



Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit
Band 1

Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen **Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit**

Daniel Kunz

1. Auflage 2016
180 Seiten, Broschur 164 x 234 mm
ISBN 978-3-906036-22-9

Die Publikation erschien im interact Verlag, dem Fachverlag der Hochschule Luzern - Soziale Arbeit und ist als Open Access erhältlich.

Das Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Lizenz:



- Name muss genannt werden
- keine kommerzielle Nutzung erlaubt
- keine Derivate (Änderungen) erlaubt

interact

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

interact Verlag
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
Werftestrasse 1
Postfach 2945
6002 Luzern
www.hslu.ch/interact

Webshop: www.interact-verlag.ch

Zu Recht fordern Menschen mit einer Einschränkung, dass weniger über sie als vielmehr mit ihnen geredet wird. Genau hier liegt eine der Stärken der in diesem Band publizierten Forschungstätigkeit: Die Forschenden haben mit den Betroffenen gesprochen und sie so zu Beteiligten gemacht. Sie beschreiben, welche Bedürfnisse diese im Bereich der sexuellen Gesundheit haben, und weisen darauf hin, dass grosser Handlungsbedarf in der Gestaltung von Begegnungsangeboten und Kontaktmöglichkeiten besteht. Zudem dokumentieren sie, welche Dienstleistungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Bereich der sexuellen Gesundheit in der deutschsprachigen Schweiz existieren, und zeigen auf, dass bestehende Angebote nicht überall barrierefrei zugänglich sind, wie dies die UNBehindertenrechtskonvention eigentlich fordert. Empfehlungen zur konkreten Umsetzung der Konvention runden die Publikation ab.

interact Verlag, www.hslu.ch/interact

ISBN 978-3-906036-22-9



Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit

Band 1

Daniel Kunz (Hrsg.)
Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit
Band 1

Daniel Kunz (Hrsg.)

SEXUELLE GESUNDHEIT FÜR MENSCHEN MIT KOGNITIVEN EINSCHRÄNKUNGEN

Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich
zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit

interact

Hochschule Luzern

Soziale Arbeit

Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich
zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit

Daniel Kunz (Hrsg.)

Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich
zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit

von Daniel Kunz

mit Beiträgen von
Manuela Käppeli, Irene Müller und Katharina Lechner

Die **Schriftenreihe Sexuelle Gesundheit und Soziale Arbeit** wird vom Institut für Sozialpädagogik und Bildung der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit herausgegeben. Sie bietet einen Publikationsort für Veröffentlichungen, die einen Beitrag zur Professionalisierung der Sozialen Arbeit in den Handlungsfeldern der sexuellen Gesundheit leisten.

Der Druck dieser Publikation wurde durch die Unterstützung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und des Eidgenössischen Büros für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen (EBGB) ermöglicht.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

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

Bibliografische Zitation

Kunz, Daniel (Hrsg.) (2016). Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit. Luzern: interact Verlag.

ISBN 978-3-906036-22-9

© 2016 interact Verlag Luzern
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit
www.hslu.ch/interact

Bilder: Fotolia.de

Korrektur: Petra Meyer, korrektorium, Römerswil

Gestaltung: Martina Pelosi, Cyan GmbH, Luzern

Druck: edubook, Merenschwanden

Papier: Mondi DNS

Diese Publikation wurde ausschliesslich in der Schweiz produziert.

In Erinnerung an Dr. phil. Aiha Zemp (26.8.1953 – 14.12.2011)

Pionierin und Aktivistin in der Achtung und dem
Schutz sexueller Rechte für Menschen mit Behinderung



Inhaltsverzeichnis

Seite

Vorwort	10
Forschungsprojekt und wichtige Ergebnisse auf einen Blick	12

Grundlagen

Daniel Kunz

Einleitung

1 18

Ausgangslage und Problemstellung	1.1	18
Herleitung der Forschungsfrage	1.2	21

Daniel Kunz und Manuela Käppeli

Theoretische Grundlagen

2 24

Angebote zu sexueller Gesundheit	2.1	24
Sexualität, sexuelle Gesundheit und sexuelle Rechte	2.1.1	24
Handlungsfelder sexueller Gesundheit	2.1.2	26
Menschen mit kognitiven Einschränkungen	2.2	29
Sexualität und sexuelle Gesundheit bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen	2.2.1	30
Behindertenhilfe, Sexualität und sexuelle Gesundheit	2.2.2	34
Ethische Grundlagen und Qualitätsstandards des Forschungsprojekts	2.3	36

Daniel Kunz, Irene Müller, Katharina Lechner, Manuela Käppeli

Forschungsdesign

3 38

Partizipatorischer Forschungsansatz	3.1	38
Quantitativer Teil	3.2	39
Datenerhebung	3.2.1	39
Beschreibung der Stichprobe	3.2.2	39
Datenauswertung	3.2.3	40
Qualitativer Teil	3.3	40
Datenerhebung	3.3.1	40
Beschreibung der Stichprobe	3.3.2	44
Datenaufbereitung	3.3.3	45
Datenauswertung	3.3.4	46
Kommunikative Validierung	3.4	46

Quantitativer Teil

Katharina Lechner, Irene Müller und Daniel Kunz

50	4	Ergebnisdarstellung quantitativer Teil
50	4.1	Teilnehmende Stellen und ihre Zuständigkeit
51	4.2	Geografische Zugehörigkeit
52	4.3	Mitarbeitende
57	4.4	Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen
57	4.4.1	Verfügbarkeit
61	4.4.2	Qualität
64	4.4.3	Zugänglichkeit
69	4.4.4	Partizipation
72	4.4.5	Annehmbarkeit
74	4.5	Fazit Bestandsaufnahme

Qualitativer Teil

Manuela Käppeli, Daniel Kunz und Irene Müller

84	5	Ergebnisdarstellung qualitativer Teil
85	5.1	Sich kennenlernen
87	5.2	Verliebtheit
90	5.3	Erste gemeinsame Wohnung
93	5.4	Verhütung
94	5.5	Sich streiten/sich versöhnen
96	5.6	Sexuelle Orientierung
100	5.7	Sexuelle Gewalt
101	5.8	Fazit Bedürfnisse bezüglich Angeboten zu sexueller Gesundheit

Ergebnisse

Seite

Daniel Kunz und Irene Müller

Ergebnisdiskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlungen	6	110
Ergebnisdiskussion	6.1	110
Kontrastierung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse	6.1.1	110
Zusammenhang mit theoretischen Grundlagen	6.1.2	113
Beantwortung der Forschungsfragen	6.2	117
Schlussfolgerungen für Angebote zu sexueller Gesundheit und Ausblick	6.3	119
Empfehlungen	6.4	122

Anhang

Geschichten als Stimulus für die Fokusgruppe		130
Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen		136
Literatur- und Quellenverzeichnis		172
Abbildungsverzeichnis		177
Projektteam und Autorenschaft		178
Danksagung		180

Vorwort

Die vorliegenden Forschungsergebnisse sind ein Beitrag zur Bewusstseinsbildung in der Thematik Behinderung und Sexualität. Sie zeigen auf, welche Angebote und Dienstleistungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Bereich der sexuellen Gesundheit in der deutschsprachigen Schweiz existieren und wie gut diese zugänglich sind. Zudem beschreiben sie, welche Bedürfnisse die Betroffenen selber haben und wo Lücken im Bedarf an Dienstleistungen in den Bereichen Bildung, Beratung und Begegnung bestehen.

Zu Recht fordern Menschen mit einer Einschränkung, dass weniger über sie als vielmehr mit ihnen geredet wird. Genau hier liegt eine der Stärken dieser Forschung, die *mit* den Betroffenen sprach. Mit einem aufwendigen partizipativen Forschungsdesign und der Anwendung von leichter Sprache ist es den Forschenden gelungen, die Betroffenen zu Beteiligten zu machen. Die Ergebnisse zeigen, dass ein grosser Handlungsbedarf in der Gestaltung von Begegnungsangeboten und Kontaktmöglichkeiten besteht. Ausserdem sind bestehende Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht überall barrierefrei zugänglich. Barrierefreie Zugänglichkeit ist jedoch eine Voraussetzung für die vollumfängliche Teilhabe bzw. Autonomie von Menschen mit einer Einschränkung, wie sie in der UN-Behindertenrechtskonvention gefordert wird, die in der Schweiz 2014 in Kraft getreten ist. Es ist erschreckend, dass Menschen mit einer kognitiven Einschränkung immer noch eine besonders vulnerable Gruppe darstellen, die ein erhöhtes Risiko für die Verletzung ihrer sexuellen Integrität aufweist. Wir wünschen uns, dass die Forschungsergebnisse in diesem Bereich zur Prävention beitragen.

Ein weiterer Handlungsbedarf zeigt sich in der fachlichen Qualifizierung der Mitarbeitenden der untersuchten Einrichtungen. Es gibt erst wenige Fachpersonen, die sich sowohl für das Thema Behinderung als auch im Thema Sexualität beruf-

lich qualifiziert haben. Die Kombination der Themenfelder *sexuelle Gesundheit* und *Heilpädagogik* ist eher selten und es lohnt sich, hier in gezielte Weiterbildung zu investieren.

Die Forschenden haben diese Veröffentlichung Aiha Zemp gewidmet. Als Frau mit einer körperlichen Behinderung hat sie zeitlebens um eine grösstmögliche Selbstständigkeit gerungen. Ein autonomes Leben zu führen, war damals wie heute für Menschen mit einer Behinderung nicht selbstverständlich. Sie hat sich immer für einen selbstbestimmten Umgang mit Sexualität und für den Schutz vor sexuellen Grenzverletzungen eingesetzt. Zu diesen Themen hat sie eigene Forschungen betrieben. Ihre Zielsetzung führen die Fachpersonen der Hochschule Luzern gemeinsam mit Praxisorganisationen und der Stiftung SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz weiter.

Aus Sicht unserer Hochschule stellt die vorliegende Publikation ein gelungenes Beispiel anwendungsorientierter Forschung dar. Es gelingt den Forschenden, die verschiedenen Bereiche der sexuellen Gesundheit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ganzheitlich zu betrachten und fachlich umfassend darzustellen. Wir freuen uns, wenn die Ergebnisse nutzbringend in die Praxis einfliessen können.

Pia Gabriel-Schärer,

Vizedirektorin der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

Forschungsprojekt und wichtige Ergebnisse auf einen Blick

Den Anstoss zum vorliegenden Forschungsprojekt gab die Schliessung der Fachstelle für Behinderung und Sexualität (fabs) in Basel im Herbst 2011 mit der Übergabe ihrer Arbeiten an die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Das Ende der Fachstelle fabs hinterliess im Bereich der sexuellen Gesundheit eine Angebotslücke. Dies hat uns veranlasst, das hier vorliegende Forschungsprojekt zu lancieren, um die Lücken in der ambulanten Versorgung empirisch zu orten, damit in Fortführung der Arbeit der fabs sinnvolle und nützliche Angebote zu sexueller Gesundheit gesichert werden können und für die Zukunft eine Basis für Neues besteht. Dies geschah auch vor dem Hintergrund des Inkrafttretens der Behindertenrechtskonvention (BRK) in der Schweiz am 15. Mai 2014.

Die BRK formuliert, dass der barrierefreie Zugang zu Informationen und Kommunikation zu Themen sexueller Gesundheit keine Frage des Ermessens – abhängig von der Einschätzung und Stimmungslage von Fachleuten sowie der Gesellschaft – ist, sondern dass dieser Zugang sich aus dem Grundrechtskatalog ableiten lässt. Auf dem Hintergrund der Frage der Gerechtigkeit, wie sie beispielsweise die Rechtsphilosophin Martha Nussbaum gestellt hat, benötigt eine Gesellschaft, die eine vollumfängliche Teilhabe von Menschen mit kognitiven Einschränkungen realisieren will, ein neues Verständnis von Bürgerschaft und sozialer Kooperation als Teil des Service public. Der Bewertungsmaassstab liegt hier darin, inwieweit die Realisierung einer selbstbestimmten Lebenspraxis ermöglicht wird. Diese veränderte Herangehensweise bedingt deshalb auch eine umfassende Sexualaufklärung, die über den Fortpflanzungsaspekt hinausreicht und zentrale menschliche Erfahrungen thematisiert, wie die Entwicklung eines individuellen Körpergefühls, Kennenlernen verschiedener Beziehungsformen, Gefühl für die Regulierung von Nähe und Distanz sowie Selbstschutz vor sexuellen Übergriffen. Damit werden im professionellen Kontext die notwendigen sexualfreundlichen Rahmenbedingungen verwirklicht.

Die BRK berücksichtigt diesen Sachverhalt ausdrücklich, indem die Vertragsstaaten aufgefordert werden, einen gleichberechtigten Zugang zu Informationen und Hilfsangeboten in Themen der sexuellen Gesundheit analog zur Allgemeinbevölkerung zu gewährleisten (Artikel 21). Damit soll gesundheitliche Chancengleichheit realisiert werden. Im engeren Sinne sind es drei *inhaltliche Artikel*, die diese Ansprüche formulieren: Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) nimmt Bezug zum Thema sexuelle Gewalt und zum Umgang der Vertragsstaaten damit; Artikel 23 b (Achtung der Wohnung und der Familie) enthält die Forderung nach barrierefreiem Zugang zu altersgemässer Sexualaufklärung und Familienplanung; Artikel 25 a (Gesundheit) schreibt den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf eine gleichwertige und unentgeltliche bzw. erschwingliche Gesundheitsvorsorge *einschliesslich der sexual- und reproduktionsmedizinischen Dienstleistungen* fest (BRK, 2006, S. 1129–1136).

Die vorliegende Untersuchung hat im Zeitraum vom Frühjahr 2013 bis Frühjahr 2015 Angebote *für* und Bedürfnisse *von* Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Deutschschweiz im Bereich der sexuellen Gesundheit untersucht. Für den ersten Teil wurde eine Situationsanalyse der entsprechenden öffentlich zugänglichen Beratungs-, Bildungs- und Begegnungsangebote für Erwachsene erhoben. Für den zweiten Teil wurden in einer qualitativen Studie auf der Grundlage eines partizipativen Forschungsansatzes Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu ihren Bedürfnissen in Bezug auf inhaltliche und strukturelle Angebote zu sexueller Gesundheit befragt. Es wurden folgende zentrale Fragestellungen beantwortet: Welche öffentlich zugänglichen und barrierefreien Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit bestehen für erwachsene Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Deutschschweiz? Welche Bedürfnisse haben Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit? Wie sollten diese inhaltlich und strukturell gestaltet sein?

Der Untersuchung lag ein menschenrechtsbasierter Forschungsansatz mit den Kriterien *Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit, Qualität* und *Partizipation* zugrunde. Das Forschungsdesign berücksichtigte die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, war partizipativ angelegt und ermöglichte ihre Mitbestimmung. Das gesamte Forschungsprojekt wurde von einer Begleitgruppe, bestehend aus Stakeholdern und Menschen, die selbst von einer kognitiven Einschränkung betroffen sind, begleitet.

