorientierten Sichtweise beschrieben. Der Fokus dabei liegt auf der Behinderung eines Menschen, welche die Ursache für die „Normabweichung“ und die eingeschränkte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ist (Specht, 2013, S. 169).

Die **dritte Phase** setzte in den 1990er Jahren ein. Specht (2013) beschreibt sie mit Inklusion durch Selbstbestimmung und Chancengleichheit. Diese ressourcenorientierte Sichtweise geht davon aus, dass die Gesellschaft aus Mangel an Integrationsbereitschaft behindernd wirkt. Der Fokus der Unterstützung wird darauf ausgerichtet, physikalische und soziale Barrieren zu beseitigen, damit Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen die gleichen Chancen und Möglichkeiten haben, selbstbestimmte Lebensentwürfe zu realisieren. Klienten/innen mit Behinderung werden in erster Linie zu Bürger/innen. Diese Sichtweise unterliegt wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche in Kapitel 4 vertieft erläutert werden (S. 169-170).

Anhand der folgenden Tabelle werden die drei Phasen kurz zusammengefasst und sich gegenübergestellt.

<b>1. Phase: Ausgrenzung</b>	<b>2. Phase Normalisierung</b>	<b>3. Phase Inklusion</b>
Grosseinrichtungen	Verkleinerungen der Einrichtungen	Differenzierung der Angebote – Öffnung der Einrichtungen
Medizinisch-pflegerische Versorgung	Pädagogisch Förderung hin zur Normalität	Unterstützung in der Umsetzung eigener Lebenspläne
Patientin und Patient	Klientin und Klient	Bürgerin und Bürger
Grundversorgung	Anpassung an die Norm	Grösstmögliche Selbstbestimmung
<b>Sexualität:</b> Tabu Problem Verleugnung der sexuellen Bedürfnisse	<b>Sexualität:</b> Enttabuisierung Sexualität als Aufgabe Anerkennung der sexuellen Bedürfnisse	<b>Sexualität:</b> Etablierung Sexualität als Recht Individualisierung der sexuellen Bedürfnisse

Tabelle 2: Von Ausgrenzung zur Inklusion (zit. in Specht 2013, S. 171)

### **Typische Vorurteile gegen Menschen mit geistiger Behinderung**

Specht (2013) bezieht sich mehrmals auf Joachim Walter (1983) und dessen konsequente Forschung zum Thema Behinderung und Sexualität (S. 165-172). Walter (2005) verfasste grundlegende Fachliteratur zu Sexualität und geistiger Behinderung. Er nennt darin **drei typische Vorurteile** gegen Menschen mit geistiger Behinderung:

#### **Grosse Kinder**

Bei Menschen mit geistiger Behinderung verläuft die sexualbiologische Entwicklung in den meisten Fällen altersgemäss und unabhängig von intellektuellen Faktoren. Dennoch herrscht das Vorurteil, dass Menschen mit geistiger Behinderung asexuelle, grosse, unschuldige und bedürftige Kinder seien, die man beschützen müsse. Besonders Bezugspersonen aus dem nahen Umfeld tendieren dadurch zur Überbehütung und Fremdbestimmung. Die sexuellen Empfindungen und Wünsche der Betroffenen stehen oft in einem starken Widerspruch zu der sozialen Forderung an ihre Person. Da sie die ohnehin eingeschränkte soziale Zuwendung nicht aufs Spiel setzen wollen, geraten sie in schwierige psychische Zwangssituationen, welche von Abhängigkeit geprägt sind.

### **Die „schlafenden Hunde“**

Walter (2005) beschreibt die Dramatisierung und Überbetonung der Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Es wird befürchtet, dass Menschen mit geistiger Behinderung unfähig sind, ihre sexuellen Triebwünsche zu kontrollieren und diese auf soziale, wie angeblich akzeptable Weise zu befriedigen. In diesem Zusammenhang wird oft von „schlafenden Hunden“ gesprochen. Walter (2005) vermutet hinter diesem Vorurteil die Angst vor eigenen, streng unterdrückten und geleugneten Triebimpulsen, welche auf Menschen mit geistiger Behinderung projiziert werden.

### **Die Distanzlosen**

Das dritte Vorurteil stellt Menschen mit geistiger Behinderung als distanzlos und unbeherrscht dar. Oft sind die sprachlichen Möglichkeiten von Menschen mit geistiger Behinderung stark eingeschränkt. Die Körpersprache nimmt deshalb einen hohen Stellenwert ein. Sie teilen sich beispielsweise mit, indem sie sich an ihre Gesprächspartner schmiegen oder sie auch, als Teil des Dialogs, streicheln. Gemäss Walter (2005) wird diese Art der Kommunikation meist missachtet oder fehlinterpretiert (S. 29-34).

Walter (1996) betont, dass die Integration von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft nicht als Voraussetzung zum Leben der eigenen Sexualität gilt, sondern, dass die Beteiligung an der Sexualität zur gesellschaftlichen Integration führt (zit. in Walter, 2005, S. 6).

Frank Herrath (2013) stellt im Zusammenhang von Behinderung und Sexualität allgemein fest, dass es weder *die* Behinderung noch *die* Sexualität gibt, sondern nur konkrete Menschengeschichten. Mit dieser Aussage deutet er auf die Komplexität von Behinderung und Sexualität hin. Er führt weiter an, dass Sexualität zwar erlernt wird, jedoch immer in individueller Gestalt auftritt. Durch Behinderung erhält Sexualität lediglich eine weitere Facette an individueller Eigenart. Er betont aber, dass die persönliche Disposition, welche durch eine Behinderung oft eingeschränkt wird, die Sexualität behindert (S. 20–21).

In einem Vortrag zum Thema „Was behindert Sexualität“ berichtet Herrath (2009) von grossen Hindernissen auf dem Weg zu sexueller Gesundheit bei Menschen mit Behinderung. In Anlehnung an Specht (2012) führt er die gesellschaftliche Tabuisierung auf die Werte und das Normverhalten der Vergangenheit zurück. Sexualität gilt auch heute noch als höchst intime Angelegenheit. Wenn Sexualität fachlich und öffentlich diskutiert wird, werden die Beteiligten zwangsläufig mit der eigenen Sexualität konfrontiert. Viele Menschen sind damit überfordert und bevorzugen die Verdrängung anstatt die thematische Auseinandersetzung (S. 9).

Als weiteres Hindernis nennt Herrath (2009) den Spardruck der Sozialpolitik. Mit der Einführung des Qualitätsmanagements werden Tätigkeits-, bzw. Dienstleistungsbereiche der

Sozialen Arbeit nach Kostenpunkten evaluiert, optimiert und wegrationalisiert. Sexualitätsbezogene Begleitung wird oft diskreditiert und als Kernaufgabe der Sonderpädagogik gestrichen (S. 9-10).

### **Soziale Behinderung**

Eine primäre Behinderung wie die geistige Behinderung ist eine Beeinträchtigung, welche durch ihre Komplexität einen bedeutenden Einfluss auf die Individualität eines Menschen nimmt (vgl. Kapitel 2.1).

Soziale Behinderungen entstehen durch Moralvorstellungen als auch Wertepositionierung und beschreiben die Folgen, welche sich für Menschen mit primärer Behinderung ergeben. Diese sind oft viel einschneidender als die primäre Behinderung. Als Gründe werden unter anderem Bequemlichkeit, routinierte Pflege, Berührungsängste und Kostengründe genannt. So schränken strukturelle, sozio-kulturelle, ökonomische und politische Bedingungen das (sexuelle) Leben von Menschen mit Behinderung fundamental ein. Sekundäre Behinderungen wirken massiv identitätsstörend und verursachen neben Krankheiten auch psychosomatische Störungen wie beispielsweise Depressionen, Schlaflosigkeit, Migräne und übermässiges Essen (Herrath, 2009, S. 11-12).

Herrath (2009) nennt beispielsweise mangelnde Zumutung durch die Überbehütung der Eltern von Betroffenen als ein weitverbreitetes Beispiel für soziale Behinderung (S. 12). Walter (2005) stellt in diesem Zusammenhang eine ansteigende Aggressivität und Selbstverletzung von jungen Menschen im Alter von 20 bis 30 Jahren mit geistiger Behinderung fest. Er erklärt, dass diese Menschen in Anbetracht ihrer Befriedigung der Bedürfnisse plötzlich vor unüberwindbaren Hindernissen stehen. Das auffällige Verhalten ist Ausdruck ihres verzweifelten Kampfes gegen diese Hindernisse (S. 18-19).

Herrath (2009) erläutert in Anlehnung zu Walter (2005) das sogenannte Anstaltssyndrom; die Problematik, dass soziale Behinderungen wiederholt der primären Behinderung zugeschrieben werden. Das Anstaltssyndrom, in der Fachsprache auch als psychischer Hospitalismus bezeichnet, beschreibt die Konsequenzen eines länger andauernden Aufenthalts in einer Institution unter den Bedingungen der sozialen Isolation. Die Folgen dessen werden durch Antriebsverlust, Unterwürfigkeit, Interesseverlust, Vernachlässigung der persönlichen Gewohnheiten, der Körper- und Kleiderpflege, Verlust der Individualität sowie einer allgemeinen Resignation beschrieben. Fachlich werden diese Folgen wiederholt als behindertenspezifisch gekennzeichnet (vgl. medizinische Perspektive, Kapitel 2.1.1). In Anlehnung an Walter (2005) betont Herrath (2009), wie unangemessen diese Zuschreibung ist, weil sie dementsprechend inadäquate Handlungsansätze generiert (S. 12).

## Spannungsfeld zwischen Eltern, Fachpersonen und Betroffenen

Ilse Achilles (2009) ist Buchautorin und Mutter eines Kindes mit geistiger Behinderung. Sie beschreibt das Verhältnis von Eltern und Fachleuten oft als schwierig und geprägt von grundlegenden Missverständnissen.

Das **Erziehungsverständnis** der Eltern unterscheidet sich oft mit demjenigen der Fachpersonen. Zudem kommt hinzu, dass manche Eltern **schlechte Erfahrungen** mit Fachpersonen gemacht haben. Sie berichten von Fehldiagnosen, sinnlosen Therapien und überheblichem Verhalten seitens der Professionellen. Ein weiteres Missverständnis ist die unterschiedliche **Beziehung** zum eigenen Kind. Die Vergangenheit der Eltern ist oft mit grossem Schmerz und persönlichem Leid verbunden. Fachpersonen haben eine emotionale Distanz und fokussieren die Gegenwart und Zukunft. Manche Eltern kritisieren, dass junge Fachpersonen viel zu unerfahren sind und als Bezugspersonen ständig wechseln. Sie sehen sich deshalb als **einzigste Konstante** im Leben ihres Kindes. Ein grosses Thema zwischen Eltern und Fachpersonen ist der **Schutz**. Eltern wollen ihr Kind lebenslang schützen. Sie behindern deshalb jegliche Art von Sexualität, um ihr Kind vor Frust, Zurückweisung und Enttäuschung zu bewahren. Erschwerend kommt dazu, dass Eltern oft mit einer **traditionellen Auffassung von Sexualität** aufgewachsen sind. Sie stammen aus einer Zeit, in der Sexualität mit Heiraten und Kinderkriegen verbunden war. Das **Loslassen** ist ein weiteres grosses Thema in der Zusammenarbeit von Eltern und Fachpersonen. Das beginnt bei alltagspraktischen Themen bis hin zu intimen Lebensbereichen wie der Sexualität. Da den Eltern das Loslassen sichtlich schwer fällt, sind Fachpersonen in ihrem Handeln gemäss dem institutionellen Konzept folglich behindert (S. 16).

Achilles (2009) nennt die drei grundlegenden grossen Ängste von Eltern von Menschen mit geistiger Behinderung. Die **Angst vor unangepassten Verhalten** in öffentlichen Räumen. Die Konfrontation mit öffentlicher Masturbation wird dabei als grösste Angst beschrieben. Der **Angst vor sexueller Gewalt** wird berechtigterweise auch einen hohen Stellenwert beigemessen (vgl. Kapitel 2.4). Weit verbreitet ist auch die **Angst vor ungewollter Schwangerschaft**. Die Eltern befürchten, eventuell ein weiteres Kind mit Behinderung aufziehen zu müssen (S. 16-18).

Nach Achilles (2013) sind Menschen mit geistiger Behinderung diesem Spannungsfeld oft ihr ganzes Leben lang ausgesetzt. Sie werden somit massiv in ihrer selbstbestimmten Sexualität behindert (S. 120-123).

## Sexuelle Bildung

Das Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa und die Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung (WHO & BZgA, 2011) haben in einem Rahmenkonzept Standards für

die Sexualaufklärung in Europa erarbeitet - sexuelle Bildung wird über die kognitiven, emotionalen, sozialen, interaktiven und physischen Aspekte von Sexualität definiert. Sexuelle Bildung ist ein lebenslanger Prozess, welcher in der frühen Kindheit beginnt und auch im Erwachsenenalter nicht enden wird. Durch die schrittweise Vermittlung von positiven Werten, Informationen und Fähigkeiten soll die Sexualität verstanden und genossen werden. Sexuelle Bildung unterstützt die Fähigkeit, um eine sexuelle Beziehungen einzugehen sowie verantwortungsvoll mit der eigenen sexuelle Gesundheit und der des Partners/der Partnerin umzugehen (S. 22).

Es wurde aufgezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung auch heute noch in vielen Lebensbereichen fremdbestimmt werden. Sei es durch die Gesellschaft oder durch ihre Bezugspersonen. (Herrath, 2009, S. 8-15).

Es lässt sich daraus schliessen dass sexuelle Bildung für Menschen mit geistiger Behinderung keine Selbstverständlichkeit, aber in Anbetracht des heutigen Forschungsstandes eine Notwendigkeit ist. In Kapitel 5 wird das Thema sexuelle Bildung wieder aufgegriffen und auf der Handlungsebene diskutiert.

### ***2.3.2 Geistige Behinderung, Geschlecht und Sexualität***

Martina Puschke (2006) stellt generell fest, dass bei der Wahrnehmung von Menschen mit Behinderung eben diese immer im Vordergrund steht. Sie nennt geschlechterspezifische Bereiche, in welchen Männer und Frauen mit Behinderung gegenüber Männer und Frauen ohne Behinderung benachteiligt werden. Als eindrückliches Beispiel dienen die geschlechterneutralen Rollstuhltoiletten in öffentlichen Gebäuden. (S. 53).