Hinsichtlich öffentlich zugänglicher Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit für erwachsene Menschen mit kognitiven Einschränkungen in der Deutschschweiz zeigen die in den drei Arbeitsfeldern der *Behindertenhilfe, sexuelle Gesundheit* und *Opfer- bzw. Täterberatung* erhobenen Daten, dass solche Angebote allgemein verfügbar sind und sowohl die grossen Städte wie auch die ländlichen

Gebiete abdecken. Da eine umfassende Konzeption sexueller Gesundheit bislang fehlt, sind diese Angebote jedoch isoliert voneinander und Adressat_innengruppen laufen Gefahr, zwischen den Institutionen verloren zu gehen bzw. auch thematisch-inhaltlich nicht ausreichend versorgt zu werden. Um dies zu vermeiden, unterbreiten wir einen Vorschlag zur Neukonzeption sexueller Gesundheit.

Die heterogene Vielfalt der psychosozialen Angebote in Art und Umfang teilt sich in Bildungs-, Beratungs- und Begegnungsangebote. Institutionell am wenigsten zur Verfügung gestellt werden Begegnungsangebote – wenn man die Resultate des qualitativen Teils der vorliegenden Studie betrachtet, klafft hier eine erhebliche Lücke. Zudem zeigen die Ergebnisse eine deutlich unzureichende direkte Adressierung der Informationen und Kommunikation an Menschen mit kognitiven Einschränkungen, beispielsweise durch das Fehlen leichter Sprache. Dies zeigt, dass die in der Behindertenrechtskonvention geforderte barrierefreie Zugänglichkeit nur unzureichend realisiert ist. Dasselbe trifft auch auf die physische Umwelt zu, wonach Bauten und Räumlichkeiten der Einrichtungen nur zu etwas über 50 Prozent die Anforderung vollständig barrierefreier Zugänglichkeit erfüllen. Zusammenfassend lässt sich ein erheblicher Handlungs- bzw. Nachholbedarf der Institutionen in der angemessenen Realisierung des gleichberechtigten Zugangs zu Angeboten und Dienstleistungen bei Themen der sexuellen Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen feststellen.

Wie unzureichend die Sichtbarkeit von Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist, zeigt sich auch in den Qualifikationen der Mitarbeitenden der Institutionen: Lediglich 20 Prozent von ihnen verfügen über nachgewiesene Qualifikationen zum Thema Behinderung und Sexualität.

Der zweite, qualitative Teil dieser Studie fragte nach den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit bzw. wie diese inhaltlich und strukturell gestaltet sein sollten. Befragt wurden Wohnschülerinnen und Wohnschüler in einer Bedürfnisabklärung zu Liebe, Partnerschaft, Sexualität und sexueller Gesundheit. Nach den hier gewonnenen Ergebnissen stehen beziehungs- und partnerschaftsbezogene Themen an erster Stelle. Ein wichtiger Befund sind die fehlenden Kontaktmöglichkeiten. Dies entspricht auch den Erkenntnissen des quantitativen Teils, denen zufolge Begegnungsangebote wie Kontakt- und Singlepartys nur selten angeboten werden.

Die Erkenntnis, dass in den drei Arbeitsfeldern Behindertenhilfe, sexuelle Gesundheit und Opfer- bzw. Täterberatung die Angebote und Dienstleistungen noch viel zu wenig direkt an Menschen mit kognitiven Einschränkungen adressiert

sind, bestätigt sich auch im qualitativen Teil. Die Vorschläge unserer Teilnehmenden für einen Chat, eine App oder offene Beratungseinrichtungen im Sinne einer «Beratungs-Permanence» analog einer medizinischen Permanence bzw. Notfallpraxis an den Bahnhöfen zeigen die hohe Bedeutung direkter Adressierung. Die Ausgestaltung einer bedürfnisadäquaten Hilfe wird dann als erfüllt betrachtet, wenn die professionelle Unterstützung den Wunsch nach Selbstständigkeit anerkennt und die Autonomie fördert, die zu einem selbstständigen Handeln befähigt – beispielsweise ein webbasiertes Angebot in leichter Sprache, das umfassend zu Themen sexueller Gesundheit informiert. Zudem ist auf dem Hintergrund der in den Gesprächsgruppen sichtbar gewordenen normativen Erwartungen unserer Gesprächspartner_innen mit kognitiven Einschränkungen an Liebe, Partnerschaft und Sexualität zu empfehlen, die angebotenen Bildungs- und Beratungsangebote dahingehend zu überprüfen, inwiefern diese die Erwartungen zusätzlich verstärken bzw. eine realistische Auseinandersetzung mit den Ansprüchen an sich und ihr Gegenüber zulassen.

In allen oben genannten Aspekten gilt es, die sexuelle Orientierung zu berücksichtigen. Unsere qualitativen Erhebungen zeigen, dass hier im Bereich der Behindertenhilfe Nachholbedarf besteht. Die für die Identitätsfindung wichtige Begegnung bzw. der Austausch mit anderen Lesben, Schwulen und Bisexuellen findet dort noch bei Weitem zu wenig Berücksichtigung.

Die sozialpolitische Herausforderung besteht darin, das Denken in andere Bahnen zu lenken und soziale Innovation zu ermöglichen. Gefragt sind alle Beteiligten auf Bundes- und Kantonsebene sowie private Organisationen. Für die kohärente Umsetzung der auf Grundlage der oben dargestellten Befunde formulierten Empfehlungen im Abschlusskapitel ist die Schaffung eines Aktions- und Massnahmenplans wünschenswert. Die Behindertenrechtskonvention spricht von dem wertvollen Beitrag, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt der Gemeinschaft leisten. Diesen gilt es zu entdecken.



Grundlagen



1 Einleitung

Daniel Kunz

1.1 Ausgangslage und Problemstellung

Den Anstoss zum vorliegenden Forschungsprojekt gab die Schliessung der Fachstelle für Behinderung und Sexualität (fabs) im Herbst 2011 mit der Übergabe ihrer Arbeiten an die Hochschule Luzern – Soziale Arbeit. Diese Übergabe wurde notwendig, da die Weiterfinanzierung der Fachstelle unsicher schien und die Gründerin der fabs – Dr. phil. Aiha Zemp – ernsthaft erkrankte und wenig später verstarb. Als Pionierin und Fachfrau für die Themen Behinderung, Sexualität und sexualisierte Gewalt schuf sie mit dieser Einrichtung in den Jahren 2003 bis 2011 einen institutionellen Rahmen für das Ziel, Menschen mit Behinderung den selbstbestimmten Umgang mit ihrer Sexualität zu ermöglichen und sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung zu verhindern (Monika Stocker, 2011). Die fabs vertrat einen auch heute als institutionell fortschrittlich zu bezeichnenden Arbeitsansatz, der sexuelle Selbstbestimmung und sexualisierte Gewalt klar voneinander abgrenzt und doch in der Arbeit gleichwertig behandelt. Die Arbeit von Aiha Zemp war also entwicklungs- bzw. ressourcenorientiert sowohl auf die Themen Beziehung und Sexualität als auch auf den Schutz vor sexuellen Grenzverletzungen ausgerichtet. Die aktuelle Fachdiskussion würde dies in einem umfassenden Sinn in den Bereich der sexuellen Gesundheit einordnen. Bestes Beispiel dafür stellt die sexualpädagogische Publikation «Herzfro» dar, die mitentscheidend war, dass 2011 einer der grössten Missbrauchsskandale in Schweizer Heimen aufgedeckt und gestoppt wurde, indem die Opfer eben durch diese Publikation in die Lage versetzt wurden, sich zur erlittenen sexuellen Gewalt zu äussern (Stocker, 2011 & Susanne Schriber, 2011, S. 18).

Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind insbesondere in Bezug auf sexuelle Gesundheit als vulnerable Gruppe zu betrachten, da behinderungsbedingte Abhängigkeits- und Machtverhältnisse ein erhöhtes Risiko für Schutzlosigkeit darstellen. Wie Untersuchungen zeigen, ist die sexuelle Integrität stärker gefährdet, beispielsweise durch Grenzverletzungen bei Hilfeleistungen im Kontext der Körperpflege, Gewalt in Beziehungen durch gezieltes Ausnutzen der Behinderung sowie Gewalt und Diskriminierung im institutionellen Kontext durch Nichtbeachtung der Privat- und Intimsphäre (Jörg Fegert et al., 2006; Aiha Zemp et al., 1996 & 1997). Risikofaktoren, die sexuelle Grenzüberschreitungen und sexuelle Gewalt begünstigen, ergeben sich einerseits durch intellektuelle Beeinträchtigungen, Artikulationsprobleme und oftmals fehlende physische Kraft wie auch durch Isolation und Ausgrenzung, Erziehung zur Anpassung, fehlende Sexuaufklärung, Zweifel an der Glaubwürdigkeit der Opfer und andererseits durch die gesellschaftlichen Bilder von Geschlechtslosigkeit, Asexualität oder unkontrollierter Triebhaftigkeit (Svenja Bender, 2012; Angelika Henschel, 2001; Susanna Niehaus et al., 2012; Joachim Walter, 2005; Zemp, 2010). Wie Erfahrungsberichte zeigen, stehen gegenwärtig jedoch insbesondere jüngere Eltern der sexuellen Entwicklung ihrer Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen positiv gegenüber. Sie akzeptieren, dass ihre Kinder sexuelle Bedürfnisse haben, und versuchen, sie entsprechend zu begleiten. Auf diesem Hintergrund sind in Einrichtungen der Behindertenhilfe in jüngster Zeit Ansprechpersonen zu sexualitätsbezogenen Themen benannt worden.

Die Notwendigkeit solcher Entwicklungen zeigt die weltweit erste repräsentative Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012) zur Lebenssituation und zu Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland, die belegt, dass insbesondere Mädchen und Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Lebensverlauf zwei- bis dreimal häufiger allen Formen von Gewalt ausgesetzt sind als Frauen ohne Behinderungen. Auffällig ist auch, dass Frauen mit kognitiven Einschränkungen oftmals schwangerschaftsverhütende Massnahmen erhalten, ohne dass diese durch eine sexuelle Aktivität begründet werden können. Die Studie weist die besondere Gefährdung dieser Personengruppe nach, die destruktive Folgen für ihr Selbstverständnis und daraus folgende Gesundheitsrisiken im Lebensverlauf hat (S. 56).

Als Hochschule haben wir zwischenzeitlich die zu unserem Auftrag zählenden Arbeiten übernommen, wie die Weiterbildung von Fachpersonen und den Vertrieb bzw. die Weiterentwicklung sexualpädagogischer Medien. Nicht übernehmen konnten wir hingegen den gesamten psychosozialen Bereich der professionellen Beratung und Begleitung von Ratsuchenden. Das Ende der Fachstelle fabs

hinterlässt somit in diesem Bereich eine Angebotslücke, die uns veranlasst hat, das hier beschriebene Forschungsprojekt zu lancieren. In diesem Zusammenhang wurden erste Abklärungen zu vorhandenen psychosozialen Angeboten sexueller Gesundheit für Menschen mit Behinderungen getroffen. So hat die Bachelorarbeit von Jasmine Müller und Therese Ziegler (2011) gezeigt, dass insbesondere Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bei einem Anliegen zu sexueller Gesundheit Gefahr laufen, zwischen den Institutionen verloren zu gehen: Die Behindertenhilfe ist zwar grundsätzlich für diese Adressat_innen zuständig, fühlt sich aber bei Themen zu Beziehung, Sexualität und sexueller Gesundheit oftmals überfordert bzw. unzureichend qualifiziert. Organisationen der sexuellen Gesundheit, bei denen diese Themen zum Kernauftrag gehören, erleben sich gemäss eigenen Aussagen hingegen als zu wenig kompetent im Umgang mit dieser Personengruppe; dementsprechend sind ihre Angebote oftmals auch nicht barrierefrei. Fehlendes oder mangelhaftes Wissen von Fachpersonen über kognitive Beeinträchtigungen und die damit verbundenen Besonderheiten sowie institutionelle Zugangsbarrieren zeigen sich auch in anderen Arbeitsfeldern, beispielsweise im Strafrechtssystem (vgl. Susanna Niehaus, Paula Krüger & Seraina Caviezel Schmitz, 2012). Dies stellt die Kehrseite der organisatorischen Funktionslogik dar, nach der die Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich in der Regel auf gewisse ausgeprägte Merkmale spezialisiert sind, Schnittbereiche jedoch verloren gehen und aus dem Blickfeld der Arbeit geraten.

Die in diesem Forschungsprojekt synonym verwendeten Begriffe «Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen» bzw. «Menschen mit kognitiven Einschränkungen» beziehen sich auf Personen, die sich selber als Menschen mit einer Besonderheit, Lernschwierigkeiten oder mit einem Handicap bezeichnen oder von aussen als Menschen mit einer geistigen Behinderung wahrgenommen werden.¹ Sie stehen im Alltag – wie die oben bereits genannten Untersuchungen zeigen – in der Umsetzung ihrer sexuellen Rechte und ihrem Bedürfnis nach Privat- und Intimsphäre, Partnerschaft und Sexualität oft erheblichen Einschränkungen und Gefährdungen gegenüber. Dies lässt sich einerseits mit den durch die Beeinträchtigung gegebenen kognitiven und körperlichen Einschränkungen und andererseits mit den Umwelтанforderungen und deren Normen erklären, die Betroffene als Barrieren wahrnehmen (Corinne Wohlgensinger, 2007). Das Projekt richtet sich deshalb in erster Linie in Anlehnung an die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) von 2006 an Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die in Wech-

1 Siehe unsere Erfahrungen in diesem Forschungsprojekt im Umgang mit den Begriffen in den weiterführenden Ergebnissen im Kapitel 5.8.

selwirkung mit verschiedenen Barrieren in der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft gehindert werden (vgl. Artikel 1 BRK, S. 1122). Für das nachstehende Forschungsvorhaben waren dies Menschen, die in Wohnschulen auf das selbstständige bzw. begleitete Leben vorbereitet werden.

Die BRK, die in der Schweiz im Mai 2014 in Kraft getreten ist, versteht unter Barrierefreiheit unter anderem «das Recht auf den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, [...] Information und Kommunikation, einschliesslich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden» (vgl. Artikel 9, S. 1126). Die Konvention bekräftigt somit nachdrücklich das in den Grundrechten festgeschriebene Gleichbehandlungsgebot in Artikel 8 Absatz 4 der Bundesverfassung, worin die Beseitigung der Benachteiligung von Menschen mit Behinderung als gesetzliche Massnahme formuliert und durch das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) von 2002 konkretisiert wird. Das Gesetz sieht beispielsweise Barrierefreiheit für Bauten und Dienstleistungen im öffentlichen Bereich vor. Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind Angebote zu sexueller Gesundheit, die durch die öffentliche Hand finanziert bzw. finanziell gefördert werden. Auch sie fallen dadurch unter die gesetzlichen Vorgaben. Unsere Forschungsarbeit ist somit zweifach legitimiert: zum einen durch die Vulnerabilität von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf ihre sexuelle Gesundheit und zum anderen durch die Vorgaben der normativen Grundlagen.

1.2 Herleitung der Forschungsfrage

Die oben zusammengefasste Faktenlage vergegenwärtigt, wie bedeutsam und notwendig barrierefreie Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind. Die BRK berücksichtigt diesen Sachverhalt ausdrücklich, indem die Vertragsstaaten aufgefordert werden, einen gleichberechtigten Zugang zu Informationen und Hilfsangeboten in Themen der sexuellen Gesundheit analog zur Allgemeinbevölkerung zu gewährleisten (Artikel 21). Damit soll gesundheitliche Chancengleichheit realisiert werden. Im engeren Sinne sind es drei *inhaltliche Artikel*, die diese Ansprüche formulieren: Artikel 16 (Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch) nimmt Bezug zum Thema sexuelle Gewalt und zum Umgang der Vertragsstaaten damit; Artikel 23 (Achtung der Wohnung und der Familie) enthält die Forderung nach barrierefreiem Zugang zu altersgemässer Sexuaufklärung und Familienplanung; Artikel 25 (Gesundheit) schreibt den Anspruch von Menschen mit Behinderung auf eine gleichwertige

und unentgeltliche bzw. erschwingliche Gesundheitsvorsorge *einschliesslich der sexual- und reproduktionsmedizinischen Dienstleistungen* fest (BRK, 2006, S. 1129–1136).

Auch aus Sicht der Gerechtigkeitstheorie der einflussreichen amerikanischen Rechtsphilosophin Martha Nussbaum (2010) stellt die fehlende oder unzureichende Verfügbarkeit von Angeboten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit eine Verletzung der Aufgaben öffentlicher Institutionen dar. Der Bewertungsstab liegt hier darin, inwieweit die Realisierung einer selbstbestimmten Lebenspraxis ermöglicht wird (Holger Ziegler, Mark Schrödter & Nina Oelkers, 2012, S. 297–310). Nussbaums Fähigkeitenansatz begründet nachvollziehbar, wie individuelle Chancen gesellschaftlich strukturiert werden. Er kann als *soziale* Grundlage der Menschenrechte verstanden werden, da er auf das Vorhandensein von Möglichkeiten gründet und die freie Entscheidung des Individuums in den Grenzen des guten Lebens fokussiert (Nussbaum, 2010, S. 115). Als zentrale menschliche Fähigkeiten, die sexuelle Gesundheit und sexuelles Wohlbefinden ermöglichen, listet Nussbaums Fähigkeitenansatz unter anderem die Ausbildung von spezifischen körperlichen Konstitutionen, sensorischen Fähigkeiten, die Fähigkeit zu angenehmen Erfahrungen und Vermeidung unnötigen Schmerzes, die Sicherheit vor sexuellen Übergriffen, die Gewährleistung reproduktiver Gesundheit, die Möglichkeit und Fähigkeit zur Geselligkeit bzw. Bindung an andere Menschen, Gelegenheit zur sexuellen Befriedigung sowie die freie Entscheidung im reproduktiven Bereich auf (Nussbaum, 2010, S. 112–114).

Für die Schweiz existieren jedoch kaum empirisch gestützte Daten und Ergebnisse zu bedürfnisorientierten Angeboten hinsichtlich Themen der sexuellen Gesundheit, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihren Fähigkeiten unterstützen und fördern. Es bestehen in diesem Bereich verschiedene Forschungslücken:² Es fehlt ein aktueller datengestützter Überblick *zu bestehenden öffentlichen und barrierefreien Angeboten und Dienstleistungen*; es gibt keine wissenschaftlichen Daten zu den Bedürfnissen der Zielgruppe hinsichtlich dieser Angebote. Ohne diese empirischen Grundlagen gestaltet sich jedoch eine

² Vgl. Übersichtsartikel zu schweizerischer Forschung im Bereich Behinderung/Invalidität im *Handbuch Sozialwesen Schweiz* von Sylvie Kobi (S. 174–176), der zeigt, dass Themen sexueller und reproduktiver Gesundheit weitestgehend nicht in den Blick der Forschung geraten. Eine erfreuliche Ausnahme bildet die Untersuchung zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung von Dagmar Orthmann Bless (2013). Zudem legten Christoph Urwyler et al. (2014) eine Bestandesaufnahme der Anlauf- und Fachstellen sexueller Gewalt im Auftrag der Charta Prävention vor, die 2015 veröffentlicht wurde. Diese Studie fokussierte auf die Teildimension sexuelle Gewalt.

an den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen orientierte Umsetzung der sie betreffenden Rechte schwierig (vgl. Michael T. Wright, 2010) – so beispielsweise des Gleichheits- bzw. Nichtdiskriminierungsgebots in Artikel 8 der Bundesverfassung sowie Artikel 1 der BRK oder die angemessene Realisierung der International Planned Parenthood Federation (IPPF) Charta der sexuellen Rechte (2009).

Die hier vorliegende Untersuchung aus dem Zeitraum von Frühjahr 2013 bis April 2015 zeigt im ersten Teil auf dem Hintergrund empirisch abgestützter Daten die Angebote bzw. Angebotslücken in der Deutschschweiz im Bereich sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf. Im zweiten Teil erhebt sie deren diesbezügliche Hilfs- und Unterstützungsbedürfnisse, damit auf empirischer Grundlage Empfehlungen für entsprechende Angebote formuliert werden können. Dazu werden folgende zentrale Fragestellungen beantwortet:

- 1 Welche öffentlich zugänglichen und barrierefreien Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit bestehen für erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Deutschschweiz? (Quantitativer Teil)
- 2 Welche Bedürfnisse haben Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit? Wie sollten diese inhaltlich und strukturell gestaltet sein? (Qualitativer Teil)

2 Theoretische Grundlagen

Daniel Kunz und Manuela Käppeli

2.1 Angebote zu sexueller Gesundheit

2.1.1 Sexualität, sexuelle Gesundheit und sexuelle Rechte

Sexualität ist ein Forschungsgegenstand, der erst seit rund hundert Jahren im Blick der Wissenschaft ist (Barbara Ortland, 2008, S. 19). Zum Begriff lassen sich verschiedenste Definitionen in der aktuellen sexualwissenschaftlichen und sexualpädagogischen Literatur finden. Gemäss Ortland besteht aber unter den Autorinnen und Autoren die gemeinsame Auffassung, «dass sich die Vielfältigkeit menschlicher Sexualität kaum in einer Definition erfassen lässt» (Ortland, 2008, S. 16). Die Problematik eines Definitionsversuchs liegt dabei im Spannungsverhältnis zwischen Individualität und gesellschaftlichen Normen und Werten. Diese beiden Pole beeinflussen einander gegenseitig und wirken sich auf das Individuum aus. Sexualität stellt daher eine lebenslange Entwicklungsaufgabe dar, in der sich Menschen mit gesellschaftlichen Anforderungen und individuellen Erwartungen auseinandersetzen und eine eigene, für ihren jeweiligen Lebensabschnitt passende sexuelle Identität finden. Sexualität geht über den Körper hinaus und umfasst immer den gesamten Menschen und damit auch Gefühle, Erleben und Intellekt (Ortland, 2008, S. 17). Mit einer umfassenden Definition von Sexualität, in der sich die obigen Aspekte wiederfinden, arbeitet die Weltgesundheitsorganisation (WHO):

«Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschliesst. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern,

Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren.» (WHO, 2006, S. 10)³

Dieses komplexe Zusammenspiel individueller und gesellschaftlicher Faktoren von Sexualität zeigt sich in der Etablierung eines umfassenden Konzepts von sexueller Gesundheit durch die WHO, die in ihrer Arbeitsdefinition von 2006 zusammenfasst:

«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, 2006, S. 10)

Diese Definition verdeutlicht, dass sexuelle Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit beinhaltet, sondern ein menschliches Potenzial darstellt und sexuelles Wohlbefinden einbezieht (WHO Europa & BZGA, 2011, S. 19). Diese umfassende oder ganzheitliche Betrachtungsweise rückt soziale und kulturelle Faktoren als Voraussetzung für eine individuell gelingende(re) sexuelle Gesundheit in den Fokus. So belegen neuere Untersuchungen nachweislich, dass beispielsweise die Stärkung egalitärer Geschlechternormen und Aushandlungsfertigkeiten im Beziehungs- und Schutz- bzw. Verhütungsverhalten nachhaltig zu sexueller Gesundheit und sexuellem Wohlbefinden führen (vgl. Silja Matthiesen et al., 2009; Daniel Gredig et al., 2011; UBS Optimus-Studie, 2012).

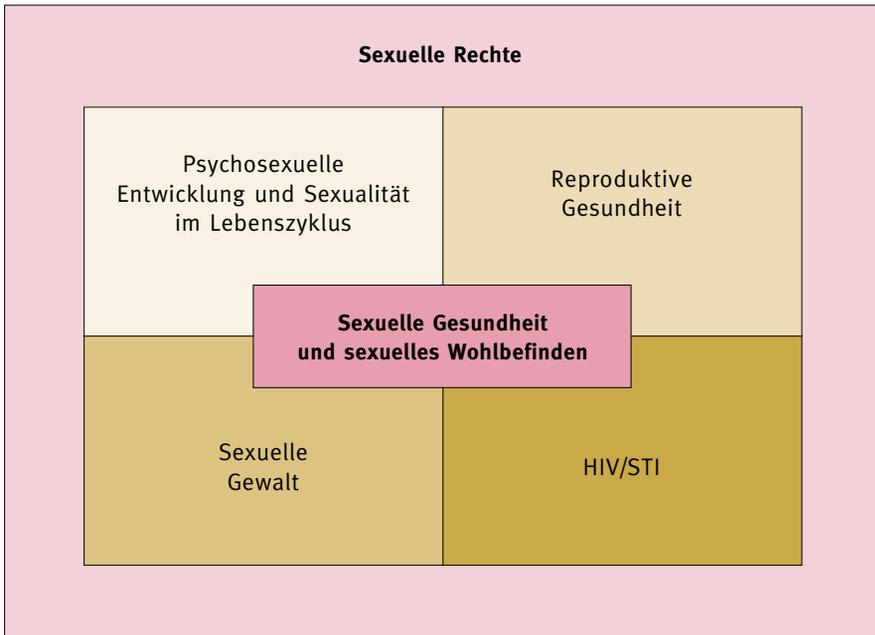
3 Originaldefinition: *«Sexuality is a central aspect of being human throughout life and encompasses sex, gender, identities and roles, sexual orientation, eroticism, pleasure, intimacy and reproduction. Sexuality is experienced and expressed in thoughts, fantasies, desires, beliefs, attitudes, values, behaviors, practices, roles and relationships. While sexuality can include all of these dimensions, not all of them are always experienced or expressed. Sexuality is influenced by the interaction of biological, psychological, social, economic, political, ethical, legal, historical, religious and spiritual factors.» (WHO, 2006, S. 10)*

Die in der Definition erwähnten sexuellen Rechte bilden demnach den nötigen Rahmen für eine gelingende(re) sexuelle Gesundheit. Sie sollen deshalb für alle Menschen gewährleistet werden. Sexuelle Rechte sind sexualitätsbezogene Menschenrechte und «basieren auf einer Reihe von sexualitätsbezogenen Rechtsansprüchen [...]» (IPPF, 2009, S. 11).⁴ Sie stellen somit universelle – völkerrechtlich verbindliche – Rechtsansprüche dar, die den Respekt vor und die nachhaltige Verwirklichung von Ansprüchen wie die Gleichberechtigung der Geschlechter und die Wahl der Geschlechtsidentität sowie eine individuelle, sexuelle Selbstbestimmung, frei von Zwang und Ausbeutung, einfordern, fördern und schützen. Diese sexuellen Rechte werden weltweit eingefordert und sind institutionell unter anderem vertreten durch die IPPF – die weltweite Dachorganisation regierungsunabhängiger Familienplanungsstellen – und die mit ihr assoziierten Partnerorganisationen. Darüber hinaus besteht ein wachsender Konsens, dass sexuelle Gesundheit nur erreicht und gewährleistet werden kann im Respekt für und im Schutz von sexualitätsbezogenen Menschenrechten.

2.1.2 Handlungsfelder sexueller Gesundheit

Zur Realisierung und Gewährleistung sexueller Gesundheit und sexueller Rechte zählt die WHO auch den freien Zugang zu Angeboten sexueller und reproduktiver Gesundheit. Diese sollen nach objektiven wissenschaftlichen Kriterien auf Fachwissen beruhen und werden in Bildungsangeboten, Information und Beratung, medizinischer Abklärung und Behandlung sowie in der Öffentlichkeits- bzw. Präventionsarbeit als Dienstleistungs- und Unterstützungsangebote der Gesellschaft im Rahmen der öffentlichen Gesundheit zur Verfügung gestellt. In Anlehnung an die Darstellung des Bundesamtes für Gesundheit (2006) lassen sich für die Schweiz aus diesem Konzept vier Handlungsfelder ableiten, die den Gegenstand der sexuellen Gesundheit und der sexuellen Rechte umreissen bzw. beeinflussen.⁵

- 4 Diese Rechte sind: 1. Das Recht auf Gleichstellung, gleichen Schutz durch das Gesetz und Freiheit von allen Formen von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Sexualität oder Gender, 2. Das Recht auf Partizipation unabhängig von Geschlecht, Sexualität oder Gender, 3. Das Recht auf Leben, Freiheit, Sicherheit der Person und körperliche Unversehrtheit, 4. Das Recht auf Privatsphäre, 5. Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz, 6. Das Recht auf Gedanken- und Meinungsfreiheit, das Recht auf freie Meinungsäusserung und Versammlungsfreiheit, 7. Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben, 8. Das Recht auf Bildung und Information, 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, 10. Das Recht auf Rechenschaftspflicht und Entschädigung.
- 5 Die Eidgenössische Kommission für sexuelle Gesundheit (EKSG) formulierte Ende 2015 eine Definition sexueller Gesundheit für die Schweiz mit fünf Handlungsfeldern (vgl. www.bag.admin.ch/hiv_aids/05464/12494/12821/index.html?lang=de).

Abbildung 1: Gegenstand und Handlungsfelder sexueller Gesundheit und sexueller Rechte

- Das Handlungsfeld *psychosexuelle Entwicklung und Sexualität im Lebenszyklus* umfasst Themen, die bei Frauen und Männern, Mädchen und Jungen im Zusammenhang mit der Entwicklung zu einer individuellen sexuellen Identität mit Fragen konfrontieren, die Antworten bzw. Lösungswege notwendig machen. Qualifizierte Informationen, Sexuaufklärung sowie Beratung unterstützen beispielsweise Heranwachsende verstärkt in der Phase der Pubertät und Adoleszenz oder Erwachsene nach der Geburt von Kindern bzw. in der Neuorganisation ihres Zusammenlebens, bei individuellen oder partnerschaftsbedingten sexuellen Problemen, Partnerschaftskonflikten, Einschränkungen als Folge von Unfall, Krankheit oder Alter, Fragen bezüglich der Geschlechtsidentität, sexueller Orientierung und Lebensweisen, aber auch bei psychischen Problemen, die ihre Ursache in der psychosexuellen Entwicklung haben und mit Erfahrungen im sozialen Umfeld wie Ablehnung, Ausgrenzung und Stigmatisierung zusammenhängen.
- Das Handlungsfeld *reproduktive Gesundheit* umfasst alle Themen der Familienplanung wie Schwangerschaft, Schwangerschaftsverhütung und Schwangerschaftsabbruch, Massnahmen für eine sichere Geburt und Stillzeit für Mutter und Kind sowie die Behandlung von Infertilität und Kinderwunschberatung.