Nach Anke Langner (2010) wird das Thema der geistigen Behinderung, Geschlecht und Sexualität auch heute noch sehr vernachlässigt und tabuisiert. Aus fachlicher Sicht schätzt Langner (2010), dass die Rate von geschlechterspezifischer Sexualaufklärung sehr niedrig ist (S. 158). Puschke (2006) fügt hinzu, dass ein grosser Mangel an geschlechterspezifischen Aufklärungsmaterialien herrscht (S. 53).

In vielen institutionellen Wohneinrichtungen für Menschen mit geistiger Behinderung wird die Privat- und Intimsphäre kaum gewahrt. Dies zeigt sich dadurch, dass die Türen der Zimmer oft nicht abgeschlossen werden können und dass die Betreuenden ohne Voranmeldung in die Zimmer der Bewohner/innen treten. Die Tabuisierung von Geschlecht und geistiger Behinderung erfolgt in erwähnten Wohneinrichtungen zudem durch die Nicht-Thematisierung der Geschlechterverhältnisse zwischen Betreuenden und den Bewohner/innen bezüglich sexueller Bedürfnisse, sowie der Überschreitung der Schamgrenzen. Als eindrückliches

Beispiel dient die fehlende Wahlmöglichkeit von Bewohner/innen bezüglich der Intimwaschpflege durch einen männlichen Betreuer oder eine weibliche Betreuerin

Wenn den Menschen mit Behinderung die Anerkennung als Mann oder Frau vorenthalten wird, wirkt sich das äusserst negativ auf eine positive Sexualität und somit auf ihre sexuelle Gesundheit aus. (zit. in Langner, 2010, S. 159-160).

Puschke (2006) erklärt weiter, dass sich die Lebenssituation von Frauen und Männer mit Behinderung unterscheiden. Eine Benachteiligung von Frauen mit geistiger Behinderung ist in diversen Lebensbereichen spürbar. Obwohl das Thema Elternschaft als grosses Tabu gilt, gibt es Eltern mit Behinderung. Wie in vielen Familien kümmern sich Frauen mit Behinderung mehrheitlich um ihre Kinder. Im Familienbereich existieren zu wenig Unterstützungsangebote für alltagspraktische Familienarbeit. Auch Babymöbel, Kinderausstattung und viele weitere alltagspraktische Güter und Dienstleistungen entsprechen nicht den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung (S. 53).

Puschke (2006) hält zudem fest, dass besonders Frauen mit geistiger Behinderung im Vergleich zu Männern mit geistiger Behinderung, stärker von sexueller Gewalt betroffen sind. Sie bezieht sich mit dieser Aussage auf die Studie (Aiha Zemp & Erika Pircher, 1996) zu sexueller Gewalt von Menschen mit Behinderung, welche in Kapitel 2.4 erläutert wird (S. 54).

## **Homosexualität**

Walter (2005) geht in seinen Publikationen von Heterosexualität als Norm aus. Homosexualität wird in seinen Standardwerken nicht in Betracht gezogen.

Achilles (2013) stellt hingegen fest, dass Homosexualität von Menschen mit Behinderung in allen Bereichen als ein absolutes Tabuthema gilt. Sie berichtet von besorgten Eltern und professionellen Bezugspersonen, welche mit der sexuellen Neigungen des Betroffenen oft überfordert sind. Die Verhaltensauffälligkeiten, welche auf eine Homosexualität hindeuten könnten, werden oft bewusst verdrängt oder bagatellisiert. Achilles erklärt, dass unverständliches sexuelles Verhalten von Menschen mit Behinderung generell der primären Behinderung zugeschrieben wird.

Auch Sigrid Arnade (2013) bezieht sich auf die sexuelle Orientierung. Menschen mit Behinderung haben grundsätzlich die gleichen Rechte wie Menschen ohne Behinderung hinsichtlich der sexuellen Orientierung. Es zeigt sich, dass Homosexualität mit einem grossen Tabu behaftet ist. Oft wird das Problem in Form einer mehrfachen Diskriminierung von den Betroffenen geschildert. Homosexuelle Menschen mit Behinderung machen oft die Erfahrung, innerhalb der Behindertenszene als Aussenseiter/innen an den Rand gedrängt zu werden.



Auch in der Homosexuellen-Szene werden sie aufgrund ihrer Behinderung nicht immer akzeptiert.

Wie wichtig die Anerkennung des individuellen sexuellen Bedürfnisses ist, beschreibt Achilles (2013) in einem Fall über einen jungen Mann, welcher in einer Institution lebte und den Frauen jeweils ihre Büstenhalter entwendet habe. Er signalisierte seiner Mutter, dass er die Büstenhalter dazu benutze, sich selbst zu befriedigen. Daraufhin sei die Mutter mit ihrem Sohn in ein Kaufhaus gegangen und habe ihm fünf Stück gekauft. Als Folge davon habe der Sohn nie wieder einen Büstenhalter gestohlen. Achilles (2013) erklärt, dass solch beherzte Bezugspersonen selten seien. Durch die Anerkennung der sexuellen Neigungen ihres Sohnes konnte ein grosser Konflikt für alle Beteiligten verhindert werden. Zudem wurde seinen Bedürfnissen Rechnung getragen (S. 117-118).

Hier wird klar, wie wichtig die Anerkennung der sexuellen Neigung im Sinne der sexuellen Gesundheit (vgl. Kapitel 2.2) für alle Menschen ist. Mit diesem Beitrag wurde aufgezeigt, dass Menschen mit Behinderung einer Mehrfachdiskriminierung ausgesetzt sind. Hier spielen verschiedene soziale Merkmale wie beispielsweise die Bezeichnung Mann oder Frau eine wichtige Rolle. Es wird klar deutlich, dass Menschen mit Behinderung eine Unterstützung in der Realisierung ihrer sexuellen Gesundheit benötigen.

Zum Abschluss des Kapitels 2.3 dient dieses Zitat von Siegfried Schröder (2002) zu behinderter Sexualität:

Wenn Sexualität zu tun hat mit Sehen, Licht, Farben, Durchsichtigkeit, Anmut und Schönheit, mit dem Bild im Spiegel, mit Angeschaut werden und Suchen, mit Gesichtern und der Sprache der Augen, dann muss man objektiv sagen, dass BLINDHEIT sicher Sexualität beeinflusst.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Hören, Flüstern und Lauschen, mit Hinhören und Gehören, mit Begriffen, Namen und gestammelten Erklärungen, mit dem Klang der Stimme, mit Musik und gesprochenen Worten, dann muss man objektiv sagen, dass GEHÖRLOSIGKEIT sicher Sexualität beeinflusst.

Wenn Sexualität über ihre organische Bedingtheit hinaus zu tun hat mit Körperlichkeit, mit Streicheln, Wärme, mit Festhalten und Gehaltenwerden, mit Angenommen- und Getragenwerden, mit Tanzen, Bewegungen und Bewegt sein, mit Nähespüren, Berührungen und Behutsamkeit, dann muss man objektiv sagen, dass schwere KÖRPERBEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Gefühlen und Empfindungen, mit Traurigkeit, Schmerz und Verzweiflung, aber auch mit Lust und Freude, mit Unbewusstem und Träumen, Ahnungen und Sich verlieren, mit Staunen, unendlich viel Zärtlichkeit und einem roten Kopf, dann muss man objektiv sagen, dass SEELISCHE BEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Dialog, benötigt sie das Gegenüber, sucht Bestätigung, möchte sie vertraut und geborgen sein, braucht sie Gemeinsamkeit und Solidarität, ist voll Drängen und Sehnen, voll Dankbarkeit und Sorge, greift sie nach Verantwortung, kennt Eifersucht und wird gezeichnet durch die Einsamkeit und das Gefühl des Verlassenseins, dann müssten, objektiv gesehen, SOZIALE BEHINDERUNGEN auch Sexualität beeinflussen.

Wenn Sexualität zu tun hat mit Gedanken, Vorstellungen und Ideen, Sprache und Erinnerung, Erfahrung und Bewusstsein, Hoffen und Wollen, Phantasie und Kreativität, Entdecken, Begreifen, Erkennen und Verstehen, dann muss man objektiv sagen, dass GEISTIGE BEHINDERUNGEN sicher Sexualität beeinflussen.

So allgemein gesehen jedoch wäre die Sexualität ein lebloser Begriff, nichts anderes als die „Summe vieler Einzelphänomene, geteilt durch ihre Anzahl“, bleibt sie statistisches Ergebnis, wird sie Formel, Durchschnitt...

Durch die Behinderung erhält sie lediglich eine weitere Facette an individueller Eigenart. Durch jede situative oder personelle Veränderung ergibt sich zwangsläufig eine völlig andere Erscheinung, die im Vergleich zu dem vorherigen Zustand neu, anders, ihrerseits einmalig und unverwechselbar ist. (zit. in Herrath, 2013, S. 33-34)

## **2.4 Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung**

Sexuelle Gesundheit schliesst den Schutz vor sexueller Gewalt mit ein. Dieser Beitrag wird aufzeigen, dass besonders Menschen mit geistiger Behinderung ein erhöhtes Risiko haben, Opfer von sexueller Gewalt zu werden.

Dr. Aiha Zemp (2009) definiert sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung als sexuelle Ausbeutung eines abhängigen Menschen durch Erwachsene oder ältere Jugendliche. Die Opfer sind aufgrund ihrer emotionalen, intellektuellen oder psychischen Entwicklung nicht in der Lage, dieser sexuellen Handlung frei zuzustimmen. Die Täter nützen dabei das ungleiche Machtverhältnis aus, indem sie die Opfer zur Kooperation überreden oder

gar zwingen. Die Verpflichtung der Geheimhaltung ist dabei zentral, welche das Opfer zur Sprach- und Wehrlosigkeit verurteilt (S. 28).

Gemäss Zemp (1996) sind Menschen mit geistiger Behinderung besonders gefährdet, Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Die Studie „Weil das so weh tut mit Gewalt – Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung“ (Aiha Zemp & Erika Pircher, 1996) belegt, dass 60 Prozent der Frauen, die in Institutionen leben, von sexueller Gewalt betroffen sind. Das EU-Parlament geht gemäss einer weiteren Studie (Jungnitz, Lenz, Puchert, Puhe & Walter, 2007) davon aus, dass 80 Prozent der Frauen und 30 bis 45 Prozent der Männer mit Behinderung bereits sexualisierte Gewalt erfahren haben. Es wird dargelegt, dass Frauen überproportional betroffen sind. Fachleute gehen davon aus, dass Menschen mit einer Behinderung doppelt so häufig von sexueller Gewalt betroffen sind wie Menschen ohne Behinderung (zit. in Puschke, 2013, S.136).

### **Risikofaktoren**

Specht (2013) stellt fest, dass sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung mehrheitlich Beziehungstaten sind; Opfer und Täter sind sich meist bekannt. Das erhöhte Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, ist damit oft das Ergebnis ihrer Lebenssituation. Durch die Abhängigkeit in alltagspraktischen Angelegenheiten, wie etwa bei der Intimpflege, sind die Betroffenen an Berührungen im Intimbereich gewöhnt. So kann die Unterscheidung zwischen notwendiger Pflege und sexuellen Übergriffen von den Betroffenen oft schwer vollzogen werden. Hinzu kommt, dass unaufgeklärten Menschen mit geistiger Behinderung für die Benennung ihrer Geschlechtsteile oder des Erlebten die Worte fehlen. (S. 181-182).

Nach Puschke (2013) sind die Gewalterfahrungen von Menschen mit Behinderung in hohem Masse gesellschaftlich angelegt, wobei **drei Risikofaktoren** explizit benannt werden. Durch eine Studie (Silke Wawrok, Susanne Klein & Jörg M. Fegert, 2002) wird aufgezeigt, dass sexualisierte Gewalt meist in sonderpädagogischen Institutionen ausgeübt wird. Puschke (2013) schreibt dies den **strukturellen Rahmenbedingungen** (vgl. Kapitel 2.3) und der ungleichen Machtverteilung zwischen den Fachpersonen und den Bewohner/innen zu. Menschen mit Behinderung, welche in sonderpädagogischen Institutionen leben, müssen sich strukturell anpassen. Folge dieser Bedingung ist die Einschränkung der Selbstbestimmung und die fehlende Abgrenzungsmöglichkeit nach aussen. Die damit fehlende Möglichkeit, den eigenen Intimbereich im Alltag zu wahren, begünstigt sexuelle Gewalt und macht eine Grenzziehung bei einer solchen Handlung unmöglich. Als zweiten Risikofaktor nennt Puschke (20103) die Pflegebedingungen von Menschen mit Behinderung. Besonders ambulante Pflegedienste boomen, werden aber aus Kosten- und strukturellen Gründen zu wenig kontrolliert. Die Kritik am **Gesundheitssystem als Folge der Etablierung von**

**Sondersystemen** für Menschen mit Behinderung wird zudem genannt. Puschke (2013) erklärt, dass viele Fachdisziplinen die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderung ausblenden. So werde sexualisierte Gewalt zwar oft erkannt, **es fehle jedoch an Kompetenzen für einen professionellen Umgang** mit den Betroffenen und ihren Gewalterfahrungen (S.137 -139).

Die Sterilisation von Frauen mit geistiger Behinderung wird in Kapitel 3.1 zusammen mit den rechtlichen Rahmenbedingungen genauer erläutert. Vorab wird hier jedoch erklärt, dass dieser medizinische Eingriff einen weiteren Risikofaktor für sexuelle Gewalt darstellt.

Dr. Aiha Zemp starb am 14.12.2011 an den Spätfolgen ihrer Behinderung. Sie war Psychotherapeutin, Pädagogin, Journalistin, Forscherin und Künstlerin. Als Pionierin im Einsatz für sexuelle Gesundheit von Menschen mit Behinderung gründete sie die Fachstelle für Behinderung und Sexualität (fabs). Diese Fachstelle war ein Wirkungszentrum gegen sexuelle Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. Aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln musste die Fachstelle 2011 geschlossen werden (zit. in Herrath, 2013, S. 14-15).

Die fabs setzte auf drei strategische Eckpfeiler entlang des Dreiklangs **Aufwecken, Aufklären und Aufdecken**. Mit dem Aufwecken verfolgte die fabs das Ziel, das Tabu Sexualität und Behinderung in der Gesellschaft zu brechen. Mit dem zweiten Eckpfeiler, dem Aufklären, setzte sich die fabs für den uneingeschränkten Zugang zu individuell angepasster sexueller Bildung ein. Der dritte und in diesem Beitrag relevante Eckpfeiler, dem Aufdecken, widmete sich der Prävention von sexueller Gewalt und kämpfte für bessere Rahmenbedingungen sowie spezifische Unterstützungsangebote für Menschen mit Behinderung, welche Opfer von sexueller Gewalt wurden (Susanne Schriber, 2011, S. 17).