- Das Handlungsfeld *sexuelle Gewalt* umfasst alle entwicklungsförderlichen und präventiven Massnahmen auf personaler bzw. struktureller Ebene, die sexuelle Gewalt verhindern und einvernehmliche (sexuelle) Beziehungen fördern bzw. fachgerecht die Folgen sexueller Grenzverletzungen bearbeiten. Dazu zählen auch die Zwangsprostitution und schädliche kulturelle Praktiken wie zum Beispiel die erzwungene Abtreibung und weibliche Genitalverstümmelung (FGM).
- Das Handlungsfeld *HIV/STI* behandelt alle Massnahmen zur Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Infektionen (STI) wie HIV, Syphilis, Gonorrhö und Chlamydien. Eine umfassende Versorgung zur Vermeidung von Ansteckungen mit STI beinhaltet Prävention, Früherkennung, Beratung und Behandlung und trägt zu gesundheitsförderlichem Verhalten bei. Darüber hinaus leistet dieses Handlungsfeld einen Beitrag zur Nichtdiskriminierung von Menschen mit HIV.

Hier hätte ein Gesamtkonzept sexueller Gesundheit den entscheidenden Vorteil, individuelles wie solidarisches Gesundheits- und Sozialverhalten zu thematisieren. Da es diese Bedingungsfaktoren sind, die laut neueren wissenschaftlichen Studien massgeblich zu einer gelingenderen sexuellen Gesundheit beitragen, würde demnach ein solches Konzept sicherstellen, dass fachliches Wissen zu soziokulturellen Faktoren des Beziehungs- und Sexualverhaltens thematisiert wird und allen zur Verfügung steht, um den Anspruch individueller und öffentlicher Gesundheit zu gewährleisten. In der Schweiz sind diese Teildimensionen jedoch historisch gewachsen und haben ihre unterschiedliche Fachlichkeit unter dem Fokus ihres jeweils eng umrissenen Gegenstands, Berufs- und Arbeitskontexts entwickelt. Dies lässt sich an den verschiedenen Vorschriften auf nationaler und kantonaler sowie institutioneller Ebene ablesen. Die *Arbeitsfelder von sexueller Gesundheit im psychosozialen Kontext*, die – neben der Behindertenhilfe – Gegenstand der vorliegenden Untersuchung sind, bilden diese Aufteilung entsprechend ab. Die an der Befragung beteiligten Organisationen sexueller Gesundheit finden sich unter www.sante-sexuelle.ch, jene Organisationen, die im Bereich sexuelle Gewalt den Auftrag der Opferhilfe abdecken, unter www.opferhilfe-schweiz.ch und Organisationen, die Beratungen für Täter und Täterinnen durchführen, unter www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gewalt/gewalt/beratungsstellen-taeter-taeterinnen-haesuslicher-gewalt.

2.2 Menschen mit kognitiven Einschränkungen

In diesem Forschungsprojekt stehen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen⁶ im Fokus. So klar dieser Begriff auf den ersten Blick auch zu sein scheint, so zeigt sich bei näherer Auseinandersetzung, dass eindeutige Definitionen fehlen. Dies liegt zunächst in der Natur der Sache, ist Behinderung in physischer, psychischer und/oder kognitiver Hinsicht doch vielgestaltig und wird individuell wie gesellschaftlich unterschiedlich erlebt und bewertet. Gemäss Kobi (2013, S. 169–170) versuchen neuere Definitionen durch die Kombination des medizinischen und sozialen Modells auf diesen Aspekt Rücksicht zu nehmen. So definiert das BehiG, Artikel 2 Absatz 1 von 2002 als behindert «eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und fortzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben». Das Bundesamt für Statistik (2014a) definiert dem folgend «Menschen mit Behinderung als Personen, die angeben, ein dauerhaftes Gesundheitsproblem zu haben und bei Tätigkeiten des normalen Alltagslebens (stark oder etwas) eingeschränkt zu sein». Beide Definitionen weisen implizit darauf hin, dass es sich dabei auch um ein subjektives Phänomen und nicht nur um ein objektivierbares Gesundheitsproblem handelt. Dabei werden Beeinträchtigungen relational gesehen, oder wie es Ortland (2008, S. 11) ausdrückt: «Aus systemisch-konstruktivistischer Perspektive wird Behinderung nicht mehr als ein Kennzeichen einer Person gesehen, sondern als eine Relation verstanden, und zwar als eine Relation zwischen der als behindert bezeichneten Person und ihrer Umwelt.» Ob nun ein Merkmal als Beeinträchtigung erfahren wird, hängt von den Bewertungsprozessen und den Anpassungsleistungen der sozialen Partner in den vielfältigen Situationen ab, was verdeutlicht, dass Beeinträchtigungen ein Konstrukt der beteiligten Personen darstellt (ebd.). Eine solche relationale Auffassung vertritt auch die WHO mit der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) sowie auch die UN-Behindertenrechtskonvention.

Die Daten zur Behinderung in der Schweiz stellen sich wie folgt dar: Nach obiger Definition leben hierzulande insgesamt rund 1,2 Millionen Menschen mit einer Behinderung, davon 700'000 Frauen und 500'000 Männer. In der Altersgruppe

6 In der Fachliteratur werden verschiedene Terminologien verwendet. In diesem Forschungsprojekt werden die Begriffe Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Menschen mit kognitiven Einschränkungen synonym verwendet. Als Ausnahme werden nachfolgend bei sinngemässen oder wortwörtlichen Zitaten die jeweiligen Terminologien im Original belassen und können als Synonym verstanden werden.

der 15- bis 64-Jährigen sind es rund 730'000 Menschen, davon 410'000 Frauen und 320'000 Männer. Hiervon sind 135'000 Frauen und 129'000 Männer stark beeinträchtigt. (Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung [EBGB], 2013, S. 6) Von dieser Gruppe von Menschen mit starker Beeinträchtigung leben insgesamt 87 Prozent in Privathaushalten (ca. 259'000 Personen) und 13 Prozent in Institutionen (ca. 37'000 Personen); von letzteren wiederum sind 55 Prozent oder ca. 20'350 Menschen mit einer geistigen Behinderung (Bundesamt für Statistik, 2014b).⁷

Die Zielgruppe der vorliegenden Untersuchung zur Bedürfnisabklärung von Angeboten zur sexuellen Gesundheit sind junge erwachsene Frauen und Männer mit kognitiven Einschränkungen, die am Wohnschulprogramm teilnehmen. Das Wohnschulprogramm verfolgt das Ziel, die Teilnehmenden in einem Zeitraum von zwei bis vier Jahren zu befähigen, selbstständig im Rahmen ihrer Möglichkeiten zu wohnen und einer Arbeitstätigkeit nachzugehen (vgl. www.wohnschulen.ch). Auf diesem Hintergrund ist im untersuchten Akteursystem von einer eher leichten kognitiven Einschränkung bzw. einer Lernbehinderung auszugehen.

2.2.1 Sexualität und sexuelle Gesundheit bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen

Im Kapitel 2.1.1 wurde der Gegenstand Sexualität im Allgemeinen näher eingegrenzt und definiert. Walter (2005, S. 35) wie auch Susan Leue-Käding (2004, S. 8) weisen übereinstimmend darauf hin, dass es keine behindertenspezifische Sexualität gibt bzw. geben kann. Vielmehr verläuft die sexualbiologische Entwicklung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen in den meisten Fällen altersgemäss und unabhängig von intellektuellen Faktoren. Dies entspricht zudem der relationalen Definition von Behinderung. Entsprechend muss sich eine körperliche Schädigung oder kognitive Einschränkung nicht unbedingt auf die Entwicklung einer individuellen und subjektiv befriedigenden Sexualität auswirken. Allenfalls können diese Einschränkungen dem individuellen Verhalten und Erleben Grenzen setzen. Neben diesen individuellen Beeinträchtigungen haben gesellschaftliche Tabuisierungs- und Negierungsprozesse oftmals einen Einfluss auf das Beziehungs- und Sexualverhalten Betroffener (Walter, 2005, S. 32–34). Treffend formuliert Walter (2005, S. 29) die These, dass Behinderung und Sexualität weit weniger ein Problem von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als vielmehr für deren Angehörige und Betreuende ist. Hier sind es drei Reaktio-

7 Die Zahlen des EBGB und des BFS weichen – möglicherweise aufgrund des unterschiedlichen Berichtszeitraums – voneinander ab.

nen auf die von ihnen gelebte bzw. gewünschte Sexualität, mit welchen sie konfrontiert werden: *Leugnung und Verdrängung, Dramatisierung und Überbetonung* sowie das *Fehldeuten von non-verbaler Kommunikation* (Walter, 2005, S. 32–34).

Wie in der Ausgangslage dargestellt, stehen für den Bereich «Sexualität bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen» nur wenige empirische Daten zur Situation in der Schweiz zur Verfügung. Es ist jedoch festzustellen, dass in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum aufgrund der UN-Behindertenrechtskonvention vermehrt eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik stattfindet. Verschiedene Studien und Befragungen verdeutlichen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sich einer erheblich anderen Realität gegenübersehen als Menschen ohne Behinderung. Beispielhaft zeigen dies zwei jüngere Studien: Eine Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2013) befasst sich mit den Unterschieden in der Jugendsexualität von Menschen mit und ohne Behinderung.⁸ Demnach gestaltet sich die Auseinandersetzung mit Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung für Jugendliche mit Behinderung schwieriger. Als Gründe werden die erschwerten Bedingungen der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts aufgrund von Schüchternheit oder Angst wie auch die nicht vollzogene emotionale Lösung von den Eltern sowie fehlende Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit infolge der Beeinträchtigungen genannt (Sabine Wienholz, Anja Seidel, Marion Michel & Martina Müller, 2013, S. 9). Die andere – bereits im ersten Kapitel erwähnte – Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012, S. 19–20) zeigt, dass Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen im Lebensverlauf allen Formen von Gewalt deutlich häufiger ausgesetzt sind als Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt. Dieser Zusammenhang von Gewalt und gesundheitlicher Beeinträchtigung scheint wechselseitig zu sein, indem Frauen mit Beeinträchtigungen nicht nur ein höheres Risiko haben, Opfer von Gewalt zu werden, sondern auch die früheren Gewalterfahrungen dieser Frauen im späteren Leben häufig zu gesundheitlichen und psychischen Einschränkungen führen. Sie zeigt zudem einen besonderen Aspekt der Vulnerabilität von Frauen mit Beeinträchtigungen, wenn diese unter ungleichen Paarbeziehungen leiden, während gleichzeitig Unterstützungstellen für sie nicht erreichbar sind.

Fegert et al. veröffentlichten 2006 die erste, unter systematischem Einbezug von Menschen mit geistiger Behinderung in den Forschungsprozess erstellte Studie im deutschen Sprachraum mit dem Titel «Umgang mit sexueller Selbst-

8 Diese Untersuchung befragte ausschliesslich Jugendliche mit Sinnes- und Körperbehinderungen.

bestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung». Die Befunde ergaben, dass Sexualität ein zentrales und gleichzeitig ambivalentes Thema im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung ist. Das Spannungsfeld lässt sich zwischen der eigenen Lebenswirklichkeit und den persönlichen normativen Vorstellungen von Sexualität und Partnerschaft der Befragten fassen, die sie in ihrem Erleben und Verhalten massiv verunsichern. Einerseits stellten sie die von ihnen gemachten Erfahrungen im Umgang mit Sexualität eher negativ gefärbt bzw. konflikthaft dar, so beispielsweise in erlebten sexuellen Grenzverletzungen, die viele Interviewte in ihren Familien, Einrichtungen und in ihrem weiteren Umfeld erfuhren. Im Kontrast hierzu stand diesen Erfahrungen ein starkes Bedürfnis nach Intimität und emotionaler Sicherheit gegenüber – eine Vorstellung von idealisierter Sexualität als Garant für eine stabile Zweierbeziehung. Zudem brachte die qualitative Studie weitere Ergebnisse ans Licht, unter anderem, dass die Bewohnerinnen und Bewohner sich selbst als nicht-normal und wenig wirkmächtig wahrnahmen, sowie erhebliches Unwissen in Bezug auf sexuelle Zusammenhänge, Verhütung oder sexuell übertragbare Krankheiten. Auch wirkten strukturelle Abhängigkeitsverhältnisse der Einrichtungen dem Umgang mit den für sexuelle Selbstbestimmung notwendigen Selbstwert- und Selbstbehauptungskompetenzen entgegen (S. 12–14).

Aufseiten des Personals der Einrichtungen zeigten die Untersuchungsergebnisse den deutlichen Wunsch nach klaren Standards für den alltäglichen Umgang mit den Bewohnenden, aber auch Einblicke in das sensible und emotional belastete Thema der Grenzachtung im Arbeitsalltag. So gilt es immer wieder, ein angemessenes Mass des erlaubten Austauschs von Nähe vor dem Hintergrund der Bedürfnisse der Bewohnenden nach Zuneigung und der klaren Abgrenzung von sexuell gefärbten Handlungen zu finden. Zudem spricht die Studie davon, dass auch das Personal in der Arbeit mit Bewohnenden Gewalterfahrungen ausgesetzt ist, indem es beispielsweise beschimpft oder sogar geschlagen wird (Fegert et al., 2006, S. 22).

Hinsichtlich reproduktive Gesundheit soll hier noch auf eine jüngere Studie zur Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen werden, da diese den Artikel 23 Absatz 1 der BRK betrifft, der das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf einen barrierefreien Zugang zu Aufklärung und Familienplanung anerkennt. Orthmann Bless (2013) untersuchte mithilfe einer Analyse der medizinischen Statistik der Schweizer Spitäler die Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung in der Schweiz. Im Untersuchungszeitraum von 1998 bis

2009 wurden 176 Schwangerschaften von 173 Frauen festgestellt, von denen 93 mit einer Entbindung von insgesamt 98 Kindern und 83 mit einem Abort endeten. In einem Zeitraum von zwölf Jahren sind dies demnach jährlich etwa 15 Frauen im Alter zwischen 18 und 44 Jahren mit geistiger Behinderung, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in Schweizer Spitälern behandelt wurden. Die Art der Behinderung wurde in 92 Fällen als Down-Syndrom und in 84 Fällen als Intelligenzminderung angegeben. Von Letzterer wurden 77 Fälle als leichte und sieben Fälle als mittelgradige bis schwere Intelligenzminderung diagnostiziert. Mehr als die Hälfte aller in Schweizer Spitälern registrierten Schwangerschaften betroffener Frauen stammten aus den drei Kantonen Genf, Waadt und Zürich (57,9 %) – insgesamt etwa gleich viel auf die Deutschschweiz und die lateinische Schweiz aufgeteilt. Zwei Drittel der Frauen waren Schweizer Nationalität und knapp ein Drittel war anderer bzw. unbekannter Nationalität. Die 98 Geburten entsprechen einer Inzidenzrate bzw. jährlichen Auftretenshäufigkeit von 0,114 auf 1000 Geburten, was im internationalen Vergleich als äusserst gering einzustufen ist. Auf die verschiedenen Vermutungen der Autorin über dieses Resultat näher einzugehen (z. B. Fragen der Erfassung), würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. Diese Zahlen – die Autorin spricht selber von einer konservativen Messung – zeigen aber, dass Elternschaft bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Schweiz ein eher seltenes Phänomen ist. Gleichzeitig lässt sich jedoch feststellen, dass in der Schweiz kontinuierlich und über die Zeit hinweg Kinder von Frauen mit einer kognitiven Einschränkung geboren werden (Orthmann Bless, 2013, S. 22–33).

Abschliessend ist zu bemerken, dass die Thematik HIV/STI bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen für den deutschsprachigen Raum nur wenig aufgearbeitet ist. Die betreffende Rezeption bezieht sich auf die Zeit Ende der 1980er Jahre, als eine HIV-Infektion noch eine tödliche Bedrohung durch die Krankheit Aids darstellte. Ein Artikel von Joachim Walter (2005, S. 398–408) mit dem Titel «Aids – ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung?» umreist anschaulich Thematik und Bedeutung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen unter diesen Vorzeichen. Auch wenn sich in der westlichen Welt seit 1996 eine HIV-Infektion durch die antiretrovirale Therapie zu einer chronischen Krankheit gewandelt hat, ist die damalige Einschätzung, «dass die Personengruppe der geistig behinderten Menschen insgesamt durch Aids nicht mehr und nicht weniger betroffen ist als alle übrigen Mitglieder der Gesellschaft auch» in Bezug auf HIV und STI nach wie vor gültig (Walter, 2005, S. 398); Behinderung an sich birgt kein besonderes Risiko einer Ansteckung. Menschen mit kognitiven Einschränkungen können sich aber – wie alle anderen auch – über die bekannten Ansteckungswege infizieren. Internationale Studien belegen, dass

dies insbesondere auf Menschen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung bzw. auf Menschen mit Lernschwierigkeiten zutrifft (Joav Merrick et al., 2010, S. 285–288). Sie halten zudem fest, dass Menschen mit körperlichen, sensorischen und kognitiven Einschränkungen in Bezug auf HIV und STI eine zu wenig beachtete vulnerable Gruppe darstellen und der Aspekt Behinderung daher stärker in nationale Forschung und Programme zu HIV einfließen müsste (vgl. Nora Ellen Groce et al., 2012); bezeichnenderweise lässt auch in der Schweiz das aktuelle nationale Programm HIV und STI 2011 bis 2017 (NPHS) Menschen mit kognitiven Einschränkungen unerwähnt. Die Forderung nach stärkerer Berücksichtigung dieser Bevölkerungsgruppe vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention in Verwirklichung von deren Recht auf volle und wirksame Teilhabe und ihre Einbeziehung in die Gesellschaft wird jedoch auch durch internationale Organisationen, beispielsweise dem UN-Menschenrechtsrat, UNAIDS und der WHO gefordert (vgl. www.who.int/disabilities/jc1632_policy_brief_disability_en.pdf).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die aufgeführten Studien eine erhebliche Benachteiligung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen hinsichtlich ihrer sexuellen Gesundheit bzw. sexuellen Integrität belegen. Diese sind in ihrer freien Entfaltung der Persönlichkeit, zu der auch die sexuelle Selbstbestimmung zählt, eingeschränkt und mit abwertenden Reaktionen vonseiten der Nichtbeeinträchtigten und mit gesellschaftlichen Stigmatisierungsprozessen konfrontiert. Hier zeigt sich umso mehr, wie bedeutsam die genannten Artikel 16, 21, 23 und 25 der BRK für das Alltagsleben bzw. die sexuelle Gesundheit von Menschen mit Beeinträchtigung sind.

2.2.2 Behindertenhilfe, Sexualität und sexuelle Gesundheit

Die beiden strukturbildenden Prinzipien des Föderalismus und der Subsidiarität sind allgemein charakteristisch für das schweizerische Sozialwesen. Das erlaubt den Kantonen und Gemeinden unterschiedliche sozialpolitische Aktivitäten, weshalb die Landschaft sozialer Dienstleistungen in der Schweiz äusserst heterogen ist (Dorothee Guggisberg, 2013, S. 228). Die nachfolgende Skizzierung hat deshalb nicht den Anspruch, die Behindertenhilfe bzw. die im Zusammenhang mit sexueller Gesundheit angebotenen sozialen Dienste in diesem Arbeitsbereich umfassend darzustellen. Dieser Abschnitt soll auf strukturelle Gegebenheiten hinweisen und stellt einige entsprechende Angebote im Arbeitsfeld der Behindertenhilfe vor. Nach Kobi (2013, S. 176–177) gibt es drei grosse nationale Dachverbände mit unterschiedlicher Ausrichtung. INSOS Schweiz ist der nationale Branchenverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung und umfasst 750 Institutionen in den Bereichen Arbeit, Tagesstätten und Wohnen. Curaviva ist

der Dachverband von 2570 Heimen und sozialen Institutionen für «Menschen im Alter», «Erwachsene Menschen mit Behinderung» sowie «Kinder und Jugendliche mit besonderen Bedürfnissen», die in Heimen und Institutionen leben und auf Unterstützung angewiesen sind (vgl. www.curaviva.ch). Die DOK als Dachorganisationskonferenz der privaten Behindertenhilfe ist ein Zusammenschluss von 14 Organisationen der Behindertenselbsthilfe, Elternvereinigungen, der Fachorganisationen und Gesundheitsligen, die gemeinsam die Fachstelle Égalité Handicap⁹ mit dem Ziel betreiben, die Umsetzung des Gleichstellungsrechts für Behinderte zu fördern. Diese Organisationen sind mit Blick auf das Forschungsthema öffentlich zugänglicher Dienstleistungen zu sexueller Gesundheit besonders interessant, weil sie teilweise ambulant Dienstleistungsangebote in den Bereichen *Beratung*, *Bildung* und *Begegnung* durchführen. Der grösste nationale Träger, der in allen Regionen der Schweiz in diesem Kontext soziale Dienste für Erwachsene anbietet, ist pro infirmis. Auf der Webseite dieses Anbieters finden sich verschiedene Angebote (www.proinfirmis.ch). So wird bei Beratung unter «Familie und Partnerschaft» auch auf das Thema «Partnerschaft und Sexualität» hingewiesen. Unter Freizeit und Mobilität wird ein Bildungsclub angeboten, der je nach Region auch zu Themen sexueller Gesundheit in Workshops arbeitet. Zudem bot pro infirmis beispielsweise in Zürich bis zum Frühjahr 2015 zwei Mal jährlich Kontaktpartys an, auf denen sich Menschen mit Behinderung treffen und kennenlernen können. Insieme als Elternorganisation von Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügt ebenfalls über ein Beratungsangebot «Lebensräume» zu Liebe, Partnerschaft und Sexualität. Auf der Webseite werden für Eltern verschiedene Informationen zu Sexualität angeboten (vgl. <http://insieme.ch/leben-im-alltag/sexualitat>).

Eine spezifische Beratungsstelle für die Fragen und Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu Themen sexueller Gesundheit existiert in der Deutschschweiz gemäss Internetrecherche nur in der Stadt Basel. Die Beratungsstelle airAmour wird vom Behindertenforum, der Dachorganisation der Behindertenselbsthilfe in der Region Basel, getragen. Im Vergleich zu pro infirmis finanziert sich dieses Angebot gemäss Webseite ausschliesslich über private Geldgeber. Ebenso privat wird die Webseite «MyHandicap» finanziert, die ein Internetportal zu Behinderung und Erkrankung ist und über eine Rubrik zum Thema Partnerschaft und Sexualität verfügt. Interessant ist, dass die Internetrecherche einen langsam wachsenden Markt im Bereich der Sexualassistenz zeigt,

⁹ Seit 1.1.2016 heisst diese Fachstelle Inclusion Handicap und vereint heute 23 gesamtschweizerische und sprachregionale Behindertenverbände und Selbsthilfeorganisationen.

der auch Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einschliesst (siehe z. B. www.sexcare.ch, www.insebe.ch oder www.sinnerose.ch). Die meisten Informationen sind jedoch nicht in leichter Sprache verfasst und deshalb für Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht problemlos zugänglich.

Ein weiteres wichtiges Handlungsfeld der Behindertenhilfe sind die Wohnschulen. Deren Zielsetzung und Zielgruppe wurden bereits im Kapitel 2.2 dargestellt. An dieser Stelle wird dem noch ein kurzer Überblick zu den Bildungsinhalten mit Themen der sexuellen Gesundheit hinzugefügt, durch die Bewohnende im Rahmen ihrer Ausbildung auf ein selbstständiges Leben vorbereitet werden. Der Lehrplan der Wohnschule¹⁰ sieht als Themen den *Zugang zum eigenen Körper/Hygiene* und die *Thematik HIV/Aids* vor. Sie werden methodisch-didaktisch für den Unterricht aufbereitet. Auf alle anderen Themen wird reaktiv im Unterricht eingegangen oder sie werden auf Wunsch der Bewohnenden im Zweiergespräch mit ihrer Ansprechperson beim wöchentlichen Treffen angesprochen. Je nach Thematik und Bedürfnis erfolgt eine Triage an geeignete Fachpersonen bzw. Fachstellen (z. B. Psychologen, Frauenärztin, Fachstelle sexuelle Gesundheit). Auffällig ist, dass allgemein Themen zu Liebe, Partnerschaft und Sexualität sowie das Thema Prävention von sexueller Gewalt im Lehrplan fehlen.

2.3 Ethische Grundlagen und Qualitätsstandards des Forschungsprojekts

Als ethische Grundlage des hier vorliegenden Forschungsprojekts dient der «Fähigkeitenansatz» der bekannten Rechtsphilosophin Martha Nussbaum (2010). Dieser Ansatz wurde gewählt, da er anschlussfähig an die normativen Grundlagen der Menschenrechte ist. Nussbaum hat den Gerechtigkeitsansatz von John Rawls und Amartya Sen weiterentwickelt und sich mit der Frage nach dem guten Leben für das Individuum beschäftigt. Ihr Ansatz bezieht explizit die Situation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ein sowie auch deren Anspruch, ein gerechtes Leben führen zu können. Sie sieht die Gerechtigkeit gegenüber Menschen mit körperlichen oder geistigen Behinderung als eines der drei Probleme der sozialen Gerechtigkeit. Noch heute werden diese Menschen «nicht als Bürgerinnen und Bürger anerkannt, für die das Prinzip staatsbürgerlicher Gleichheit gilt» (Nussbaum, 2010, S. 14). Des Weiteren weist sie darauf hin, dass für diese Menschen oft der Zugang zu Bildung, Ausbildung, Gesundheitsversorgung sowie zu politischen Rechten und Freiheiten bzw. gleicher Staatsbürgerschaft

¹⁰ Zum Beispiel der Lehrplan der Wohnschule von pro infirmis in Aarau.

fehlt (S. 14). Nach Nussbaum (2010) kann dieses Problem nur gelöst werden, wenn ein neues Verständnis von Bürgerschaft und sozialer Kooperation entsteht, verbunden mit einer neuen Wertschätzung des «Care» als sozialem Grundgut (S. 14). Sie schlägt für die Lösung einen Fähigkeitenansatz (Capability Approach) vor, in dem die menschlichen Fähigkeiten, das heisst, was Menschen in der Lage sind zu tun, im Mittelpunkt stehen. Sie konkretisiert weiter: «Ebenfalls auf der Grundlage der intuitiven Idee der Menschenwürde bin ich [...] der Ansicht, dass die entsprechenden Fähigkeiten für jede einzelne Person angestrebt werden sollten, um jede als Zweck und keine als blosses Mittel zu den Zwecken anderer zu behandeln.» (Nussbaum, 2010, S. 105) Das Ziel ist ein menschenwürdiges Leben, das beinhaltet, dass jeder Mensch einen Anspruch darauf hat, gewisse Grundfähigkeiten nach seinen Möglichkeiten ausleben zu können (vgl. Kap. 1.2). Fehlen diese Grundfähigkeiten, so kann nach Nussbaum nicht von einem guten Leben gesprochen werden. Diese Fähigkeiten sieht sie als Quelle politischer Prinzipien, welche von öffentlichen Institutionen gewährleistet werden sollten (Nussbaum, 2010, S. 105).

Als Richtgrösse staatlichen Handelns für die Umsetzung bzw. der erforderlichen Qualitätsstandards dienen die «General Comments» (dt. «Allgemeine Bemerkungen»). Diese bilden die Grundlage der UN-Vertragsorgane bei der Überprüfung der Realisierung der von den Staaten eingegangenen völkerrechtlichen Verträge. Die General Comments Nr. 14 in Bezug auf das Recht auf ein Höchstmass an Gesundheit, das in Artikel 12 des internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte formuliert ist, sieht folgende wesentliche und miteinander verbundene Kriterien zur Gewährleistung vor: *Verfügbarkeit* (Availability), *Zugänglichkeit bzw. Barrierefreiheit* (Accessibility), *Annehmbarkeit* (Acceptability) und *Qualität* (Deutsches Institut für Menschenrechte [DIMR], 2005, S. 285–290); als zusätzliches Kriterium wird *Partizipation* als Querschnittsanliegen der Behindertenrechtskonvention der hier vorliegenden Forschung zugrunde gelegt.

3 Forschungsdesign

Daniel Kunz, Irene Müller, Katharina Lechner, Manuela Käppeli

3.1 Partizipatorischer Forschungsansatz

Der partizipatorische Forschungsansatz fordert den aktiven Einbezug von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, um bedürfnisadäquate Unterstützungssysteme für die Betroffenen zu konzipieren (Gabriele Antener & Stefania Calabrese, 2013, S. 2). Unter partizipatorischer Forschung versteht Petra Flieger (2012) «den Anspruch der Teilhabe auf wissenschaftliche Forschung zu übertragen» (zit. in Stephanie Goeke & Dagmar Kubanski, 2012, S. 2). Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden dabei als Expertinnen und Experten in eigener Sache verstanden und es werden ihnen Einflussmöglichkeiten eingeräumt (Tobias Buchner, Oliver Koenig & Saskia Schuppener, 2011, S. 8). Unter dieser Forschungsperspektive arbeiten sie auf zwei Ebenen mit: zum einen als Befragte und zum anderen als vollwertige Mitglieder der Begleitgruppe, wobei niemand von ihnen gleichzeitig auf beiden Ebenen einbezogen ist (Buchner, Koenig & Schuppener, 2011, S. 4). Der Einbezug von Menschen mit kognitiven Einschränkungen erfordert eine Anpassung des Forschungsdesigns entlang der Fähigkeiten und Bedürfnisse der Zielgruppe (Antener & Calabrese, 2013, S. 2). Diese Tatsache wurde in verschiedenen Teilen des Forschungsdesigns berücksichtigt. Zum einen gehörten der Begleitgruppe auch Menschen mit kognitiven Einschränkungen an. Zum anderen wurde im qualitativen Teil des Forschungsprojekts die Akteurgruppe aktiv in den Forschungsteil entsprechend ihrer Möglichkeiten einbezogen und ihre eigenen Bedürfnisse wurden in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit erhoben. In Anlehnung an Goeke & Kubanski (2012) war das Ziel, eine Forschung für, mit und von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durchzuführen (S. 6).