Mit der Schliessung der fabs aufgrund mangelnder finanzieller Mittel im Jahre 2010 und dem Tod von Dr. Aiha Zemp verloren Menschen mit Behinderung eine wichtige Anlaufstelle bezüglich sexueller Gesundheit und sexueller Gewalt.

Achilles (2013) erklärt, dass es heute kaum ein Angebot von Psychotherapeuten gibt, welche mit Menschen mit geistiger Behinderung arbeiten. Zudem ist die Nachfrage von Eltern und Bezugspersonen zu gering (S. 119).

Abschliessend zu diesem Kapitel wird festgehalten, dass nach dem aktuellen Forschungsstand Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer Sexualität massiv eingeschränkt und fremdbestimmt werden. Dies wirkt sich negativ auf ihre sexuelle Gesundheit aus.

### 3 Rechtliche Aspekte im Kontext

Der Handlungsspielraum der Sozialen Arbeit befindet sich in den gesetzlich festgelegten Rahmenbedingungen. Im Kontext von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung ist es daher notwendig, sich mit grundlegenden rechtlichen Aspekten auseinanderzusetzen. Grundlage dieses Kapitels bilden Menschenrechte, welche jedoch nicht explizit erläutert werden. Der Fokus liegt vielmehr auf den sexuellen Menschenrechten, welche in diesem Kontext relevant sind.

#### 3.1 Sexuelle Menschenrechte und Schweizer Rahmenbedingungen

Menschenrechte sind universell und gelten für jeden Menschen unabhängig seiner individuellen Merkmale. Die sexuellen Rechte entstanden mit der Weiterführung des internationalen Diskurses zur Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994 (vgl. Kapitel 2.2). Es sind - auf die menschliche Sexualität bezogene Menschenrechte - international verbindliche Standards. So garantieren sie den Rechtsanspruch auf Freiheit, Gleichheit, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde. Als leitende Grundsätze gelten Achtung, Schutz und die Förderung sexueller Rechte innerhalb des Verbandes. Der internationale Verband IPPF (International Planned Parenthood Federation) hat die sexuellen Rechte in einer Charta wie folgt verankert:

##### **Artikel 1**

Recht auf Gleichstellung, gleichen Schutz durch das Gesetz und Freiheit von allen Formen der Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Sexualität und Gender

##### **Artikel 2**

Das Recht auf Partizipation unabhängig von Geschlecht, Sexualität und Gender

##### **Artikel 3**

Die Rechte auf Leben, Freiheit, Sicherheit der Person und körperliche Unversehrtheit

##### **Artikel 4**

Das Recht auf Privatsphäre

##### **Artikel 5**

Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz

##### **Artikel 6**

Das Recht auf Gedanken- und Meinungsfreiheit, das Recht auf freie Meinungsäußerung und Versammlungsfreiheit

##### **Artikel 7**

Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben

#### **Artikel 8**

Das Recht auf Bildung und Information

#### **Artikel 9**

Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen

#### **Artikel 10**

Das Recht auf Rechenschaftspflicht und Entschädigung. (IPPF, 2008, S. 8-12)

Die Schweizer Gesetzgebung äussert sich nicht explizit zu den sexuellen Rechten. Sie sind jedoch in den Grundrechten der Schweizerischen Bundesverfassung verankert.

### **Die Schweizerische Bundesverfassung**

Die Grundrechte der Schweizerischen Bundesverfassung basieren auf den Menschenrechten und gelten für jeden Menschen in der Schweiz, unabhängig seines Hintergrundes und seiner individuellen Merkmale. So ist gemäss **Artikel 7** die Würde aller Menschen zu achten und zu schützen. Die Würde bezeichnet die Eigenschaft seine Lebensweise, auch hinsichtlich der eigenen Sexualität, selbstbestimmt zu leben. Das Grundrecht der Rechtsgleichheit für alle Menschen ist in **Artikel 8** verankert. Wichtig erscheint **Absatz 2** über das Diskriminierungsverbot: „Niemand darf diskriminiert werden, namentlich nicht wegen der Herkunft, Rasse, des Geschlechts, des Alters, der Sprache, der sozialen Stellung, der Lebensform, der religiösen, weltanschaulichen oder politischen Überzeugung oder wegen einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung“ (S.3). Im **Absatz 3** werden Frauen und Männer rechtlich und tatsächlich gleichgestellt. Für Menschen ohne Behinderung ist die selbstbestimmte Sexualität unantastbar und sexuelle Gesundheit ein wichtiges Thema. Dies gilt auch für Menschen mit Behinderung. Gemäss **Artikel 7 und 8** dürfen Menschen mit Behinderung nicht in ihrer Menschenwürde, Lebensform und sozialen Stellung diskriminiert werden. Weitere sexuelle Rechte sind im Recht auf Ehe und Familie und das Recht auf Schutz des Privat- und Familienlebens verankert. Die persönliche Freiheit wird in **Artikel 10** definiert. Dieser besagt, dass jeder Mensch das Recht auf persönliche Freiheit hat, insbesondere auf körperliche und geistige Unversehrtheit und auf Bewegungsfreiheit (Schweizerische Bundesverfassung, 2008, S. 2-3).

## **Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG)**

Artikel 8 der Bundesverfassung verbietet jede Diskriminierung von Menschen mit körperlicher, geistiger und psychischer Behinderung. Absatz 4 beauftragt den Gesetzgeber Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligung von Menschen mit Behinderung vorzunehmen (Schweizerische Bundesverfassung, 2008, S. 3).

Auf dieser Grundlage entstand das Behindertengleichstellungsgesetz, (BehiG) welches am 1. Januar 2004 in Kraft trat. Darin wird der aus den Grundrechten entstandene Gleichstellungsauftrag konkretisiert. Fokussiert wird dabei auf vier zentrale Bereiche: Die Beseitigung von Hindernissen beim Zugang zu Bauten und Anlagen sowie bei der Inanspruchnahme von Dienstleistungen, Aus- und Weiterbildungsangeboten und des öffentlichen Verkehrs. Über konkrete Massnahmen zur Beseitigung von sexueller Benachteiligung schweigt sich das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) jedoch aus. In Artikel 2, Absatz 1 wird hingegen klar beschrieben, dass der Gesetzgeber Massnahmen treffen soll, wenn es Menschen aufgrund der Behinderung erschwert oder verunmöglicht wird, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen oder sich aus- und weiterzubilden. Menschen ohne Behinderung haben das Recht auf sexuelle Bildung, soziale, bzw. sexuelle Kontakte zu pflegen sowie alltägliche sexuelle Verrichtungen vorzunehmen. Menschen mit Behinderung werden diese Rechte oft abgesprochen oder eingeschränkt. Da Menschen mit Behinderung rechtlich und tatsächlich in diesen Bereichen benachteiligt werden, entsteht ein Auftrag zur Gleichstellung für den Gesetzgeber: Artikel 2 spricht den Auftrag für den Gesetzgeber aus, diese Benachteiligung zu beseitigen. Weiter sieht der Artikel 6 über die Dienstleistung vor, dass Menschen mit Behinderung von öffentlich angebotenen Dienstleistungen nicht ausgeschlossen werden dürfen. Es besteht ein grosses Feld an sexuellen Dienstleistungen für Menschen ohne Behinderung, welches jederzeit zugänglich ist. Menschen mit Behinderung werden in diesen Lebensbereichen oft fremdbestimmt und strukturell benachteiligt (vgl. Kapitel 2.3). Sie haben somit keinen uneingeschränkten Zugang zu diesen (sexuellen) Dienstleistungen. In Artikel 16 wird ferner darauf hingewiesen, dass der Gesetzgeber Programme zur Integration von Menschen mit Behinderung in der Gesellschaft durchführen kann. Der Bildungsbereich wird dabei explizit erwähnt. Auch hier entsteht rechtlich und finanziell ein Auftrag an den Gesetzgeber (Behindertengleichstellungsgesetz, 2013, S. 1-7).

Basierend auf dem Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) wurden drei Verordnungen erlassen, welche die gesetzlichen Grundlagen konkretisieren. Da diese jedoch nicht im Bereich der sexuellen Gesundheit angesiedelt sind, wird auf eine weitere Erläuterung verzichtet.

## **Sterilisationsgesetz**

Sterilisation ist ein medizinischer Eingriff, mit dem die Fähigkeit zur Fortpflanzung eines Menschen auf Dauer aufgehoben wird. In der Schweiz wurden bis in die 1980er Jahren Menschen mit geistiger Behinderung zwangssterilisiert. (vgl. Kapitel 2.3). Sterilisation gilt heute als schwerer Eingriff in die psychische und körperliche Integrität und ist im Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisation vom 17. Dezember 2004, welches am 1. Juli 2005 in Kraft trat, geregelt. In der Schweiz darf grundsätzlich nur bei urteilsfähigen Menschen mit deren freier Einwilligung und nach entsprechender Aufklärung eine Sterilisation durchgeführt werden. Die Feststellung der Urteilsfähigkeit wird dabei als zentrale Funktion erachtet. Nach dem Gesetz müssen Ärzte die Feststellung der Urteilsfähigkeit dokumentieren. Bei begründetem Zweifel muss zwingend eine Zweitmeinung eingeholt werden. Eine Sterilisation bei dauerhaft urteilsunfähigen Menschen wird vom Gesetz grundsätzlich verboten. Eine Ausnahme sieht das Gesetz bei urteilsunfähigen Menschen mit einem Mindestalter von 16 Jahren vor, wenn eine Sterilisation nach den gesamten Umständen im Interesse des betroffenen Menschen liegt, eine andere Empfängnisverhütung nicht möglich ist und die Zeugung und Geburt eines Kindes und dessen Trennung vom betroffenen Menschen nach der Geburt wahrscheinlich sind (Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, 2013, S. 25-26).

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2013) stellt fest, dass die Umsetzung der Gesetzesbestimmung über die Sterilisation sehr schwierig ist. Besonders die vorurteilsfreie Feststellung des Interesses von Menschen mit geistiger Behinderung hinsichtlich des Eingriffs und dessen Zweck ist schwer abschätzbar. Die Abgrenzung der Betroffenen von den Interessen der Betreuenden und Bezugspersonen beschreiben die Ärzte als grosses Problem. Es wird zudem festgestellt, dass die Sterilisation das Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, besonders für Frauen mit geistiger Behinderung, stark erhöht, da von den Tätern keine Schwangerschaft befürchtet werden muss. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften lehnt die Sterilisation bei einem dauernd urteilsunfähigen Menschen daher prinzipiell ab. Der Eingriff schützt zwar vor ungewollter Schwangerschaft, jedoch nicht vor sexuell übertragbaren Infektionen. Da es zudem zu einem erhöhten Risiko für sexuelle Gewalt kommt, wird ein derart weitreichender Eingriff in die körperliche und psychische Integrität als unangemessen erachtet (S. 27).



### **3.2 Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK)**

Die internationale Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK) basiert auf den Menschenrechten. Sie wurde am 13. Dezember 2006 von der United Nation (UN) Generalversammlung verabschiedet und trat am 3. Mai 2008 in Kraft. Ende Juli 2013 berichtete die UN, dass 133 Staaten die Konvention ratifiziert und 156 Staaten unterschrieben haben (UN Enable, 2013, latest Developments).

Obschon die Menschenrechte für jeden Menschen gelten, wurde mit der Konvention der Erkenntnis Rechnung getragen, dass die Rechte von Menschen mit Behinderung in vielen Lebensbereichen eingeschränkt werden. In der BRK wird Behinderung nach der ICF-Klassifikation (vgl. Kapitel 2.1) definiert (BRK, 2009, S. 3).

Zum Konzept der BRK gehören Autonomie durch Selbstbestimmung und soziale Inklusion. Nach Specht (2013) bedeutet Inklusion, dass die Strukturen in der Gesellschaft so ausgestaltet werden, dass sie den Bedürfnissen der gesamten Bevölkerung in ihrer Vielfältigkeit gerecht werden. Behinderung wird somit als normaler Bestandteil menschlichen Lebens erachtet. Gleichzeitig werden die Probleme von Menschen mit Behinderung nicht geleugnet, sondern benannt (S. 167-171). Inklusion ist ebenfalls ein wichtiger Begriff im Kontext von sexueller Gesundheit. In Kapitel 4 wird die Inklusion deshalb erneut aufgegriffen und vertieft erläutert. Zu den allgemeinen Grundsätzen der BRK gehören:

- Respekt für die Würde, Selbstbestimmung, Wahlfreiheit und Unabhängigkeit
- Diskriminierungsschutz
- Partizipation
- Respekt und Akzeptanz für Vielfalt
- Chancengleichheit
- Zugänglichkeit
- Geschlechtergleichstellung
- Respekt für die sich entwickelnden Fähigkeiten des Kindes und das Recht auf Achtung und Erhalt seiner Identität

Inhaltlich setzt die BRK minimale Standards für die Vertragsstaaten mit der Garantie, die Menschenrechte in allen Lebensbereichen zu wahren. Eine Kontrolle der Umsetzung und der Einhaltung der BRK findet durch ein Berichtswesen statt, welche die Staaten dem Komitee für die Rechte der Menschen mit Behinderungen in regelmässigen Abständen zustellen müssen (BRK, 2009, S. 3).

Im Zusatzprotokoll zur BRK wurde ein Individualbeschwerdeverfahren verankert, das neben den Garantien der Konvention auch bürgerliche und politische Rechte bei Verletzung

eingeklagt werden können. Die Ratifikation dieses Zusatzprotokolls ist für die unterzeichnenden Staaten fakultativ. Ende Juli 2013 haben es gemäss UN 77 Staaten ratifiziert und 91 Staaten unterschrieben (UN Enable, 2013, latest Developments).

Auf eine ausführliche inhaltliche Erläuterung der BRK wird in diesem Beitrag verzichtet. Im thematischen Kontext scheint es der Autorin relevanter, den Fokus auf die Bedeutung der BRK bezüglich sexueller Gesundheit zu lenken.

Bei Interesse finden sich die Erläuterung der BRK sowie weitere Informationen zum Thema auf der Homepage der Schweizer Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement des Innern, Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung: <http://www.edi.admin.ch/ebgb>.

### **3.2.1 Bedeutung der BRK für sexuelle Gesundheit**

Herrath (2013) hält fest, dass sich die BRK nicht explizit zu den sexuellen Menschenrechten äussert. Er führt dies auf die kulturellen Unterschiede der Staaten bezüglich Sexualität und Behinderung zurück. Die allgemeinen Grundsätze der BRK wirken sich jedoch stützend auf die sexuellen Menschenrechte aus.