3.2 Quantitativer Teil

3.2.1 Datenerhebung

Das Ziel der quantitativen Erhebung war, nach der Schliessung der Fachstelle Behinderung und Sexualität (fabs) einen Überblick über vorhandene öffentliche Angebote und Dienstleistungen zu Themen der sexuellen Gesundheit für erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Deutschschweiz zu erhalten. Dazu wurde ein halbstandardisierter computergestützter Fragebogen erstellt, der nach den fünf menschenrechtsbasierten Grundkriterien von *Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit, Qualität* und *Partizipation* aufgebaut war.¹¹ Untersuchungsgegenstand waren auf dem Hintergrund des gesellschaftlichen Auftrags von Organisationen im Behinderten-, Gesundheits- und Sozialbereich deren Angebote der *Bildung, Beratung* und *Begegnung* (vgl. Kap. 2.2.2). Bevor die Erhebung startete, führte das Forschungsteam einen Pretest durch. Dieser Pretest wurde Fachleuten vorgelegt, welche dem Forschungsteam eine Rückmeldung auf den Fragebogen gaben. Aufgrund dieser Rückmeldungen wurden diverse Anpassungen vorgenommen. Im Mai und Juni 2013 fand die Datenerhebung mithilfe einer Onlinebefragung bei 215 Einrichtungen in der Deutschschweiz statt. Als Anreiz zum Ausfüllen des Fragebogens gab es unter Berücksichtigung der Anonymität der Teilnehmenden eine Verlosung von zehn Fachbüchern.

3.2.2 Beschreibung der Stichprobe

Bei den insgesamt 215 adressierten Einrichtungen handelte es sich um *öffentlich zugängliche Angebote* in den Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe, der Opfer- bzw. Täterberatung und der sexuellen Gesundheit. Sie verfügen über ein ausgewiesenes gesellschaftliches Mandat zur Bearbeitung von Themen der sexuellen Gesundheit (vgl. Kap. 2.1.2 und 2.2.2). Die vorliegende Untersuchung erfasst sämtliche kantonale anerkannten Beratungs- und Familienplanungsstellen sowie alle Opferberatungsstellen der Deutschschweizer Kantone und ist daher gleichbedeutend mit einer Vollerhebung in diesen beiden Bereichen. Im Bereich der Behindertenhilfe wurden alle Beratungsstellen der pro infirmis sowie ausgewählte weitere Dienstleistungsangebote angeschrieben. Aufgrund der Vielgestaltigkeit der ambulanten Angebote in diesem Bereich bietet die vorliegende Untersuchung jedoch keine Vollerhebung. Zudem wurden vorhandene öffentlich zugängliche Täterberatungen in Auswahl befragt. Die Rücklaufquote aller Befragungen lag mit 60 retournierten Fragebögen bei 28 Prozent (n=60). Für eine

¹¹ Der Fragebogen kann beim Projektleiter angefordert werden.

Onlinebefragung liegt der Rücklauf damit in der Spanne der durchschnittlich erwarteten Rücklaufquote von 5 bis 40 Prozent (vgl. Nikolaus Jakob, Harald Schoen & Thomas Zerback, 2009, S. 66). Aufgeschlüsselt auf die drei Teilbereiche lag die Rücklaufquote für Einrichtungen der sexuellen Gesundheit bei 51,7 Prozent (n=31), für die Behindertenhilfe bei 26,6 Prozent (n=16) und für die Opfer- bzw. Täterberatung bei 15 Prozent (n=9). Vier der Einrichtungen gaben nicht an, zu welchem Teilbereich sie gehören (6,7 Prozent). Je nach abgefragtem Item variiert die Anzahl Stellen zwischen n=13 und n=60.

3.2.3 Datenauswertung

Die Umfrage wurde mithilfe des Programms EvaSys erstellt und ausgewertet. EvaSys ist eine webbasierte Software für die automatische Auswertung von Fragebögen. Es enthält ein integriertes System für Onlineumfragen, das den gesamten Prozess von der Fragebogengestaltung über die elektronische Datenerfassung bis zur grafischen Ergebnisdarstellung in einem automatischen Reporting verbindet (EvaSys, 2014). Nach der Auswertung wurde eine kommunikative Validierung der Daten in der Begleitgruppe vorgenommen und diese entsprechend im Ergebnisbericht berücksichtigt.

3.3 Qualitativer Teil

Im Anschluss an die erste Phase des Forschungsprojekts, in der eine quantitative Erhebung zum gegenwärtigen Stand von öffentlich zugänglichen Angeboten sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Deutschschweiz stattfand, erhob die zweite Phase qualitativ deren Bedürfnisse zu inhaltlichen und strukturellen Angeboten sexueller Gesundheit. Dies erfolgte im Zeitraum von April bis Dezember 2014. Der Grundgedanke dieses Forschungsabschnitts basiert auf den Artikeln 16 (2), 21 a, 23 b und 25 a der BRK, indem unabhängig von einer Behinderung ein gleichberechtigter Zugang zu Informationen und Hilfsangeboten zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gewährleistet werden soll (vgl. Kap. 1.2). Diese Angebote sollen dieselbe Qualität haben, annehmbar sein und auf demselben Standard zur Verfügung gestellt werden wie für die Allgemeinheit.

3.3.1 Datenerhebung

Die Datenerhebung erfolgte mit drei unterschiedlichen qualitativen Erhebungsmethoden: Fokusgruppen, Bildergeschichte als Stimuli und Knowledge Mapping zur Ordnung und Strukturierung des Gesagten sowie als Ergebnissicherung.

- **Fokusgruppen**

Gemäss Mike Ruef (2008, S. 650–652) werden unter Fokusgruppen Gruppen-diskussionen verstanden, welche mit einer beschränkten Teilnehmendenzahl zu einem oder mehreren Themen durchgeführt werden. Wie schon der Name Gruppendiskussion sagt, soll dieses Erhebungsverfahren eine Diskussion unter den Teilnehmenden ermöglichen. Fokusgruppen geben auch gesellschaftlich benachteiligten Menschen eine Möglichkeit, ihre Bedürfnisse gegen aussen zu kommunizieren. Auf diese Weise können die Realitäten und Lebensumstände mit den differenten Individualbedürfnissen der Teilnehmenden im Forschungsvorhaben berücksichtigt werden. Dafür werden Rahmenbedingungen für eine offene, vertrauensvolle und die Intimsphäre schützende Atmosphäre geschaffen. Mithilfe geeigneter Erhebungsverfahren wurden im vorliegenden Forschungsprojekt die qualitativen Daten in der Sprache der Teilnehmenden erhoben und ihre Bedürfnisse hinsichtlich von Angeboten erfasst, die sie in ihren Rechten auf Verwirklichung sexueller Selbstbestimmung stärken und in ihrer Autonomie respektieren. Die Teilnehmenden wurden ermutigt, sich mit ihren Erfahrungen zu Angeboten sexueller Gesundheit auseinanderzusetzen und eigene Bedürfnisse zu solchen Unterstützungsangeboten zu formulieren. Die Fokusgruppen wurden von jeweils zwei Mitgliedern des Forschungsteams moderiert.

- **Bildergeschichten**

Die vorbereitete Bildergeschichte war ein Stimulus, um die Diskussion – unabhängig von der Veröffentlichung persönlicher Erfahrungen der Beteiligten – anzuregen und ihre Bedürfnisse im Hinblick auf Angebote sexueller Gesundheit zu erfassen. Hemma Mayrhofer und Anna Schachner (2013, S. 5) weisen darauf hin, dass der Einbezug unterschiedlicher Materialien die Erzählbereitschaft erhöht und einen ungezwungenen Einstieg schafft. Sie machen den Vorschlag, mit Fotos als Art «Eisbrecher» zu arbeiten. In diesem Forschungskontext wurde dies mithilfe von Comic-Bildern, die zur Geschichte gezeigt wurden, realisiert. Die Geschichte wurde in leichter Sprache vorgetragen. Denn gemäss Marianne Hirschberg (2012) ist es wichtig, dass für die Zielgruppe angemessene Instrumente sowie leichte Sprache¹² verwendet werden. Die hier verwendete Geschichte stammt aus dem in der Behindertenhilfe verbreiteten Aufklärungsmanual «Herzfroh» von Aiha Zemp. Die Geschichte spricht dabei

¹² Gemäss Valentin Aichele (2014, S. 19) bezeichnet leichte Sprache eine verständliche Sprache, welche bestimmte Anforderungen erfüllt. Sie richtet sich nach festgelegten Regeln und nutzt einfache Worte sowie kurze Sätze. Leichte Sprache richtet sich an alle Personen und nicht nur an eine gesellschaftlich abgrenzbare Gruppe.

eine breite Palette von Themen im Bereich Partnerschaft, Sexualität und sexueller Gesundheit an. Die dazugehörigen Bilder sollen das einfache Verstehen der Geschichte weiter fördern. Die Hauptgeschichte umfasste die Erzählung der Liebesgeschichte eines heterosexuellen Paares mit den Namen Marina und Sven. Folgende Themen wurden dabei angesprochen: sich kennenlernen, etwas unternehmen, Verliebtheit, Selbstbefriedigung, Verhütung, Schutz vor HIV/STI, Geschlechtsverkehr, Wunsch, Zusammenwohnen, erste gemeinsame Wohnung, Alltag, streiten, sich versöhnen und Kinderwunsch.

Nach der Diskussion der ausgewählten Themen der Hauptgeschichte wurden drei weitere kurze Geschichten vorgestellt, welche die Themen sexuelle Orientierung, sexuelle Gewalt und kein Interesse an Beziehung und/oder Sexualität aufgriffen. Für die Gruppendiskussionen wurden von den Teilnehmenden die Geschichten von Yvonne, die sich in Anita verliebt hat (sexuelle Orientierung), und Claudia, die Opfer von sexueller Belästigung am Arbeitsplatz wurde (sexuelle Gewalt), ausgewählt.

• **Knowledge Mapping**

Um die Diskussion klarer ordnen, strukturieren und visualisieren zu können, wurde bei der Erhebung auf eine weitere Methode, das Knowledge Mapping,

Abbildung 2: Bildergeschichte «heterosexuelles Paar Marina und Sven»



zurückgegriffen. Diese Methode kann als Kombination zwischen Erhebung und Auswertung gesehen werden (Corinna Pelz, Annette Schmitt & Markus Meis, 2004, S. 4). Das Knowledge Mapping beinhaltet das Erstellen einer Focusgroup Illustration Map (FIM). So wurden bereits bei der Durchführung der Fokusgruppen die Antworten nach festgelegten Regeln auf Kärtchen protokolliert und strukturiert dargelegt. Dabei entstand jeweils zu jedem diskutierten Thema eine eigene Map, welche die Aussagen der Teilnehmenden erfasste. Diese Maps dienen der Visualisierung des Gesagten, wie es Antener und Calabrese (2013, S. 8) in der Diskussion mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen vorschlugen. Dabei übernahm jeweils die Co-Moderatorin bzw. der Co-Moderator das Protokollieren und Zuordnen der Aussagen. Erste Ergebnisse konnten so bereits in der Erhebung erarbeitet und später auch in die Diskussion einbezogen werden. So dienen die erstellten Maps auch zur ersten kommunikativen Validierung der Ergebnisse (vgl. Pelz, Schmitt & Meis, 2004, S. 2). Die besprochenen Themen der Hauptgeschichte und der drei kürzeren Geschichten wurden nach unterschiedlichen Farben sortiert. Damit konnten die dazugehörigen Rückmeldungen entsprechend dieser farblichen Ausgestaltung hinterlegt werden. Das Knowledge Mapping zum Thema «Verliebtheit» gestaltete sich wie folgt:

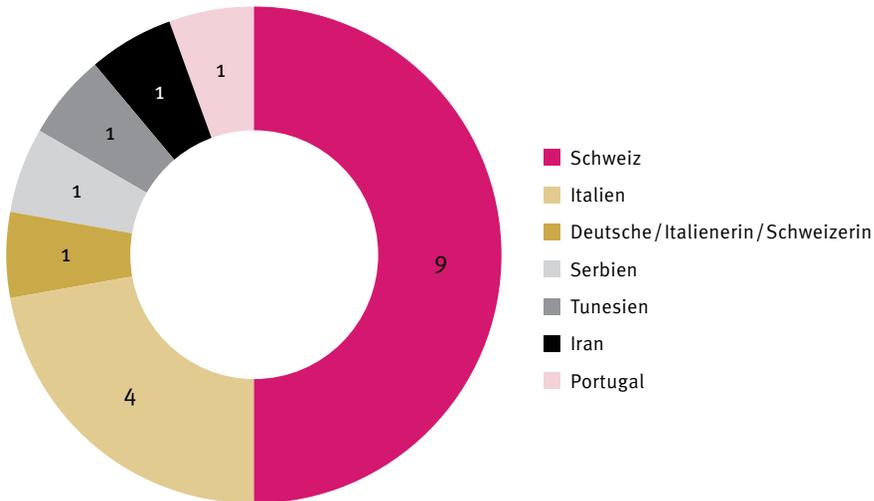
Abbildung 3: Focusgroup Illustration Map «Verliebtheit»



3.3.2 Beschreibung der Stichprobe

In diesem Forschungsteil standen Menschen im Fokus, die eine Wohnschule der pro infirmis besuchen, die sie auf das selbstständige Leben und Wohnen vorbereitet. Die Wohnschulen richten sich an Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bzw. Lernbehinderungen ab 18 Jahren, die ein Interesse am selbstständigen Wohnen haben und die Bereitschaft mitbringen, Neues zu lernen (pro infirmis, 2014). Die Teilnehmenden leben dort in teilweise begleiteten Wohngruppen mit integriertem Bildungs- und persönlichem Beratungsangebot. Gemäss Aussagen der Wohnschulen sind Themen der sexuellen Gesundheit Bestandteil ihres Bildungsangebots. Die Teilnehmenden der qualitativen Erhebung bringen daher bestimmte Vorkenntnisse mit (vgl. Kap. 2.2.2).

Die Gruppeninterviews wurden in zwei verschiedenen Wohnschulen der pro infirmis in der Deutschschweiz durchgeführt. Es waren drei Fokusgruppen mit insgesamt achtzehn Personen. Die Gruppengrösse orientierte sich an den Vorschlägen der Fachliteratur (Ruef, 2008, S. 653). Die Auswahl des Samplings für das Forschungsprojekt erfolgte durch die Mitarbeitenden der Wohnschulen. Bei zwei Gruppen fand eine Vollerhebung statt. Die dritte Gruppe setzte sich aus Wohnschülerinnen und Wohnschülern sowie vier Teilnehmenden zusammen, die bereits eine eigene Wohnung hatten und sich deshalb in der betreuten Anschlussphase befanden. Auf die Samplingauswahl konnte dahingehend Einfluss genommen werden, dass die elf Männer und sieben Frauen eine geschlechterhomogene Gruppe von Männern und zwei geschlechterheterogene Gruppen bildeten. Die Altersstruktur der drei Fokusgruppen war heterogen. Das Durchschnittsalter betrug knapp über 27 Jahre; die jüngste Teilnehmerin war 18 und der älteste Teilnehmer 51 Jahre alt. Die kulturelle und soziale Herkunft der Teilnehmenden war unterschiedlich.

Abbildung 4: Verteilung des kulturellen Hintergrunds der Teilnehmenden**Total Teilnehmende** (n=18)

Die kognitiven Beeinträchtigungen der Teilnehmenden waren sehr unterschiedlich. Die Forschungsanlage trug dem Rechnung und hat allen erlaubt, der Diskussion zu folgen und sich einzubringen. Aus den Schilderungen der Teilnehmenden war ersichtlich, dass einige von ihnen in einer Beziehung leben oder zumindest Erfahrungen mit Beziehungen bzw. Partnerschaften haben. Eine Teilnehmerin beschrieb sich bei der Vorstellungsrunde selbst als lesbisch.