Eine sexualitätsbezogene Berechtigung lässt sich aus verschiedenen Artikeln ableiten. **Artikel 5** spricht sich über die **Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung** aus. Zum Schutz vor sexueller Gewalt spricht sich **Artikel 16 mit der Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch**, sowie **Artikel 17 zum Schutz der Unversehrtheit der Person** aus. Bezüglich sexueller Selbstbestimmung sind die **Artikel 19 zur unabhängigen Lebensführung, Artikel 22 zur Achtung der Privatsphäre und Artikel 23 zur Achtung der Wohnung und der Familie** relevant (Herrath, 2013, S.29).

Im Beitrag zur Homosexualität (vgl. Kapitel 2.3) wird deutlich, dass Menschen mit einer Behinderung und homosexueller Orientierung mehrfach diskriminiert werden. Das Anliegen, sexuelle Orientierung in die BRK aufzunehmen, konnte sich aufgrund heftiger Widerstände aus asiatischen und islamischen Ländern nicht durchsetzen (Arnade, 2013, S. 40-41).

Obwohl sich Herrath (2013) deutlich für die BRK ausspricht, kritisiert er, dass die Menschenrechte zwar unterstrichen, verdeutlicht und konkretisiert werden, in der Umsetzung jedoch nicht erklärt werden. Da die BRK nur Leitlinien festlegt, besteht eine Interpretationsfreiheit in der konkreten Umsetzung. Dadurch wird die Umsetzung der allgemeinen Grundsätze teilweise erschwert (S. 30).

### **3.2.2 Ratifizierung der BRK durch die Schweiz**

Trotz der starken Lobbyarbeit von Interessenverbänden hat die Schweiz die BRK noch nicht unterzeichnet. Die Fachstelle für Gleichstellung Égalité Handicap berichtet in einem Statement über die Botschaft des Bundesrats vom 19. Dezember 2012 an das Parlament. Darin spricht er sich ausdrücklich für die Ratifizierung der BRK aus. Am 21. Juni 2013 hat sich der Nationalrat mit 119 zu 68 Stimmen bei vier Enthaltungen für die Ratifizierung ausgesprochen. Ein Rückweisungsantrag von Seiten der SVP Zürich wurde mit 118 zu 70 Stimmen bei drei Enthaltungen verworfen. Das Dossier ging daraufhin in den Ständerat. Weitere Informationen zum aktuellen Stand finden sich auf der Homepage von Egalité Handicap: <http://www.egalite-handicap.ch>.

#### **Die BRK – Ein sozialpolitischer Auftrag für die Soziale Arbeit**

Wie bereits erwähnt würden mit der Ratifizierung der BRK durch die Schweiz keine neuen Gesetzesgrundlagen geschaffen werden. Vielmehr geht es um die Verpflichtung, Hindernisse für Menschen mit Behinderung zu beseitigen, sie vor Diskriminierungen zu schützen und deren Inklusion und Gleichstellung in der Gesellschaft aktiv zu fördern. Die Ratifikation der Konvention würde dazu beitragen, die bestehende Gesetzgebung für Menschen mit Behinderung (vgl. Kapitel 3.1) zu verstärken und zu konkretisieren.

Bei der Umsetzung des sozialpolitischen Auftrags könnte die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle spielen. Relevant wären alle Praxisfelder, welche die Lebensbereiche von Menschen mit Behinderung berühren. Beispielsweise im Lebensalltag von Menschen mit Behinderung oder auch auf der Metaebene, in der konzeptionellen sowie strategischen Arbeit zur Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen.

Hinsichtlich des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung erklärt Arnade (2013), dass sich bei der Ratifizierung der BRK zahlreiche Konsequenzen für die Vertragsstaaten aufzeigen (S. 42). Nachfolgend werden einige Konsequenzen benannt, welche auch für die Schweiz relevant sein könnten. Diese werden in Kapitel 5 auf der Handlungsebene wieder aufgegriffen und diskutiert.

#### **Stärkung der Betroffenen**

Um selbstbestimmt entscheiden zu können, müssen Menschen mit Behinderung sich ihrer Würde und Rechte bewusst sein. Die BRK verpflichtet die Vertragsstaaten zur **Information** und **Aufklärung**. In Bezug auf die sexuelle Gesundheit geht es darum, den Betroffenen den Zugang zu den eigenen Gefühlen und Wünschen zu ermöglichen und sie ohne Wertung auf dem Weg ihrer individuellen Sexualität zu begleiten.

## **Sensibilisierung**

Mit der Verpflichtung zu umfangreichen Massnahmen für die Sensibilisierung werden Menschen mit Behinderung aktiv in diesen Prozess miteingebunden. Hier wird den Betroffenen und den Selbsthilfeverbänden eine grosse Bedeutung zugemessen, denn Nichts ist überzeugender als die eigene erlebte Erfahrung.

## **Massnahmen zur Qualitätssicherung**

Die BRK verpflichtet zur Qualitätssicherung durch Aktionspläne bei der Realisierung einer menschenrechtsbasierten Arbeitsweise und Begleitung, Betreuung, sowie Pflege von Menschen mit Behinderung. Die Aktionspläne enthalten Verantwortlichkeiten und Fristen. Verbindliche Sexualkonzepte in institutionellen Wohnheimen würden sich in diesem Zusammenhang anbieten.

## **Achtung, Schutz und Gewährleistung**

Mit der Ratifikation der BRK verpflichten sich die Vertragsstaaten zur Achtung der Menschenrechte und dem Schutz vor Menschenrechtsverletzungen. Mit dieser Gewährleistung gilt es Schritte und Massnahmen zu ergreifen, um die Menschenrechte für Menschen mit Behinderung sicherzustellen. Besonders im Kontext von sexueller Gewalt (vgl. Kapitel, 2.4) ist diese Konsequenz sehr relevant (Arnade, 2013, S. 42-44).

Obwohl sich die BRK nicht explizit zu sexueller Gesundheit ausspricht, so lässt sich abschliessend noch einmal klar darlegen, dass durch eine Ratifizierung Garantien entstehen, welche sich nachhaltig auf die sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung auswirken.

## 4 Disability Studies und sexuelle Gesundheit

Dieses Kapitel eröffnet einem theoretischen Zugang zu Behinderung im Allgemeinen und stellt die Erkenntnisse in Bezug zur sexuellen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Zur Einführung der wissenschaftlichen Disziplin findet ein kurzer Rückblick auf die Entstehungsgeschichte der Disability Studies statt. Im weiteren Verlauf werden die Grundsätze der Disability Studies erläutert und Modelle von Behinderung stehen sich mit ihren Ansätzen gegenüber. Danach widmet sich das Kapitel einem Ansatz aus der Genderforschung. Abschliessend findet eine kritische Reflexion aus der Sicht der Sozialen Arbeit statt.

### 4.1 Disability Studies

Gisela Hermes (2006) übersetzt Disability Studies mit Studien über oder zu Behinderung, sowie mit der Soziologie der Behinderten (vgl. Cloerkes, 2007). Dabei handelt es sich um eine interdisziplinäre wissenschaftliche Disziplin, welche erkannt hat, dass Minderheiten wie beispielsweise Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund ihrer Abweichung von gesellschaftlichen Normen unterdrückt und ausgegrenzt werden. Die Gesellschaft behindert, indem sie Menschen mit normabweichenden Merkmalen von der vollen Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ausschliesst (S. 15).

Anne Waldschmidt (2006) benennt zwei emanzipatorische Ziele der Disability Studies. Erstens geht es darum, Behinderung ins Zentrum eines interdisziplinären, theoretischen und methodischen Forschungsprogramms zu stellen. Das zweite Ziel will ein Gegengewicht zum medizinisch-therapeutischen und pädagogischen Paradigma setzen. Durch einen Perspektivenwechsel wird aufgezeigt, dass jede Art der Behinderung zur Vielfalt des menschlichen Lebens gehört und eine allgemeine Lebenserfahrung darstellt. Diese Erkenntnis ist für alle Menschen in der Gesellschaft relevant (S. 83).

Ab den 1960er Jahren entstand in vielen Ländern Europas und in den USA eine Bürgerrechtsbewegung von Menschen mit Behinderung. In England wurde der Verband Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS) gegründet. 1976 vollzog der Verband eine erste Abgrenzung zur bereits etablierten medizinischen Sichtweise auf Behinderung), indem er folgende Erklärung abgab: „Nach unserer Ansicht ist es die Gesellschaft, die behindert (...) Behinderung ist etwas, das zusätzlich auf unsere Beeinträchtigung aufgesetzt wird, indem wir unnötigerweise isoliert und von der vollen Teilhabe in der Gesellschaft ausgeschlossen werden“ (S. 15). Mit dieser Sichtweise war der Grundstein der Disability Studies gelegt. In den 1980er Jahren entwickelten Wissenschaftler/innen mit Behinderung aus verschiedenen Ländern soziale Erklärungssätze von Behinderung, ausgehend von der Definition des Verbandes Union of Physically Impaired Against Segregation. Der Begriff „Soziales Modell“

wird heute auf unterschiedliche gesellschaftstheoretische Erklärungsansätze angewendet. Daraus entwickelte sich die akademische Disziplin Disability Studies. Zu Beginn konnte sich die Disziplin mehrheitlich in den angloamerikanischen Ländern etablieren. Seit mehreren Jahren findet sie jedoch auch in deutschsprachigen Ländern steigende Beachtung (zit. in Hermes, 2006, S. 15-28).

#### **4.1.1 Modelle von Behinderung – Eine Gegenüberstellung**

In Kapitel 2.1 werden verschiedene Perspektiven auf geistige Behinderung erläutert. Die medizinische, die psychologische und teilweise die pädagogische Sichtweise gehen von einem **individuellen Modell von Behinderung** aus. Das individuelle Modell zeichnet sich durch einen defizitären Ansatz aus, indem es geistige Behinderung als körperliche, psychische oder kognitive Abweichung von dem gesellschaftlichen Normalzustand beschreibt. Behinderung gilt somit als individuelles Problem des betroffenen Menschen. Dadurch entsteht für die Disziplin der Handlungsbedarf, um vorhandene Defizite zu beheben oder zumindest zu verringern. Der Erfolg oder Misserfolg von pathologischer Behandlung und Rehabilitation wird dabei stets am Menschen ohne Behinderung als Norm gemessen. In diesem Kontext wird noch einmal festgehalten, dass eine geistige Behinderung als Abweichung der gesellschaftlichen Norm als Defizit und zum Hauptmerkmal des betroffenen Menschen gemacht wird. Menschen mit Behinderung gelten grundsätzlich als Mangelwesen und ewige Kranke mit der Folge, dass ihnen jegliche Selbstbestimmung abgesprochen und sie gesellschaftlich ausgegrenzt werden. Das individuelle Modell von Behinderung wirkt daher stark stigmatisierend und diskriminierend (zit. in Hermes, 2006, S. 16-17).

#### **Soziales Modell von Behinderung**

Wie beim historischen Rückblick beschrieben, gehen die Disability Studies von sozialen Modellen von Behinderung aus. Diese basieren auf gesellschaftstheoretischen Erklärungsansätzen (vgl. 2.1, soziologische Perspektive) und stellen sich dem individuellen Modell von Behinderung gegenüber. Obwohl Unterschiede in Detailfragen der einzelnen sozialen Modelle auftauchen, lassen sich grundlegende und gemeinsame Prinzipien für ein **soziales Modell von Behinderung** der Disability Studies charakterisieren und einführen:

- Behinderung wird durch ein komplexes **Zusammenspiel von politischer sowie ökonomischer Kräfte und kulturellen Werten** definiert. Es entstehen Zuschreibungen und Erwartungen von der Gesellschaft.
- **Behinderung entsteht als Folge von strukturellen Rahmenbedingungen der ausgrenzenden Gesellschaft.** Negative Vorurteile werden generiert und der Zugang zur gesellschaftlichen Teilhabe wird für die Betroffenen behindert. Im Gegensatz zum

individuellen Modell wird Behinderung als sozial verliehener Status, d.h. als **soziale Konstruktion**, verstanden.

- Im Fokus stehen nicht Menschen mit Behinderung als Individuen, sondern das **Phänomen Behinderung**.
- Das soziale Modell unterscheidet zwischen **Beeinträchtigung (impairment) und Behinderung (disability)**. Beeinträchtigung beschreibt die bio-psychisch diagnostizierbare Schädigung, wobei Behinderung die daraus resultierende soziale Benachteiligung beschreibt (zit. in Anne Waldschmidt, 2006, S. 86)
- Die Ansätze sind grundsätzliche **behinderungsübergreifend**.
- Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit Behinderung eine **gesellschaftlich unterdrückte Minderheit** darstellen.
- Den Disability Studies unterliegt ein **grundlegender Perspektivenwechsel** indem die Gesellschaft aus der Sicht einer Minderheit untersucht wird. Traditionelle Sichtweisen werden umgekehrt.
- Die Forschung der Disability Studies richtet sich auf die **Analyse gesellschaftlicher Bedingungen**, welche sich behindernd auf die Lebenssituation von Menschen mit Behinderung ausrichten. So wird beispielsweise erforscht, wie Behinderung zu einer Diskriminierung führt.
- Bei der Analyse gesellschaftlicher Bedingungen werden die Erfahrungen und Sichtweisen von Menschen mit Behinderung in den Mittelpunkt des Forschungsprozesses gestellt.

Im Gegensatz zum individuellen Modell, welches einen defizitorientierten medizinischen Ansatz vertritt, werden Menschen mit Behinderung nicht mehr als von Norm abweichende zu erforschende Objekte wahrgenommen, sondern in den Handlungsprozess als **Subjekte** eingebunden. Die Vertreter der Disability Studies mit dem Sozialen Modell von Behinderung fordern Akzeptanz und Nichtdiskriminierung durch soziale Aktion der Gesellschaft. Dabei gilt die Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen als oberstes Ziel (Hermes, 2006, S. 17-24).

### **Kulturelles Modell von Behinderung**

Nach Waldschmidt (2006) entstand das kulturelle Modell von Behinderung durch die Diskussion der Frage, was wäre, wenn Behinderung kein zu bewältigendes Problem darstellen würde, sondern eine spezielle Form der Problematisierung körperlicher Differenz. Die emanzipatorische Zielsetzung und der gesellschaftstheoretische Ansatz des sozialen Modells werden so mit einer kulturwissenschaftlichen Perspektive ergänzt. Diese Perspektive wurde in den USA innerhalb der poststrukturalistisch orientierten Geistes- und Geschichtswissenschaften entwickelt und als Kontrast zum britischen Ansatz vorgestellt. Waldschmidt (2006) erklärt, dass sich das kulturelle Modell von Behinderung besonders in

Europa bislang wenig etabliert hat. Trotzdem erhält es ihrer Ansicht nach eine starke Berechtigung. Nach einer kurzen Klärung der Begrifflichkeit von Kultur in diesem Kontext beschreibt Waldschmidt (2006) das **kulturelle Modell von Behinderung**.