3.3.3 Datenaufbereitung

Die Gruppendiskussionen wurden als Audioaufnahmen, die Focusgroup Illustration Map im Anschluss an die Diskussion durch Fotografie dokumentiert. Die Feldnotizen wurden bei der Abschlussbesprechung nach der Erhebung erweitert und anschließend aufbereitet. Die Zusammenfassung der Audioaufnahmen erfolgte mithilfe eines paraphrasierenden Protokolls, um der zusammenfassenden Auswertungsmethode der Inhaltsanalyse möglichst ökonomisch zu entsprechen. Das paraphrasierende Protokoll leitete einzelne Kodierelemente in eine knappe, auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form ab und bildete sogenannte Paraphrasen. In diesem Schritt wurden somit bereits die nicht inhaltstragenden Elemente weggelassen sowie eine einheitliche Formulierung der Paraphrasen (grammatikalische Kurzform) vorgenommen (Philipp Mayring, 2010, S. 69).

3.3.4 Datenauswertung

Die Auswertung fand mit der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) statt. Die Zusammenfassung reduzierte das Material dahingehend, dass die wesentlichen Inhalte erhalten und ein überschaubarer Text bestehen blieb. Auch flossen die Feldnotizen und die Fotoaufnahmen der Focusgroup Illustration Map in die Auswertung ein. Mithilfe des paraphrasierenden Protokolls konnten die ersten Schritte der Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) direkt ab Aufnahme vollzogen werden. Hierauf erfolgte die Festlegung des Abstraktionsniveaus dieser ersten Reduktion, die alle Paraphrasen dieses Abstraktionsniveaus verallgemeinert. Mithilfe einer zweiten Reduktion wurde ein Kategoriensystem erarbeitet, das zum Schluss am Ausgangsmaterial überprüft wurde. Die pro Gruppe jeweils gebildeten Kategoriensysteme wurden miteinander verglichen und verallgemeinert, um fallübergreifend geltende Ergebnisse generieren zu können. Die Analyse wurde computergestützt mit MAXQDA vorgenommen.

3.4 Kommunikative Validierung

In beiden Teilen des Forschungsprojekts fand die kommunikative Validierung der Ergebnisse statt. Kommunikative Validierung ist der Versuch, Interpretationsergebnisse des gewonnenen Datenmaterials durch erneutes Befragen der Interviewten zu überprüfen (Siegfried Lamnek, 2005, S. 155). Die Ergebnisse des quantitativen Teils wurden mit der Begleitgruppe kommunikativ validiert, die Ergebnisse des qualitativen Teils zusätzlich noch mit den in den Fokusgruppen beteiligten Wohnschüler_innen und den Mitarbeitenden der Wohnschule. Dabei standen zur Absicherung der Ergebnisse (Mayring, 2002, S. 147) die Stimmigkeit und Gültigkeit sowohl des Forschungsvorgehens wie der gewonnenen Daten im Fokus (Lamnek, 2005, S. 155).





Quantitativer Teil



4 Ergebnisdarstellung quantitativer Teil

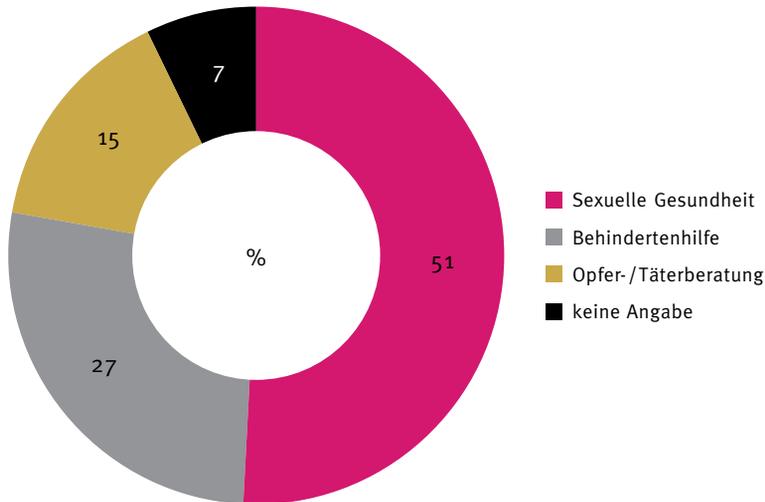
Katharina Lechner, Irene Müller und Daniel Kunz

Im quantitativen Teil des Forschungsvorhabens wurde im Zeitraum Mai bis Juni 2013 ermittelt, welche öffentlich zugänglichen und barrierefreien Angebote und Dienstleistungen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Bereich der sexuellen Gesundheit in der Deutschschweiz existieren.

4.1 Teilnehmende Stellen und ihre Zuständigkeit

Aufgrund des gesellschaftlichen Mandats werden die meisten öffentlich zugänglichen Angebote zu sexueller Gesundheit mit Fokus auf Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Sozial- und Gesundheitsbereich im Rahmen der Behindertenhilfe, der Opfer- bzw. Täterberatung und von Organisationen¹³ der sexuellen Gesundheit durchgeführt. Über die Hälfte der Rückläufe, das heisst 51 Prozent, stammt aus dem letztgenannten Bereich, 27 Prozent entstammen der Behindertenhilfe und 15 Prozent entfallen auf die Opfer- bzw. Täterberatung. 7 Prozent gaben keine Zuständigkeit an.

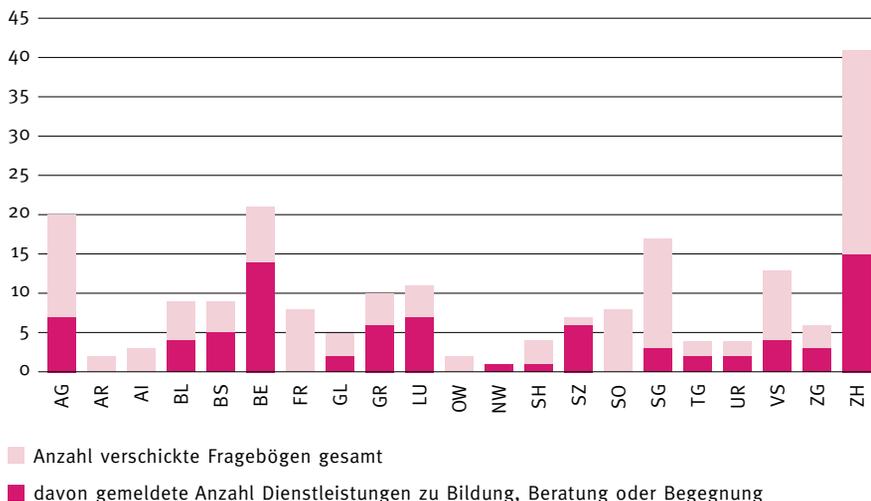
¹³ Im Rahmen dieser Auswertung werden die Termini *Organisation* und *Institution* gleichwertig verwendet. Dies geschieht einerseits vor einem Alltagssprachlichen Hintergrund, der keine saubere Differenzierung vornimmt. Andererseits geschieht dies vor dem Hintergrund, dass die befragten Stellen unsystematisch teilweise an öffentliche Institutionen angebunden sind oder als private Träger in deren Auftrag fungieren. Für die hier vorliegende Forschung ist eine konsequente Unterscheidung nicht zielführend.

Abbildung 5: Zugehörigkeit der teilnehmenden Stellen**Zugehörigkeit der teilnehmenden Stellen (n=60)****4.2 Geografische Zugehörigkeit**

Insgesamt haben Institutionen aus 16 der 21 Deutschschweizer Kantone an der Befragung teilgenommen. In der Auswertung fehlen somit Angaben zu spezifischen Angeboten in den beiden Halbkantonen Appenzell, in Freiburg, Nidwalden und Solothurn. Ob im Kanton Freiburg vor allem französischsprachige Angebote zu finden sind, wurde im Rahmen dieser Befragung nicht erhoben. Die 60 retournierten Fragebögen geben Aufschluss über 82 vorhandene Dienstleistungsangebote. Diese grössere Anzahl folgt aus der Tatsache, dass einzelne Einrichtungen mehr als nur ein Angebot im Bereich Bildung, Beratung und Begegnung angeben haben. Hier wird somit eine Ist-Einschätzung der antwortenden Stellen erhoben. Aus der unten stehenden Grafik wird ersichtlich, dass zwei deutliche Spitzen bezüglich Stellen mit entsprechenden Dienstleistungsangeboten in den Kantonen Bern und Zürich zu finden sind (pink eingefärbt).

Abbildung 6: Anzahl Dienstleistungsangebote in den Deutschschweizer Kantonen

Anzahl Dienstleistungsangebote zu Bildung, Beratung oder Begegnung innerhalb eines Kantons (n=56)



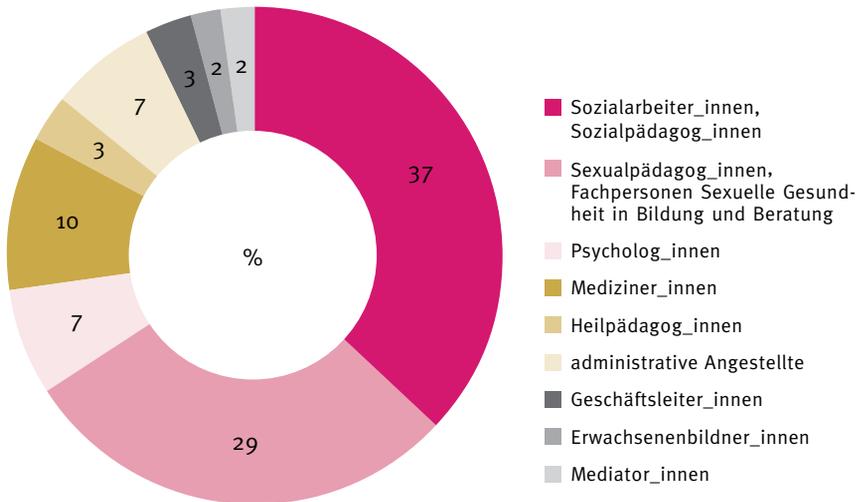
Grundsätzlich deckt die Angebotsstruktur einen Grossteil der Deutschschweiz ab. Ein Drittel der Dienstleistungen wird in grossen Städten mit über 100'000 Einwohnenden angeboten, immerhin 13 Prozent finden aber auch in kleineren Ortschaften mit bis zu 10'000 Einwohnenden statt (n=56).

4.3 Mitarbeitende

Die an der Erhebung beteiligten Einrichtungen leisten insgesamt über 10'500 Stellenprozente, also 105 Vollzeitäquivalente in der Behindertenhilfe, dem Bereich sexuelle Gesundheit sowie der Opfer- bzw. Täterberatung.

Berufsgruppen (eingeschränkt)

Die Bestandsaufnahme zielte nicht darauf ab, eine umfassende Übersicht über alle im Themenbereich Liebe, Partnerschaft, Sexualität und sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen tätigen Berufsgruppen zu erstellen. Es wurde einzig der Beruf der antwortenden Person abgefragt (n=41).

Abbildung 7: Berufsgruppen (eingeschränkt repräsentativ)**Berufsgruppen (n=41)**

Gut zwei Drittel der Fragebögen wurden von Sozialarbeiter_innen, Sozialpädagog_innen, Sexualpädagog_innen bzw. Fachpersonen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Heilpädagog_innen im Auftrag ihrer Institution ausgefüllt. Psycholog_innen, Mediziner_innen sowie administrative Angestellte gaben knapp ein Viertel der Antworten. Die restlichen Antworten entfielen auf Geschäftsleiter_innen und Personen mit einem beruflichen Hintergrund der Erwachsenenbildung bzw. Mediation.

Fachlichkeit der Mitarbeitenden

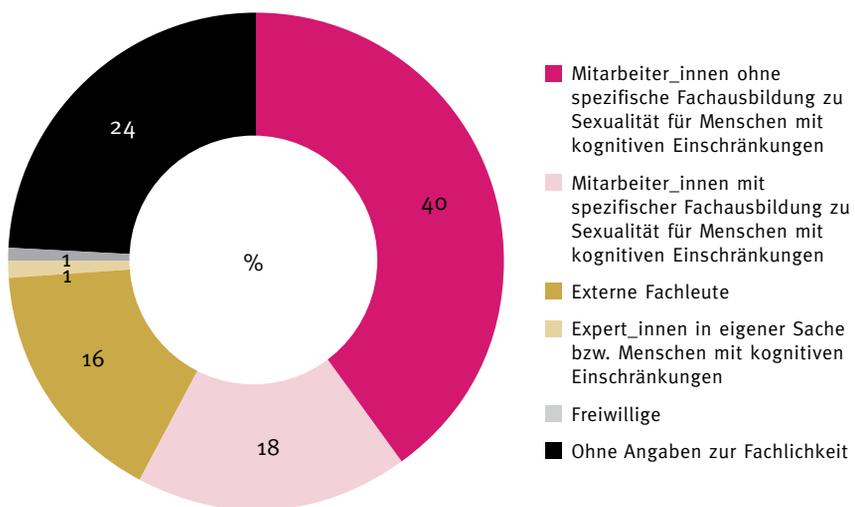
Die befragten Stellen wurden gebeten, die Durchführenden ihrer Angebote fachlich grob einzuordnen. Vorgegeben waren dazu folgende fünf Kategorien: Mitarbeitende *mit* bzw. *ohne* spezifische Fachausbildung zu Sexualität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, externe Fachpersonen, Expert_innen in eigener Sache und Freiwillige.

Die folgende Abbildung stellt das Ergebnis dar, dass 40 Prozent der Organisationen ihre Angebote mit Mitarbeitenden ohne spezifische Fachausbildung durchführen. Knapp 20 Prozent der Stellen setzen dafür Mitarbeitende mit spezifischer Fachausbildung ein. Hiervon entfallen 57,9 Prozent auf Fachausbildungen im Themenbereich Sexualität und sexuelle Gesundheit und 21,1 Prozent in heil-

pädagogischen Fachausbildungen. Ausserdem entfallen jeweils gut 10 Prozent auf Fachausbildungen in den Bereichen Soziale Arbeit mit Ausrichtung Sozialpädagogik und Fachausbildungen in psychosomatischer Medizin bzw. Psychotherapie. Externe Fachleute werden von 16 Prozent der Stellen beigezogen und je 1 Prozent setzt bei der Umsetzung der Angebote auch Expert_innen in eigener Sache und Freiwillige ein. Knapp ein Viertel der Organisationen hat keine Angaben zur Qualifikation gemacht.