Kultur definiert Waldschmidt (2006) im kulturwissenschaftlichen Sinn als „raum-zeitlich eingrenzbar Gesamtheit gemeinsamer materieller und ideeller Hervorbringungen, internalisierter Werte und Sinndeutungen sowie institutionalisierter Lebensform von Menschen“ (S. 90). Mit dieser Aussage erklärt sie, dass eine Gesellschaft ihr Erbe mit dem Bestand an Werten und Normen, Symbolen und Sprache, Wissen, Ritualen und Praktiken, Traditionen und Institutionen in Erziehungs- und Bildungsprozessen den Gesellschaftsmitgliedern weitergibt. Es wird dabei festgehalten, dass nicht nur eine Kultur, sondern eine ganze Reihe von Kulturen existieren.

Wird Behinderung aus der kulturwissenschaftlichen Perspektive betrachtet, lässt sich feststellen, dass Behinderung keine universelle und uniforme Praxis darstellt. Vielmehr findet zwischen den Kulturen über die gesamte Zeit hinweg eine grosse Vielfalt an Sichtweisen von Behinderung und dem Umgang mit Menschen mit Behinderung statt. Diese Perspektive lässt im Sinne des Konstruktivismus die Relativität von Kategorisierungs- und Stigmatisierungsprozesse deutlich werden. Das kulturelle Modell von Behinderung regt ausserdem zu einem Perspektivenwechsel zwischen den Betrachtenden und den Forschenden an. Dabei geht es darum, die Welt der „Normalen“ aus der Sicht der „Abweichenden“ zu erforschen und dabei Lösungen zur Beseitigung der Barrieren zwischen beider Welten zu entwickeln. Dieser Ansatz verfolgt neben der Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen und weist gleichzeitig auf die Vielfalt unserer Gesellschaft hin. Es wird für eine individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz plädiert (Waldschmidt, 2006, S. 90-92).



Zu diesen Beitrag werden abschliessend die wichtigsten Aspekte der verschiedenen Modelle mit ihren Handlungsansätzen in einer Tabelle festgehalten.

<b>Rehabilitationsparadigma</b>	<b>Disability Studies</b>	
<i><b>Individuelles Modell</b></i>	<i><b>Soziales Modell</b></i>	<i><b>Kulturelles Modell</b></i>
Behinderung als persönliche Tragödie – persönliches Problem	Behinderung als soziale Unterdrückung – soziales Problem	Behinderung als kulturelles Deutungsmuster - Dekonstruktion
Behinderung als Ergebnis von Vorurteilen	Behinderung als Ergebnis von Diskriminierung	Behinderung als Ergebnis von Stigmatisierung
Individuelle Identität	Kollektive Identität	Kulturelle Identität
Handlungsansatz: Individuelle Behandlung und Rehabilitation	Handlungsansatz: Soziale Aktion	Handlungsansatz: Individuelle und gesellschaftliche Akzeptanz
Handlungsmodus: Behandlung mit Medikamenten	Handlungsmodus: Selbsthilfe, Selbstbestimmung	Handlungsmodus: Vielfalt, Selbsthilfe, Selbstbestimmung
Professionelle Dominanz	Individuelle und kollektive Verantwortung	Individuelle und kollektive Verantwortung
Expertise im Mittelpunkt	Erfahrung der Betroffenen im Mittelpunkt	Erfahrung aller Mitglieder einer Kultur im Mittelpunkt
Fürsorge als Sozialleistung	Bürgerrechte als Anspruch	Kulturelle Repräsentation

**Tabelle 3: Übersicht Modelle von Behinderung (zit. in Waldschmidt, 2006, S. 93)**

#### **4.1.2 Gendering Disability**

Wie die Disability Studies gehen die Gender Studies (Geschlechterforschung) davon aus, dass das Geschlecht (Gender) sozial konstruiert wird. Kernaufgabe ist die Analyse der Geschlechterdifferenz in allen Bereichen der Gesellschaft.

Intersektionalität ist ein Analyseansatz, der soziale Differenzkategorien wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Ethnizität oder Behinderung miteinander verknüpft. Dadurch wird eine mehrfache Diskriminierung sichtbar. Diese wird jedoch nicht als Addition von Differenzkategorien verstanden. Angenommen eine afroamerikanische Frau mit geistiger Behinderung wird in vielen Lebensbereichen diskriminiert. Intersektionalität analysiert nun die spezifischen Formen der Diskriminierung, welche in unterschiedlichen Situationen und an unterschiedlichen Orten stattfinden. So nähert sich dieser Analysesatz der Komplexität von Diskriminierung, ohne dabei den Anspruch zu erheben, sie vollständig erfassen zu können.

Dabei geht es zentral um die Dekonstruktion von binären Zuschreibungen und die Problematisierung ihrer Wirkung auf den Menschen.

So führt Gendering Disability Erkenntnisse aus den Gender Studies und den Disability Studies zusammen.

Ziel der Forschung ist es, Fragen nach Geschlechterkonstruktion und Geschlechterverhältnissen in Kultur (Definition vgl. kulturelles Modell von Behinderung), Gesellschaft und Wissenschaft aufzugreifen und Impulse zur Auseinandersetzung zu liefern (zit. in Eske Wollard, Jutta Jacob, Swantje Köbsel, 2010, S. 7-13).

Nach Langner (2012) sind **Geschlecht und geistige Behinderung soziale Konstruktionen**. Das Geschlecht wird in zwei Dimensionen aufgeteilt. Zum einen in das **biologische Geschlecht (Sex)**, zum anderen in das **soziale Geschlecht (Gender)**. Beide Dimensionen sind mit dem **geschlechterspezifischen Verhalten (doing Gender)** eng verbunden (S. 153).

Die Tabuisierung der sozialen Geschlechterrollen in Bezug auf Sexualität (vgl. Kapitel 2.3) hat pädagogische Gründe und ihren Ursprung im kulturellen Gesellschaftsverständnis und dessen Normalitätsvorstellungen. Der Rückblick auf die Epochen des fachlichen und gesellschaftlichen Umgangs mit Behinderung und Sexualität in Kapitel 2.3 zeigt auf, dass die Neutralisierung der sozialen Geschlechterrollen für Menschen mit Behinderung eine Folge des historischen Umgangs mit Behinderung darstellt.

Langner (2010) erforscht die Wechselbeziehung zwischen geistiger Behinderung und Geschlecht. Sie stellt fest, dass das eigene Geschlecht und die eigene Sexualität nicht von einer diagnostizierten, geistigen Behinderung im Sinne einer biologischen Schädigung abhängig sind. Vielmehr wird die Suche nach der eigenen geschlechtlichen und sexuellen Identität durch die Gesellschaft behindert. Sie erklärt, es brauche dringend pädagogische Konzepte für den Aneignungsbereich zwischen Geschlecht und sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Nur mit der Anerkennung der Geschlechterrolle und der Ermöglichung einer selbstbestimmten Sexualität von Menschen mit geistiger Behinderung entsteht sexuelle Gesundheit (S. 164-166).

Gendering Disability bietet ein vielseitiges und wichtiges Forschungsfeld in diesem Bereich. Es ist im Sinne von Menschen mit Behinderung, diesen Ansatz in der Fachwelt sowie in der Gesellschaft weiter zu etablieren (zit. in Langner, 2006, S. 166).

### **4.1.3 Sexuelle Gesundheit aus dem Fokus der Disability Studies**

Ausgehend von dem sozialen und kulturellen Modell von Behinderung, setzt sich der kommende Beitrag mit dem Fokus der Disability Studies auf sexuelle Gesundheit auseinander.

#### **Vielfalt als Norm**

Das kulturelle Modell von Behinderung plädiert auf die Vielfalt in der Gesellschaft. Im Sinne der sexuellen Gesundheit geht es darum, dass Menschen mit Behinderung primär als Menschen mit gleichen Rechten wahrgenommen und akzeptiert werden. Der Erkenntnis, dass jeder Mensch ein sexuelles Wesen ist, muss Rechnung getragen werden.

In den vorangegangenen Beiträgen wurde mehrmals aufgezeigt, dass ein grosser Handlungsbedarf hinsichtlich der fachlichen und gesellschaftlichen Akzeptanz im Genderbereich sowie bei der sexuellen Orientierung von Menschen mit Behinderung besteht.

Die Disability Studies vertreten einen konstruktivistischen Ansatz und setzen sich damit Fragen zur Normalität auseinander. Sie verfolgen das Ziel, dass sich die Homogenität anstelle des Modells der Heterogenität in der Gesellschaft durchsetzt.

#### **Von Integration zu Inklusion**

Die Disability Studies fordern „Nichts über uns - mit uns!“ (Hermes, 2006, S.23). Menschen mit Behinderung sind allen Menschen in ihren sexuellen Bedürfnissen gleich, aber beschränkt in ihren Möglichkeiten, diese auszuleben. Im Prozess der sexuellen Identitätsentwicklung geht es nach den Disability Studies darum, die Betroffenen aktiv miteinzubeziehen. Es müssen strukturelle und moralische Barrieren abgebaut werden, um den Betroffenen einen möglichst selbstbestimmten Zugang zu ihrer eigenen Sexualität und damit zur sexuellen Gesundheit zu verschaffen.

#### **Sexuelle Selbstbestimmung**

Unter Selbstbestimmung versteht Julia Zinsmeister (2013) die Fähigkeit und Möglichkeit eines Menschen, ohne Zwang und aus freiem Willen heraus, Entscheidungen zu treffen und das eigene Leben zu gestalten. Eine Selbstbestimmung ist möglich, wenn ein Mensch über Entscheidungsoptionen verfügt, über diese sachgerecht informiert wird und die Gelegenheit zur Entscheidung erhält. Alle Menschen, unabhängig von ihren persönlichen Merkmalen, müssen die Fähigkeit zur Selbstbestimmung im Laufe ihres Lebens entwickeln (S. 53).

Die Disability Studies fordern die Selbstbestimmung für Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen. Menschen mit Behinderung müssen ermächtigt werden, ihre Sexualität so selbstbestimmt wie möglich zu leben, was sich nachhaltig auf ihre sexuelle Gesundheit auswirkt.

Der Fokus der Disability Studies auf sexuelle Gesundheit ist klar: Es gilt der Grundsatz der Ermächtigung zur Selbstbestimmung und Barrierefreiheit in der Gesellschaft unter Einbezug der Betroffenen in den Prozess der Inklusion. Die Soziale Arbeit spielt als Akteurin bei der Umsetzung dieser Grundsätze eine zentrale Rolle. Nach einer kritischen Reflexion der Disability Studies aus der Sicht der Sozialen Arbeit werden diese Grundsätze auf die Handlungsebene in Kapitel 5 übertragen.

#### **4.2 Kritische Reflexion der Disability Studies aus der Sicht der Sozialen Arbeit**

Kerstin Rathgeb (2012) hält fest, dass alle wissenschaftlichen Disziplinen an der Konstruktion von Behinderung und der damit verbundenen Zuschreibungen und Erwartungen beteiligt sind. Sie unterscheidet zwischen Integration und Inklusion. Während mit der Integration die Träger/innen eines oder mehrerer Ausschlussmerkmals in ein regulär bestehendes System eingefügt werden, erfordert die Inklusion, dass das System soweit angepasst werden soll, dass durch zusätzliche Ressourcen die Träger/innen eines oder von mehreren Ausschlussmerkmalen Teil des Systems werden.

Die Voraussetzung dafür ist aber, dass alle integriert und inkludiert werden können und auch wollen. Rathgeb (2012) erklärt ihre Kritik an beiden Konzepten damit, dass Gesellschaftsprozesse sehr häufig mit Schliessungsprozessen einhergehen, wie dies beispielsweise bei sämtlichen Zugängen durch Qualifikationsnachweise (Hochschule), aber auch bei Selbsthilfegruppen zu beobachten ist. Zudem wird die eigensinnige Denkweise und Praktiken jener hinterfragt, welche nicht Teil des Bestehenden sein wollen. Interessanter in der Analyse scheint es, das Augenmerk auf die bestehenden Strukturen und deren Wirkung zu richten. Zu selten werden nämlich die Verhältnisse und die Relationen zu anderen Merkmalen des Menschen (Geschlecht, Sex, Ethnizität, Alter usw.) untersucht. Weiter wird die Kritik laut, dass Menschen mit Behinderung primär als Behinderte und nicht als Menschen differenziert, klassifiziert und ausgeschossen werden. Gendering Disability trägt dieser Erkenntnis erstmals Rechnung. Auf den Punkt gebracht erklärt Rathgeb (2012), dass Integration und Inklusion zwar gewollt sind, diese jedoch eher moralisch wertend und als Stellvertreterpolitik daher kommen. Obwohl beide Konzepte gut gemeint sind, wirken sie bevormundend.

Auch das Normalisierungsprinzip hält sich bis heute als Orientierungspunkt in der Politik, der Praxis und der Theorie in vielen Disziplinen. Bislang gab es keine nennenswerte Auseinandersetzung, dass diese Normalisierung normativ und normierend wirkt. Letztendlich handelt es sich um ein weiteres Konzept, welches eine Normabweichung nicht zulässt. Dem Konzept der Integration fehlen zudem die Perspektive der Betroffenen und der Diskurs mit

ihnen, um gesellschaftliche Bedingungen zu analysieren sowie die eigene Disziplin und Profession zu reflektieren.

Die Disability Studies mit ihrem sozialen und kulturellen Modell von Behinderung treten der genannten Kritik entgegen. Das Inklusionskonzept erhält mit der Einnahme der Beobachter- und Betroffenenperspektive eine neue Bedeutung. Erwähnenswert in diesem Zusammenhang sind die häufig angesprochenen Abgrenzungsbemühungen in den Disability Studies gegenüber sogenannten „Nicht-Merkmalsträger/innen“. Für bestimmte Merkmalsträger/innen, bzw. Minderheiten, mögen gesonderte Räume sinnvoll sein, jedoch bestätigt man damit gleichzeitig, was man kritisiert. So wird die soziale Ungleichheit weiterhin aufrechterhalten (Rathgeb, 2012, S. 9-14).

Das Soziale Modell der Disability Studies wird zudem seit einigen Jahren von Vertretern aus den eigenen Reihen kritisiert. Es herrscht die grundlegende Ansicht, dass materielle und kulturelle Kräfte die Erfahrung von Behinderten bestimmt. Weitere Kritikpunkte sind die Ausblendung des Körpers und die individuelle Erfahrung von Schmerz. Kontrovers wird daher eine ganzheitliche Perspektive auf die Behinderung diskutiert. (Hermes, 2006, S. 23-24).

Als Teil der Gesellschaft entkommt man einer Systematisierungen und Kategorisierungen nie. Durch eine Analyse kann jedoch an den bestehenden Konstruktionen und Ausschliessungsprozessen gearbeitet werden. Dabei scheint wesentlich, dass weder die aufgestellten Merkmale und Kategorien beliebig konstruiert werden, noch haben alle Menschen die gleichen Zugänge und Möglichkeiten, sich am Konstruktionsprozess zu beteiligen. Die Zugänge und Möglichkeiten entstehen durch Interessenslagen und Ermächtigung der betroffenen Minderheiten in der Gesellschaft.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass die Disability Studies diese Interessenslagen bieten und es Menschen mit Behinderung ermöglichen, ihre Standpunkte sichtbar zu machen und zu vertreten. Sie ermöglichen den Abwurf des normativen Denkkorsetts und fordern eine konzeptionelle und theoretische Auseinandersetzung mit der Gesellschaft (Rathgeb, 2012, S. 15-16).

Durch die Disability Studies erhält die Disziplin Soziale Arbeit sowie deren Professionelle wichtige Denk- und Handlungsansätze für die Inklusion von Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft. Die konkrete Umsetzung dieser Handlungsansätze werden wie bereits angekündigt nun im folgenden Kapitel vorgestellt.

## 5 Die berufsethische Haltung der Sozialen Arbeit zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Bedeutung für die Praxis

In einem ersten Schritt findet eine Auseinandersetzung mit der Profession und der Berufsethik der Sozialen Arbeit statt. Danach werden Perspektiven für das Handlungsfeld zur Förderung sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung aufgezeigt.

### 5.1 Zur Profession und zur Berufsethik der Sozialen Arbeit

Silvia Staub-Bernasconi (2010) unterscheidet zwischen **Beruf und Profession**. **Beruf** definiert sie kurzerhand mit einer einfachen bis komplexen erwerbsbezogenen Tätigkeit, welche auf fremdbestimmte Ziele und Weisungen ausgerichtet ist. Grundlage bilden ein lehr- und erlernbares technisches Verfahren und Methodenrepertoire, das durch Evaluation und Erfahrung entstanden ist. Die Mehrheit von Berufen ist dabei nicht an eine Berufsethik gebunden. Als **Profession** definiert Staub-Bernasconi (2010) eine komplexe bis hochkomplexe Erwerbstätigkeit, die ihre Entscheidungs-, Methoden- und Handlungskompetenzen auf der Wissenschaft, des Rechts und der Berufsethik begründet. Dadurch wird der Profession eine relative Autonomie zugestanden.

Staub-Bernasconi (2012) erachtet Soziale Arbeit als eine **Menschenrechtsprofession** wobei ihr die Aufgabe zukommt, zur Lösung, Milderung und/oder zur Prävention von sozialen Problemen beizutragen. Aufgrund des Dreifachmandates von Adressaten/innen, Gesellschaft und der Profession ist Soziale Arbeit eine komplexe, umfassende und transdisziplinäre Handlungswissenschaft, welche auf alle Lebensbereiche der Menschen ausgerichtet ist. Grundlage des Handelns sind die rechtlichen Rahmenbedingungen, wobei die Menschenrechte an oberster Stelle stehen (S. 120-123).

In Kapitel 3 zu den rechtlichen Aspekten und in Kapitel 4 zu den Disability Studies wurde der Sozialen Arbeit ein wissenschaftlicher und rechtlicher begründeter Zugang zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung geschaffen. Bevor abschliessend das im Kontext relevante Dreifachmandat erläutert wird, wird nun die Berufsethik der Sozialen Arbeit, welche den Professionellen als wichtige Handlungsgrundlage gilt, analysiert.

Die International Federation of Social Workers (IFFSW) und die World Wide Association of Schools of Social Work (IASSW) haben sich im Jahr 2000 auf die international gültige Definition von Sozialer Arbeit geeinigt:

Soziale Arbeit ist eine Profession, die sozialen Wandel, Problemlösungen in menschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung fördert, um ihr Wohlbefinden zu

verbessern. Indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens sowie sozialer Systeme als Erklärungsbasis stützt, interveniert Soziale Arbeit im Schnittpunkt zwischen Individuum und Umwelt/Gesellschaft. Dabei sind die Prinzipien der Menschenrechte und sozialer Gerechtigkeit für Soziale Arbeit von fundamentaler Bedeutung. (zit. in Staub-Bernasconi, 2007, S. 26-27)

Staub-Bernasconi (2007) hebt hervor, dass Soziale Arbeit nicht nur nationalen und sozialstaatlichen Gesetzesbestimmungen, sondern auch den internationalen menschenrechtlichen Rahmenbedingungen verpflichtet ist.

Nach der Verortung der Menschenrechte im Kontext der Sozialen Arbeit wird nun das Menschenbild einer Erläuterung unterzogen. Staub-Bernasconi (2007) erklärt, dass die Soziale Arbeit ein humanistisches Menschenbild vertrete (S. 27-29). Das bedeutet gemäss dem Berufskodex der Sozialen Arbeit, dass die Voraussetzung für das erfüllte Menschsein eine gegenseitige respektierende Anerkennung der Anderen, die ausgleichende gerechte Kooperation der Menschen untereinander und gerechte Sozialstrukturen sind (Berufskodex, 2010, S. 6).

Mit dem humanistischen Menschenbild wurde der Berufskodex der Sozialen Arbeit erwähnt. Der Berufskodex der Sozialen Arbeit enthält Richtlinien für das moralische berufliche Handeln für die Professionellen in der Sozialen Arbeit. Er dient als Orientierungshilfe bei der Entwicklung einer professionsethischen Berufshaltung (Berufskodex, 2010, S. 4).

Die Leitidee des Berufskodexes und das Menschenbild wurden mit den Erläuterungen von Staub-Bernasconi (2007, 2010) sinngemäss erklärt. Nachfolgend wird der Berufskodex als Legitimation der Sozialen Arbeit zur Unterstützung von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung konsultiert.

### **Der Berufskodex zur sexuellen Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung**

In Kapitel 5 des Berufskodex geht es um **Ziele und Verpflichtungen** der Sozialen Arbeit. **Artikel 2** weist auf das gegenseitig unterstützende Einwirken der Menschen auf die anderen Menschen hinsichtlich der **sozialen Integration** hin. **Artikel 3** erklärt, dass Soziale Arbeit **Minderheiten in der Gesellschaft unterstützt, die vorübergehend oder dauerhaft in der Verwirklichung ihres Lebens eingeschränkt, oder deren Zugang zur Teilhabe an gesellschaftlichen Ressourcen, ungenügend ist.** **Artikel 8** verpflichtet die Soziale Arbeit zur **Lösung struktureller Probleme**, welche sich in Zusammenhang mit der Einbindung der Individuen in soziale Systeme ergeben (Berufskodex, 2010, S.6). Über den aktuellen Forschungsstand zu sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung wurde in Kapitel 2 bereits informiert. Der Berufskodex verpflichtet die Soziale Arbeit, nötige

Massnahmen zur Unterstützung von sexueller Gesundheit einzuleiten, zu begleiten und hinsichtlich der Zielsetzung und Verpflichtung als Qualitätssicherung ständig zu evaluieren.

Die Soziale Arbeit verpflichtet, basierend auf den Menschenrechten, die Grundsätze der **Gleichbehandlung, Selbstbestimmung, gesellschaftlicher Teilhabe und der Ermächtigung**. Mit der Verpflichtung **zum Diskriminierungsschutz, der Anerkennung von Vielfalt und dem Aufdecken von ungerechten Praktiken** trägt die Soziale Arbeit zur sozialen Gerechtigkeit bei (Berufskodex, 2010, S. 8-10). Es wurde aufgezeigt (vgl. Kapitel 2.3), dass Menschen mit geistiger Behinderung in ihrer sexuellen Selbstbestimmung behindert und diskriminiert werden. Zudem haben sie ein hohes Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden. Die Soziale Arbeit hat demnach die Pflicht, sexuelle Gewalt aufzudecken, ihr mit Präventionsmassnahmen entgegenzuwirken und sie ferner ganz zu verhindern. Durch die Anerkennung der sexuellen Vielfalt trägt die Soziale Arbeit zur Solidarität und Akzeptanz mit Hilfe der Sensibilisierung in der Bevölkerung bei.

Die Handlungsmaxime der Sozialen Arbeit werden in Kapitel 5.2 direkt mit den Perspektiven für die Praxis verknüpft.

Abschliessend zu diesem Beitrag werden einige Aspekte zum **Dreifachmandat der Sozialen Arbeit** erläutert. Sie ist einerseits dem eigenen Professionswissen, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit **(1)** verpflichtet. Ihre Aufträge erhält sie direkt von Adressaten/innen **(2)** und gleichzeitig führt sie das Mandat von Hilfe und Kontrolle im Auftrag der Gesellschaft und der Anstellungsträger **(3)**. Durch das Dreifachmandat entsteht ein Spannungsverhältnis, da die Bedürfnisse, beziehungsweise die Aufträge der einzelnen Akteure **(2)** und **(3)** nicht immer übereinstimmen. Mit dem **(1)** Mandat werden die Professionellen der Sozialen Arbeit durch die Lösung möglicher Konflikte gesteuert (Berufskodex, 2010, S. 7).

Konkret bedeutet dies beispielsweise, dass die Betroffenen als Adressaten/innen der Sozialen Arbeit den Auftrag erteilen, sie bei der Verwirklichung einer selbstbestimmten Sexualität zu unterstützen. Der Auftrag des Umfelds der Betroffenen, beziehungsweise der Gesellschaft, kann lauten, Menschen mit geistiger Behinderung vor sexueller Gewalt zu schützen. Dieser Schutz kann im Verständnis der Auftraggeber/innen darin bestehen, Sexualität der Betroffenen abzusprechen. Die Soziale Arbeit bewegt sich nun in diesem Spannungsfeld von Adressaten/innen und der Gesellschaft. Mit ihrem Professionswissen, der Berufsethik und den Prinzipien der Menschenrechte sucht sie nach geeigneten Interventionsansätze und Lösungen, um den beiden Aufträgen gerecht zu werden.



## **5.2 Perspektiven für die Praxis**

Im Verlauf dieser Arbeit wurde eine thematisch fundierte Situationsanalyse gemacht und dabei die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgezeigt. Durch die Auseinandersetzung mit den Disability Studies wird ein wissenschaftlich fundierter Zugang zur Thematik eröffnet. Die berufsethische Verknüpfung schafft zudem eine wichtige Handlungsgrundlage für die Soziale Arbeit zur Unterstützung sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

Nach der Legitimation des Handlungsbedarfs werden nun Handlungsansätze für die Praxis auf der Mikro-, Meso- und Makroebene aufgezeigt. Gleichzeitig findet eine Verknüpfung mit den Handlungsmaximen des Berufskodexes statt.

### **5.2.1 Ansatzpunkte auf der Mikroebene**

In diesem Beitrag bezeichnet die Mikroebene eine zielgruppenspezifische Soziale Arbeit mit den Adressaten/innen.

#### **Sexuelle Bildung**

Menschen mit geistiger Behinderung sollten in allen Lebensphasen informiert und aufgeklärt werden. Sexuelle Bildung ist ein Grundrecht und beinhaltet Körper- und Sexualaufklärung gemäss der Definition von sexueller Gesundheit (vgl. Kapitel 2.2). Weiter beinhaltet sie Beratung in Verhütungsfragen, Information über Gender-Thematiken, die Gleichwertigkeit von unterschiedlicher sexueller Orientierung, Informationen über sexuell übertragbare Infektionen, sowie das Recht auf Fortpflanzung.

Sexuelle Bildung sollte individuell und unter Berücksichtigung der Erfahrung der/des Adressaten/in erfolgen. Bei Menschen mit geistiger Behinderung dauert der Lernprozess ein Leben lang. Professionelle der Sozialen Arbeit sind gefragt, diesen Prozess im Sinne der Disability Studies zu begleiten (Specht, 2013, S. 178-179).

#### **Angebot an Lern- und Erfahrungsräumen**

Menschen mit geistiger Behinderung leben oft ihr ganzes Leben lang in Institutionen oder in der eigenen Familie. Damit sie eine lustvolle und verantwortungsvolle Sexualität erlernen können, sind sie auf die reflektierende Unterstützung ihres sozialen Nahraumes angewiesen. Mit der Bereitstellung von Lern- und Erfahrungsräumen können Menschen mit geistiger Behinderung nach ihren individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten eine möglichst selbstbestimmte Sexualität (er)leben und (er)lernen. So wird der wachsenden Selbstbefähigung Rechnung getragen.

Entgegen den Vorurteilen gegen Menschen mit geistiger Behinderung (vgl. Kapitel 2.3) haben die Erfahrungen der sexualpädagogischen Bildungsarbeit gezeigt, dass durch die Auseinandersetzung von Sexualität keine „schlafenden Hunde“ geweckt werden. Durch die

Sensibilisierung der Wahrnehmung von sexuellen Wünschen und Bedürfnisse wird die Grundlage geschaffen, von nicht realisierbaren Wünschen zu unterscheiden (Specht, 2013, S. 178).

### **Sexuelle Assistenz und Sexualbegleitung**

Specht (2013) umschreibt sexuelle Assistenz damit, dass Menschen für die direkte Umsetzung und Erfüllung ihrer sexuellen Bedürfnisse professionelle Unterstützung durch andere erhalten. Dabei wird zwischen **aktiver** und **passiver Sexualassistenz** unterschieden. Passive Sexualassistenz beinhaltet alle Massnahmen, welche die konkreten Voraussetzungen für Sexualität schaffen. Dazu gehören die Beschaffung von Hilfsmittel wie Sexualitätsartikel und sexualpädagogische Beratungsgespräche. Zur aktiven Sexualassistenz gehört die Sexualbegleitung. Bei der Sexualbegleitung wird eine externe Person in die sexuelle Situation miteinbezogen. Erotischen Massagen und aktive Anleitung zur Masturbation bis hin zum Geschlechtsverkehr befinden sich im Angebotskatalog einer/s solchen Sexualbegleitenden (S. 179).

In Abgrenzung bezeichnet Walter (2008) die **Sexualbegleitung** zwar als aktive Assistenz, wobei jedoch diese Assistenten und Assistentinnen zusätzlich über pädagogische und pflegerische Kompetenzen verfügen müssen. Diese können im Rahmen einer Basisqualifikation als professionelle Sexualbegleitung erworben werden (S. 5-11).

Eine professionelle Sexualbegleitung erfordert ein fundiertes Wissen in verschiedenen Disziplinen. Die Ausbildung setzt Themenschwerpunkte, welche als Kernkompetenzen gelten und von den Teilnehmenden aktiv erarbeitet werden müssen:

- **Reflexion der eigenen Sexualität**

Mit dem Erstellen der Sexualbiografie findet eine reflektierte Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität statt. Gleichzeitig Abgrenzungsaspekte zwischen der professionellen Rolle von der eigenen Person thematisiert.

- **Pflegerische Grundausbildung**

Hier liegt der Schwerpunkt auf der Körperpflege, dem Umgang mit Spastik und Lähmung, auf der Sensibilität für Wahrnehmungsstörung, Hilfe beim An- und Ausziehen, Hebe- und Massagetechniken.

- **Heil- und behindertenpädagogische Grundkenntnisse**

Die angehenden Sexualbegleiter/innen werden mit unterschiedlichen Formen von Behinderung vertraut gemacht. Weiter wird der Umgang mit kognitiven und emotionalen Reaktionen geprobt. Abschliessende werden klientenspezifische Methoden der Gesprächsführung vermittelt.

- **Sexualpädagogische und sexualtherapeutische Grundkenntnisse**

Dieser Bereich umfasst die Psychologie der Sexualentwicklung, die sexuellen Funktionsstörungen, Informationen über sexuelle Hilfsmittel und Materialien, sowie sexualtherapeutische Grundlagen. Des Weiteren werden Möglichkeiten und Techniken zur unterstützenden Sexualität aufgezeigt.

- **Juristisches Grundwissen**

Während diesem Themenblock werden die rechtlichen Aspekte beleuchtet. Die Teilnehmenden werden im Sexualstrafrecht, in den Selbstbestimmungs- und Menschenrechten, aber auch im Vertragsrecht geschult.

- **Supervision**

Angehende Sexualbegleiter/innen müssen bereit sein, die emotionalen Belastungen, die Abgrenzungsthematik und weitere Probleme in der Gruppe zu reflektieren (Walter, 2008, S.11-20).

Zur berufsethischen Haltung von Sexualbegleiter/innen macht Walter (2008) eine klare Aussage: „Sexuelle Assistenz ist keine Partnerschaft, sie erfordert Distanz der Dienstleistung. Nicht die eigene Befriedigung, sondern die sexuellen Wünsche des Klienten/der Klientin stehen im Mittelpunkt“ (S.12).

## **Beziehung und Partnerschaft**

Der Aufbau von Beziehung und Partnerschaft wird im Laufe eines Lebens erlernt. Eine umfassende Sexualassistenz umfasst auch die unterstützende Begleitung bei der Suche, der Aufnahme und bei der Gestaltung von Beziehung und Partnerschaft. Mit einer Bereitstellung von Angeboten wie beispielsweise Tanzangeboten oder Singlebörsen, Treffen in offener oder fester Gruppen, können Menschen mit geistiger Behinderung bei der Partnersuche unterstützt werden. Wichtig in diesem Zusammenhang ist es, dass nicht die Bezugspersonen im nahen Umfeld der Betroffenen diese Sexualbegleitung leisten. Speziell ausgebildete Fachpersonen im sexualpädagogischen Bereich haben eine professionelle Distanz und können so eine angemessene Unterstützung leisten (Specht, 2013, S. 180).

Artikel 4 der Handlungsprinzipien der Sozialen Arbeit bezüglich ethisch begründeter Praxis erklärt, dass die Professionellen ihre Arbeit auf Vertrauen und Wertschätzung gründen. Sie informieren über Möglichkeiten und Grenzen, ihre Arbeitsweisen und Methodenwahl, ihre Befugnisse und Kompetenzen sowie den Einbezug anderer Fachpersonen (Berufskodex, 2010, S. 11).

## **Schutz vor sexueller Gewalt**

Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung ist erwiesenermassen als grosses Problem von der Gesellschaft und der Fachwelt erkannt. Sexuelle Bildung leistet einen enormen Beitrag zur Prävention von sexueller Gewalt. Menschen mit geistiger Behinderung werden bezüglich Körperwahrnehmung, Intimität, Berührung und Grenzen aufgeklärt und sensibilisiert. Mittlerweile existieren spezifische sexualpädagogische Einzel- oder Gruppenangebote welche zur Prävention von sexueller Gewalt entwickelt wurden und dies es gilt, weiterzuentwickeln (Specht, 2013, 181-182).

Zemp (2009) informierte in einem Interview über die wichtigsten Ziele in der Präventionsarbeit bei Menschen mit geistiger Behinderung. Als erstes Ziel nennt sie die Beendigung der Isolation und Ausgrenzung. Nur wenn die Betroffenen in soziale Bezugssysteme integriert werden, können bestehende Hemmschwellen abgebaut werden. Als zweites Ziel werden die Beendigung der Machtlosigkeit und die Förderung der Eigenständigkeit genannt. Die Persönlichkeitsentwicklung wirkt dem Risiko, Opfer von sexueller Gewalt zu werden, entgegen. Aktives Handeln und die Beteiligung von Menschen mit geistiger Behinderung an Entscheidungsprozessen gelten als Voraussetzung zur Entwicklung der Persönlichkeit. Als drittes Ziel nennt sie - wie auch Specht (2013) - den Zugang zu sexueller Bildung (S. 29).

Artikel 3 zu den Handlungsprinzipien des Berufskodexes setzt klar voraus, dass Professionelle der Sozialen Arbeit ihre Klienten vor aller Arten der Gewalt, vor Machtmissbrauch, Bedrohung oder Beschämung schützen. Sie schaffen Rückzugsmöglichkeiten für Verfolgte und setzen sich für Chancengleichheit ein (Berufskodex, 2010, S. 10).

### **5.2.2 Ansatzpunkte auf der Marko- und Mesoebene**

Im Fokus des kommenden Beitrages stehen die konkreten Anforderungen an die Professionellen der Sozialen Arbeit bei der Unterstützung von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung.

#### **Selbstreflexion**

Kapitel 11 des Berufskodex befasst sich mit den Handlungsmaximen bezüglich der eigenen Person. Darin wird erklärt, dass sich die Professionellen stets über den Wert und die Würde ihrer eigenen Person stellen, um so auch anderen gegenüber mit demselben Respekt begegnen zu können. Artikel 4 weist die Professionellen auf ihre Position und die damit verbundene Macht sowie den sorgfältigen und bewussten Umgang hin (Berufskodex, 2010, S. 11).

Auf der praktischen Ebene bedeutet das gemäss Zemp (2009), dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit auf persönlicher Ebene mit dem eigenen Menschenbild, der eigenen Motivation für die Arbeit, dem eigenen Verhältnis zu Macht und Machtbedürfnis, dem eigenen Rollenverständnis und dem eigenen Frauen- und Männerbild auseinandersetzen. Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität (S. 29).

Die Bereitschaft, auf sexuelle Bedürfnisse zu achten und ungewöhnliches sexuelles Verhalten nicht zu werten, sind zentrale Aspekte der Selbstkompetenz. Durch die Überprüfung der eigenen Standpunkte und Werte können Professionelle der Sozialen Arbeit differenzieren und somit die Selbstbestimmungsprozesse von Menschen mit geistiger Behinderung kompetent und adäquat begleiten (Specht, 2013, 174).

Ein wichtiger Punkt in der Selbstreflexion ist, wie Zemp (2009) bereits erwähnt hat, die Auseinandersetzung mit der ungleichen Machtverteilung zwischen den Professionellen und den Adressaten/innen. Es ist wichtig, dass die Professionellen die Fähigkeiten entwickeln, eigene Grenzen und die Grenzen ihrer Adressaten/innen zu erkennen und diese stets zu achten (S. 29).

### **Professionelle Qualifikation**

Im Beitrag zur sexuellen Bildung wurde erklärt, dass die Sexualität ein Leben lang gelernt wird. Sexuelle Gesundheit muss daher möglichst natürlich und angemessen in den Lebensalltag von Menschen mit geistiger Behinderung aufgenommen werden.

Die professionelle Unterstützung von Menschen mit geistiger Behinderung erfordert fundiertes Fachwissen und zielgruppenspezifische methodisch-didaktische Methodenkompetenzen. Im Bereich der Sozialpädagogik bedarf es einer Erweiterung der pädagogischen Erstausbildung um sexualpädagogische Aspekte. Besonders Menschen mit geistiger Behinderung sind in ihren Möglichkeiten der verbalen Kommunikation beschränkt (vgl. Kapitel 2.3). Nonverbale Signale und die Körpersprache nehmen daher einen hohen Stellenwert ein. Professionelle benötigen in der Kommunikation mit Menschen mit geistiger Behinderung ein ausgeprägtes Wahrnehmungsvermögen. Besonders im sexuellen Kontext ist dies nötig, da fundiertes Wissen über sexuelle Zusammenhänge und ein sensibles Vorgehen die Kommunikation bestimmen. Nur so lassen sich Verletzungen der Intimsphäre verhindern.

Es ist wichtig, dass ein breites Angebot an Fort- und Weiterbildung besteht und verstärkte Anstrengungen bei der Initiierung, Finanzierung und Umsetzung solcher Angebote für die Professionellen geschaffen werden. Nur so können diese einen fachgerechten Umgang mit der Thematik finden. Als positive Begleiterscheinung zeigt sich eine thematische

Sensibilisierung in der Zusammenarbeit der Bezugspersonen des nahen Umfelds der Betroffenen (Specht, 2013, S. 174).

In Kapitel 11 des Berufskodexes wird bezüglich der Handlungsmaximen der eigenen Person auf die professionelle Qualifikation hingewiesen. Artikel 6 stellt klar, dass die Professionellen der Sozialen Arbeit mit Aus- und Weiterbildungsstätten kooperieren (Berufskodex, 2010, S. 11). Dies bedeutet, dass sich die Professionellen ständig weiterbilden, um in ihrer Professionalisierung den aktuellen Anforderungen und Forschungsstand zu entsprechen.

### **Teamarbeit und konzeptionellen Verankerung**

Ein offenes Klima, Transparenz sowie die Bestimmung sexualpädagogischen Prinzipien ist bei der sexualitätsbezogenen Unterstützung in Institutionen von grosser Bedeutung. Sexuelle Gesundheit sollte daher in Form eines Sexualkonzepts als integraler Bestandteil der Handlungsgrundlage zur Anwendung kommen. Gerade im Spannungsfeld der Menschen mit geistiger Behinderung, den Angehörigen, den gesetzlich Vertretenden und den Professionellen (vgl. Kapitel 2.3) entstehen dadurch ein gemeinsamer Ansatz und die Legitimation zu handeln. Specht (2013) erklärt, dass durch sexualitätsbezogene festgehaltene Prinzipien die entsprechende Unterstützung koordiniert und akzeptiert wird (Specht, 2013, S. 175).

Der Berufskodex spricht sich in Kapitel 11, Artikel 7 auch Teamprozessen aus. Mittels Intervention, Supervision und anderen Beratungsgefässen, werden die Professionellen in der Teamarbeit gestärkt. Zudem werden konzeptionelle Prozesse durch Reflexion in Gang gesetzt (Berufskodex, 2010, S. 11).

### **Sozialraumorientierte Strukturen und Netzwerke**

Gemäss den Zielen und den Verpflichtungen der Sozialen Arbeit erklärt der Berufskodex, dass soziale Barrieren in der Gesellschaft abgebaut werden müssen. Artikel 8 besagt, dass Soziale Arbeit initiiert und unterstützt über ihre Netzwerke sozialpolitische Interventionen. Damit beteiligt sie sich an der sozialräumlichen Gestaltung der Lebensumfelder sowie an der Lösung struktureller Probleme, die sich in Zusammenhang mit der Einbindung der Individuen in soziale Systeme ergeben (Berufskodex, 2010, S. 6).

Die Disability Studies fordern die Inklusion mit der Öffnung aller gesellschaftlichen Unterstützungssysteme. Hierbei gilt es für die Professionellen der Sozialen Arbeit die Barrieren der sozialräumliche Strukturen und Netzwerke abzubauen. Dies in Zusammenarbeit mit Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Beispiel ist der Ausbau von öffentlichen Beratungsangeboten zu sexueller Gesundheit. Die Soziale Arbeit kann hier auf der konzeptionell strategischen Ebene mit Projekten dazu beitragen, dass Barrieren für Menschen

mit geistiger Behinderung abgebaut werden. Eine sichtbare und bessere Vernetzung und Koordination der regionalen Angebote wäre diesbezüglich ein wichtiges Projekt für die Soziale Arbeit.

### **Weiterentwicklung von bedarfsorientierten sexualpädagogischen Angeboten und Informationsmaterialien**

Specht (2013) sieht einen grossen Handlungsbedarf im Ausbau von gelungenen Ansätzen für bereits etablierte Themen wie Körper- und Sexualaufklärung, Beziehungsgestaltung und der Prävention von sexueller Gewalt. Diese müssen jeweils zielgruppenspezifisch und auf verschiedene Lebensphasen ausgerichtet sein. Zu den vernachlässigten Themen gehören weiterhin Angebote für unterschiedliche sexuelle Orientierung, die Reflexion von Geschlechterrollen und -identitäten, Ansteckung mit sexuell übertragbaren Infektionen, der Umgang mit Opfern und Tätern von sexueller Gewalt und der Themenbereich Elternschaft (S. 176.).

Im Sinne der Forderung nach umfassender Barrierefreiheit, haben Menschen mit geistiger Behinderung ein Recht auf solche und sollen ihre Bedürfnisse mit entsprechenden Angeboten wie mit Informationsmaterialien und Produkte stillen können.

### **Wissenschaftliche Forschung**

Zu den soeben erwähnten vernachlässigten Themen konnte ein Forschungsdefizit festgestellt werden. Es existieren nur wenige Studien bezüglich sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Bei der Recherche für diese Arbeit stiess die Autorin auf Studien zu sexueller Gewalt aus dem Jahre 1996 und 1997, welche trotz des enormen sozialen Wandels der letzten zehn Jahre in aktueller Fachliteratur zitiert werden. Es ist daher davon auszugehen, dass keine aktuelleren Studien diesbezüglich geführt wurden. Zudem sind Erkenntnisse über spezifische sexuelle Bedürfnisse und sexualitätsbezogenen Wünsche spezieller Zielgruppen sehr dürftig (Specht, 2013, S. 177).

Die Soziale Arbeit bezieht die Erkenntnisse zur Theorie- und Methodenentwicklung aus einer steten fachlichen und moralischen Qualitätskontrolle (Berufskodex, 2010, S. 11). Die wissenschaftliche Forschung dient hierfür als wichtiges Instrument.

Im zweiten Teil dieses Kapitels wurden Perspektiven hinsichtlich sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung für die Praxis der Sozialen Arbeit aufgezeigt. In einem weiteren Diskurs gilt es diese zu konkretisieren und ständig weiterzuentwickeln.

Abschliessend wird erwähnt, dass sich die Professionellen der Sozialen Arbeit an die Handlungsmaximen nach Carl Rogers (1942); sprich Kongruenz (Authentizität), Empathie und

Akzeptanz bezüglich den sexuellen Bedürfnissen der Adressaten/innen halten müssen (zit. in Herrath, 2013, S. 23). Das Prinzip der möglichst grossen Selbstbestimmungen gilt es dabei jederzeit zu berücksichtigen.



## 6 Schlussfolgerung

In den letzten 30 Jahren hat ein gesellschaftlicher und fachlicher Paradigmenwechsel von der Exklusion bis hin zur der Inklusion von Menschen mit geistiger Behinderung stattgefunden. Der aktuelle Forschungsstand zu Menschen mit geistiger Behinderung hat jedoch aufgezeigt, dass die Inklusion in der Gesellschaft noch nicht stattgefunden hat. Aus fachlicher Sicht zeigen sich je nach Wissenschaft verschiedene Modelle von Behinderung mit unterschiedlichen Handlungsansätzen. Es hat sich gezeigt, dass das individuelle Modell von Behinderung aus der medizinisch-pathologischen defizitären Perspektive eine dominierende Rolle einnimmt.

Menschen mit geistiger Behinderung werden in vielen Lebensbereichen behindert. Bezüglich der eigenen Sexualität werden sie oft fremdbestimmt, mit Vorurteilen behaftet und massiv in ihrer sexuellen Gesundheit eingeschränkt. Es hat sich zudem gezeigt, dass Menschen mit geistiger Behinderung aufgrund der strukturellen Lebensbedingungen ein grosses Risiko haben, Opfer von sexueller Gewalt zu werden.

Die Disability Studies stellen sich dem individuellen Modell von Behinderung erstmals gegenüber. Sie gehen vom sozialen bzw. kulturellen Modell von Behinderung aus, wobei Behinderung als soziale Konstruktion der Gesellschaft erachtet wird. Mit dem Perspektivenwechsel entstehen neue Handlungsansätze. Menschen mit Behinderung werden somit Subjekte ihrer eigenen Forschung, wobei das Prinzip der Selbstbestimmung in allen Lebensbereichen handlungsleitend ist.

Diese Ansätze veranlassen die Soziale Arbeit zur Reflexion ihrer Berufsethik bezüglich sexuelle Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung. Als Professionelle/r der Sozialen Arbeit ist es notwendig, seine eigenen Werte und die der Profession stetig zu reflektieren und mit den Erkenntnissen der Wissenschaft zu verknüpfen. Nur so können professionelle Handlungsansätze generiert und weiterentwickelt werden.

Die Verknüpfung der Berufsethik mit den Handlungsansätzen der Disability Studies zur Unterstützung von sexueller Gesundheit von Menschen mit geistiger Behinderung haben relevante Perspektiven für die Praxis der Sozialen Arbeit aufgezeigt. Dies auch vor dem Hintergrund einer möglichen Ratifizierung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung durch die Schweiz.

Abschliessend lässt sich festhalten, dass ohne soziale Konstruktion keine Bezüge gemacht werden können. Wichtig ist aber zu wissen, dass die eigene Wahrnehmung immer eine subjektive Komponente aufweist und keine gänzlich objektive Wirklichkeit existiert. Klar ist, dass Menschen mit geistiger Behinderung die gleichen Bedürfnisse haben wie Menschen ohne Behinderung. Sie sind jedoch different in ihren Möglichkeiten, um diese Bedürfnisse

auszuleben. In diesem Sinne macht die Soziale Arbeit eine positive Diskriminierung, denn sie nimmt sich der sozialen Konstruktion von Behinderung an und legitimiert damit ihren Handlungsbedarf.

## 7 Ausblick

Der thematische Rahmen dieser Arbeit beschränkte sich im Themenbereich von sexueller Gesundheit von Menschen mit Behinderung auf Sexualität. Eine weitere fachliche Auseinandersetzung mit aktuellen Themen im Bereich von sexueller Gesundheit wie Gender, Elternschaft, Bioethik und pränatale Diagnostik sind dringend angezeigt. In Anbetracht der Abtreibungsrate von 90 Prozent von behinderten Embryonen bei einer pränatalen Diagnostik wird zudem sichtbar, dass die Gesellschaft generell für Menschen mit Behinderung sensibilisiert werden muss. Die Soziale Arbeit ist dabei auf der Mikro-, Makro- und Mesoebene eine wichtige Akteurin. Die Handlungsansätze der Disability Studies sowie im Bereich von Gendering Disability müssen in der konzeptionell-strategischen Forschung sowie in der direkten Arbeit mit den Adressaten/innen weiterentwickelt und etabliert werden.

## 8 Literatur- und Quellenverzeichnis

Achille, Ilse (2009). Die Ängste der Eltern. Wie Sexualpädagoginnen helfen können. In Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., *LIEBE HABEN. Sexualität und geistige Behinderung* (S. 16-18). Singen: pro familia.

Aids-Hilfe Schweiz [AHS]. (2008). *Diskussionspapier Sexuelle Gesundheit Schweiz*. Unveröffentlichtes Grundlagenpapier. Zürich: Aids-Hilfe Schweiz.

Arnade, Sigrid (2013). Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In Jens Clausen & Frank Herrath (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 35-46). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Avenir Sozial (2010). Der Berufskodex der Sozialen Arbeit. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. Bern: Avenir Sozial.

Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisation vom 01. Juli 2005.

Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information [DIMDI]. (2005). *IFC Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Gefunden am 31. Oktober 2012 unter <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icf/nutzungsrechte.htm>.

Behindertengleichstellungsgesetz vom 01 Juli 2013.

Eidgenössisches Departement des Inneren [EDI]. (2010). *Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung*. Gefunden am 17. Juli 2013 unter: <http://www.edi.admin.ch/ebgb/00564/00566/00569/01680/>.

Fornefeld, Barbara (2009). *Grundwissen Geistigbehindertenpädagogik* (4. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Hafen, Martin (2007). *Grundlagen der systemischen Prävention. Ein Theoriebuch für Lehre und Praxis* (1. Aufl.) Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Hermes, Gisela (2006). Der Wissenschaftsansatz Disability Studies – Neue

Erkenntnisgewinne über Behinderung?. In Gisela Hermes & Eckhard Rohrmann (Hrsg.). *Nichts über uns – ohne uns!* (S. 15-30). Neu-Ulm: Deutsche Nationalbibliografie.

Herrath, Frank (2009). Was behindert Sexualität?. In pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., *LIEBE HABEN . Sexualität und geistige Behinderung* (S. 8-15). Singen: pro familia.

Herrath, Frank (2013). Das Menschenrecht auf Sexualität. In Jens Clausen & Frank Herrath (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 19-46). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Sozialdepartement der Stadt Zürich (2002). *Anstaltseinweisungen, Kindeswegnahmen, Eheverbote, Sterilisationen, Kastrationen: Fürsorge, Zwangsmassnahmen, „Eugenik“ und Psychiatrie in Zürich zwischen 1890 und 1970* [Broschüre]. Zürich: Thomas Hounker.

International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2008). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung*. Gefunden am 18.07.2013 unter: [http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF\\_Deklaration\\_Sexuelle\\_Rechte-dt2.pdf](http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf).

Jacob, Jutta; Köbsell, Swantje & Eske Wollrad (Hrsg.). (2010). *Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht*. Bielefeld: transcript Verlag.

Janke, Marion (2009). Sexuelle und reproduktive Gesundheit. In pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., *LIEBE HABEN . Sexualität und geistige Behinderung* (S. 41-42). Singen: pro familia.

Langner, Anke (2010). Eine Ohnmacht – Geschlecht und geistige Behinderung. In Jacob, Jutta; Köbsell, Swantje & Eske Wollrad (Hrsg.). (2010). *Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht* (S.153-169). Bielefeld: transcript Verlag.

- Neuhäuser, Gerhard; Steinhausen, Hans-Christoph; Hässler, Frank & Klaus Sarimski (Hrsg.).(2013). *Geistige Behinderung. Grundlagen, Erscheinungsformen und klinische Probleme, Behandlung, Rehabilitation und rechtliche Aspekte* (4. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Puschke, Martina (2006). Geder Aspekte der Disability Studies. In Gisela Hermes & Eckhard Rohrmann (Hrsg.). *Nichts über uns – ohne uns!* (S. 50-58). Neu-Ulm: Deutsche Nationalbibliografie.
- Puschke, Martina (2013). Schutz vor sexualisierter Gewalt gegen Menschen mit Behinderung. Nichts weniger als ein Menschenrecht. In Jens Clausen & Frank Herrath (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 135-146). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- Rathgeb, Kerstin (2012). Disability Studies Kritische Perspektiven für die Arbeit am Sozialen. Wiesbaden: Springer VS.
- Schriber, Susanne (2011, 17. November). *Die Würde ist in allen Lebensbereichen unantastbar – von der Arbeit zum Thema Behinderung und Sexualität. Würdigung des Schaffens von Dr. phil. Aiha Zemp und Ausblick auf zukünftige Herausforderungen*. Referat gehalten an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften [SAMV]. (2013). *Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung* (2. Aufl.) [Broschüre]. Basel: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften.
- Schweizerische Bundesverfassung vom 30. November 2008.
- Sexuelle Gesundheit Schweiz (2010). *Für die Bildung zur sexuellen Gesundheit in der Schweiz. Ziele, Standpunkte und Empfehlungen*. Bern: PLANeS.
- Specht, Ralf (2013). Professionelle Sexualitätsbegleitung von Menschen mit Behinderung. In Jens Clausen & Frank Herrath (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 165-183). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.

Speck, Otto (2012). *Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung* (11. Aufl.). München: Ernst Reinhardt, GmbH & Co KG Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia(2010). Professionalisierung der Sozialen Arbeit. In Peter Hammerschmidt & Juliane Sagebiel (Hrsg.). *Professionalisierung im Widerstreit. Zur Professionalisierungsdiskussion in der Sozialen Arbeit – Versuch einer Bilanz* (S. 115-132). Neu-Ulm: Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007). Soziale Arbeit: Dienstleistung oder Menschenrechtsprofession? Zum Selbstverständnis Sozialer Arbeit in Deutschland mit einem Seitenblick auf die internationale Diskussionslandschaft. In Andreas Lob-Hüdepohl & Walter Lesch (Hrsg.) *Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch* (S. 20-54). Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh GmbH & Co. KG.

United Nation Enable (2013). Rights and Dignity of Persons with Disability. Gefunden am 22.07.2013 unter: <http://www.un.org/disabilities/latest.asp?id=169>.

Waldschmidt, Anne (2006). Brauchen Disability Studies ein „kulturelles Modell“ von Behinderung?. In Gisela Hermes & Eckhard Rohrmann (Hrsg.). *Nichts über uns – ohne uns!* (S. 83-96). Neu-Ulm: Deutsche Nationalbibliografie.

Walter, Joachim (2005). *Sexualität und geistige Behinderung* (6. Aufl.). Baden-Württemberg: Schriftenreihe der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin.

Walter, Joachim (2008). *Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit einer Behinderung* (2. Aufl.). Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa & Bundeszentrale für ganzheitliche Aufklärung [WHO & BZgA]. (2011). *Standards für die Sexuaufklärung in Europa- Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Zemp, Aiha (2009). Sexuelle Gewalt gegen Menschen mit geistiger Behinderung. In pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., *LIEBE HABEN. Sexualität und geistige Behinderung* (S. 28-29). Singen: pro familia.

Zemp, Aiha & Pircher, Erika (1996). *Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter [Studie]*. Wien: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten und Verbraucherschutz.

Zinsmeister, Julia (2013). Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In Jens Clausen & Frank Herrath (Hrsg.). *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 47-71). Stuttgart: Kohlhammer GmbH.



## Urheberrechtliche Hinweise zur Nutzung Elektronischer Bachelor-Arbeiten

Die auf dem Dokumentenserver der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern (ZHB) gespeicherten und via Katalog IDS Luzern zugänglichen elektronischen Bachelor-Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit dienen ausschliesslich der wissenschaftlichen und persönlichen Information.

Die öffentlich zugänglichen Dokumente (einschliesslich damit zusammenhängender Daten) sind urheberrechtlich gemäss Urheberrechtsgesetz geschützt. Rechtsinhaber ist in der Regel<sup>1</sup> die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Der Benutzer ist für die Einhaltung der Vorschriften verantwortlich.

Die Nutzungsrechte sind:

- Sie dürfen dieses Werk vervielfältigen, verbreiten, mittels Link darauf verweisen. Nicht erlaubt ist hingegen das öffentlich zugänglich machen, z.B. dass Dritte berechtigt sind, über das Setzen eines Linkes hinaus die Bachelor-Arbeit auf der eigenen Homepage zu veröffentlichen (Online-Publikation).
- Namensnennung: Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers bzw. der Autorin/Rechteinhaberin in der von ihm/ihr festgelegten Weise nennen.
- Keine kommerzielle Nutzung. Alle Rechte zur kommerziellen Nutzung liegen bei der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit, soweit sie von dieser nicht an den Autor bzw. die Autorin zurück übertragen wurden.
- Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

Allfällige abweichende oder zusätzliche Regelungen entnehmen Sie bitte dem urheberrechtlichen Hinweis in der Bachelor-Arbeit selbst. Sowohl die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit als auch die ZHB übernehmen keine Gewähr für Richtigkeit, Aktualität und Vollständigkeit der publizierten Inhalte. Sie übernehmen keine Haftung für Schäden, welche sich aus der Verwendung der abgerufenen Informationen ergeben. Die Wiedergabe von Namen und Marken sowie die öffentlich zugänglich gemachten Dokumente berechtigen ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen und Marken im Sinne des Wettbewerbs- und Markenrechts als frei zu betrachten sind und von jedermann genutzt werden können.

Luzern, 16. Juni 2010

Hochschule Luzern  
Soziale Arbeit



Dr. Walter Schmid  
Rektor

---

<sup>1</sup> Ausnahmsweise überträgt die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit das Urheberrecht an Studierende zurück. In diesem Fall ist der/die Studierende Rechtsinhaber/in.