Abbildung 8: Mitarbeitende nach Kategorie ihrer Fachlichkeit

Mitarbeitende nach Kategorie ihrer Fachlichkeit (n=60)

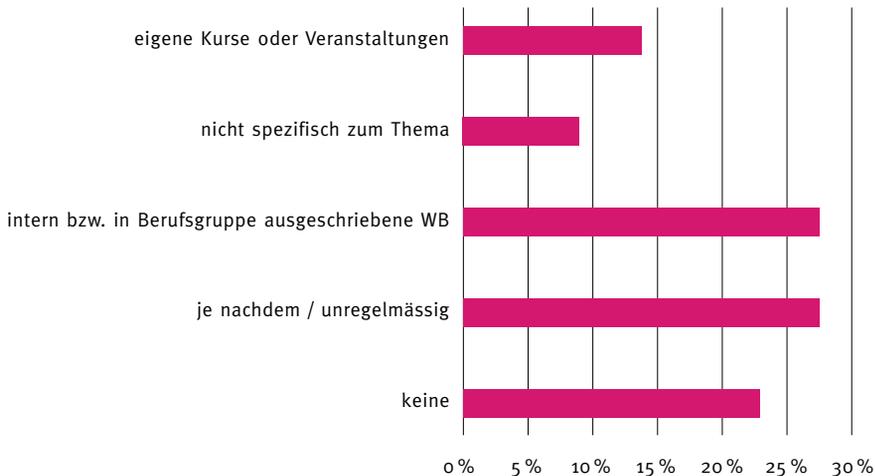


Qualitätssicherung und -entwicklung der Professionalität

Jährliche Weiterbildungen zu den Themen Liebe, Partnerschaft, Sexualität und sexuelle Gesundheit bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden offenbar nur selten von den Mitarbeitenden in Anspruch genommen. Dieses Bild kann jedoch verzerrt sein, da nur gut ein Drittel der beantworteten Fragebögen Informationen zur Frage nach jährlichen Weiterbildungen lieferten.

Abbildung 9: Jährliche themenspezifische Weiterbildungen zur Adressat_innengruppe Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Jährliche Weiterbildungen (n=22)



Demzufolge besucht die Hälfte aller Mitarbeitenden keine oder nur in unregelmässigen Abständen Weiterbildungen zum Thema. Dem stehen 14 Prozent derjenigen Mitarbeitenden gegenüber, die organisationseigene Kurse und Veranstaltungen zu Themen von Sexualität und Behinderung besuchen, die ihnen als Weiterbildung anerkannt werden. 27 Prozent der Mitarbeitenden besuchen intern bzw. innerhalb ihrer Berufsgruppe ausgeschriebene Weiterbildungen, die im lockeren thematischen Zusammenhang stehen. Die restlichen 9 Prozent gaben an, zwar jährliche Weiterbildungen zu besuchen, jedoch nicht spezifisch zum Thema Sexualität und Behinderung. Aus den Antworten wird ersichtlich, dass zwar viele Organisationen auf die kontinuierliche Weiterbildung ihrer Mitarbeitenden Wert legen, jedoch offenbar ein zu kleines Angebot an Weiterbildungen zu Themen von Sexualität und Behinderung besteht. Explizit formuliert das ein Kommentar aus der Onlinebefragung: «Ein Wunsch der Fachstelle wäre, dass spezifischere Weiterbildungen zu diesem Thema durch anerkannte Organisationen angeboten werden.»

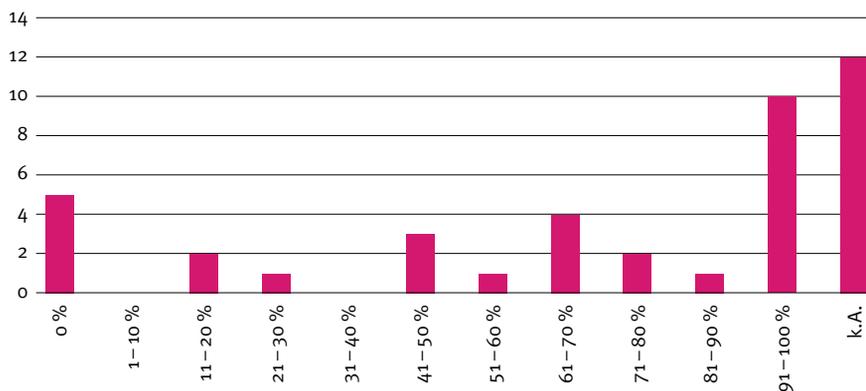
Expert_innen in eigener Sache

Ziel dieser Erhebung war auch, den Einbezug von Expert_innen in eigener Sache zu eruieren. Im Rahmen dieser Studie sind Mitarbeitende mit kognitiven Einschränkungen gemeint, die ihr Wissen und Können in die angebotenen Dienstleistungen einbringen. Entgegen den Erfahrungen im Pretest lässt die nachfol-

gende Auswertung der Umfrageergebnisse den Schluss zu, dass die Befragten den Begriff *Expert_innen in eigener Sache* unterschiedlich konzeptionieren. Aus diesem Grund sind die nachfolgenden Ergebnisse unter einer emischen Sichtweise zu betrachten, das heisst der Bedeutung, die die Befragten diesem Begriff zuschreiben.

Abbildung 10: Expert_innen in eigener Sache und Gesamtanstellungen

Anzahl Expert_innen in eigener Sache an den Gesamtanstellungen (n=41)



Unter dem Aspekt der Beteiligung von Expert_innen in eigener Sache wurden die tatsächlichen Anstellungen in den Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe, der sexuellen Gesundheit und der Opfer- bzw. Täterberatung abgefragt. Fünf Organisationen geben explizit an, keine Expert_innen in eigener Sache angestellt zu haben. Dem stehen zehn Einrichtungen gegenüber, die ausschliesslich Expert_innen in eigener Sache angestellt haben; sie befinden sich in den Kantonen Aargau, Bern, Luzern, Obwalden, Thurgau, Wallis und Zürich. Die oben stehende Abbildung zeigt, in welchem Umfang die übrigen teilnehmenden Organisationen sowohl Expert_innen in eigener Sache als auch andere Angestellte in unterschiedlichem Mass beschäftigen. Keine Angaben zur Anstellung von Expert_innen in eigener Sache machen zwölf Stellen.

4.4 Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen

4.4.1 Verfügbarkeit

Verfügbarkeit bedeutet nach menschenrechtsbasierten Kriterien das Zurverfügungstellen öffentlicher bzw. öffentlich geförderter wohnnaher Einrichtungen und Dienstleistungen für die Allgemeinheit, das heisst *auch* für Menschen mit kognitiven Einschränkungen und deren besondere Bedürfnisse (DIMR, 2005, S. 289). Im hier vorliegenden Kontext sind das beispielsweise Aufklärungskampagnen, Bildungsprogramme und Beratungsangebote zu sexueller Gesundheit sowie Begegnungsangebote (siehe auch die Artikel 16 [2], 23 [1] b und 25 a der BRK).

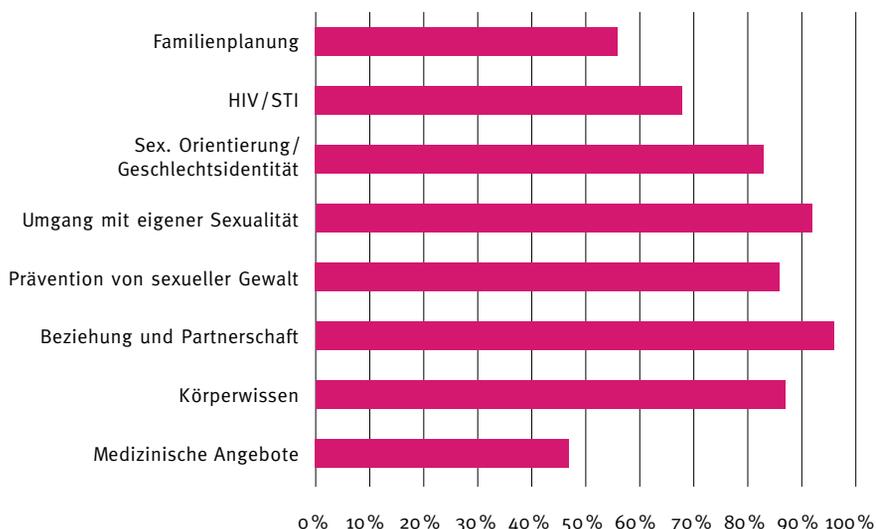
Etwa die Hälfte der teilnehmenden Einrichtungen konzeptioniert ihre Angebote zu sexueller Gesundheit für Zielgruppen aus dem eigenen Kanton. 74,5 Prozent dieser Einrichtungen geben an, dass sie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weitervermitteln, wenn kein eigenes Angebot existiert. Während über drei Viertel der Organisationen im Bereich Behindertenhilfe und sexuelle Gesundheit diese Praxis anwenden, tut dies nur ein Drittel der Opfer- bzw. Täterberatungsstellen. Bemerkenswert ist, dass etwa 10 Prozent der Stellen aus den Bereichen sexuelle Gesundheit wie auch Behindertenhilfe die Weitervermittlung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausschliessen. Insgesamt ziehen 11,8 Prozent der antwortenden Institutionen die Weitervermittlung in Betracht, wenn für die Betroffenen ein Angebot einer anderen Einrichtung in enger geografischer Nähe existiert. Dieser Praxis folgt insbesondere ein Drittel der Stellen der Opfer- bzw. Täterberatung.

Bildungsangebote

Laut Erhebung bieten 44,1 Prozent der antwortenden Institutionen Bildungsangebote an. Bildungsangebote zu sexueller Gesundheit stellen 50 Prozent der Einrichtungen der Behindertenhilfe, knapp 60 Prozent der Organisationen im Bereich sexueller Gesundheit und keine der Opfer- bzw. Täterberatungsstellen zur Verfügung. Verfügen die Institutionen über ein Bildungsangebot, so ist dies in nahezu allen Fällen ein Angebot zu «Beziehung und Partnerschaft», dicht gefolgt vom «Umgang mit eigener Sexualität». Knapp die Hälfte dieser Einrichtungen stellt darüber hinaus auch medizinische Bildungsangebote; zu diesem Item besteht jedoch eine deutlich geringere Response-Rate mit nur 19 von 27 Institutionen.

Abbildung 11: Bildungsangebote gesamt

Bildungsangebote (gesamt) (n=27)

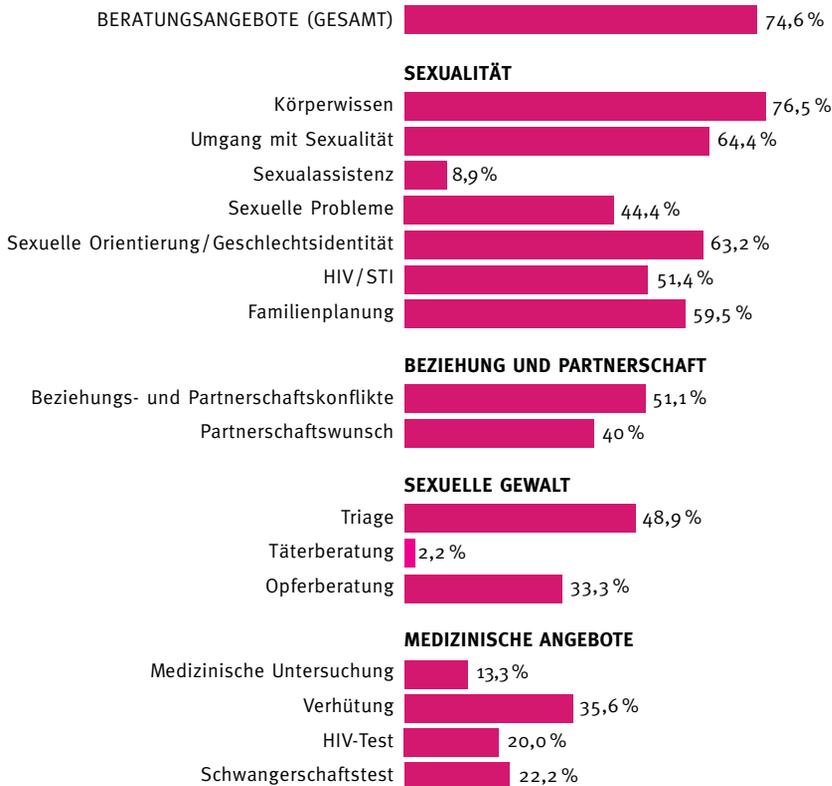


Zusätzlich zu den aus der Abbildung 11 ersichtlichen Bildungsangeboten wird der Parcours «Mein Körper gehört mir» angeboten.¹⁴ Ein Drittel der Bildungsangebote wird mit der Bereitstellung von Informationsmaterialien abgedeckt, knapp zwei Drittel der Angebote werden in angeleiteten Gruppen durchgeführt.

Beratungsangebote

Drei Viertel der antwortenden Institutionen geben an, Beratungsangebote zu verschiedenen Themen von Partnerschaft, Sexualität und sexueller Gesundheit zu führen (74,6 Prozent). Hierzu zählen alle Opfer- bzw. Täterberatungsstellen, über 80 Prozent der Stellen aus dem Bereich sexuelle Gesundheit und 50 Prozent der Einrichtungen der Behindertenhilfe; Beratungstätigkeit ist demnach ein Kernangebot aller drei Arbeitsfelder. Nach den vorliegenden Antworten werden am häufigsten Beratungen zu Körperwissen, zum Umgang mit Sexualität und zur sexuellen Orientierung bzw. zur Geschlechtsidentität durchgeführt, dicht gefolgt von Beratungsangeboten zu Familienplanung, Beziehungs- und Partnerschaftskonflikten sowie HIV/STI.

¹⁴ Dieser liefert Bildungsmaterialien zur Prävention von sexueller Gewalt für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Abbildung 12: Beratungsangebote gesamt**Beratungsangebote (gesamt) (n=45)**

Zudem werden junge Erwachsene mit kognitiven Einschränkungen auch zum Thema «Sexualität und Umgang mit neuen Medien» beraten. Weiter sind die Institutionen auch erste Anlaufstellen, die sexualpädagogische Materialien verleihen und ihre Klientel je nach ausgehandeltem Auftrag an entsprechende Stellen weitervermitteln; eine Einrichtung vermittelt auf Anfrage beispielsweise auch Sexualassistent_innen. Beratungen zu Themen von Sexualität, sexueller Orientierung und Partnerschaft, die im Zusammenhang mit sexueller Gewalt stehen, bietet eine weitere Institution an.

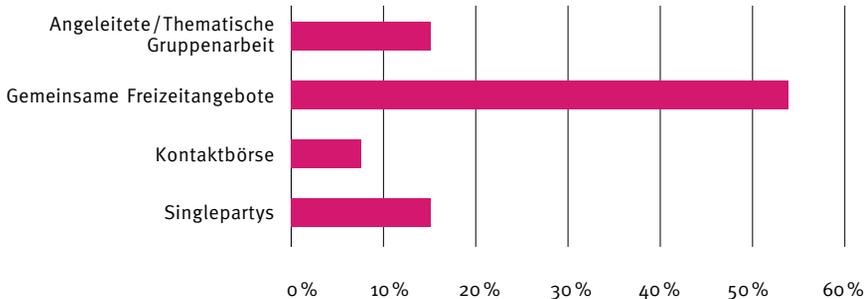
82,2 Prozent der Einrichtungen mit Beratungsangebot führen die Beratungen persönlich durch. Nahezu zwei Drittel der Stellen ermöglichen auch telefonische Beratungen und knapp über die Hälfte der Beratungsangebote können über E-Mail oder Social Media in Anspruch genommen werden.

Begegnungsangebote

16,1 Prozent der Institutionen bieten Begegnungsangebote; sie stammen alle aus dem Behindertenbereich.

Abbildung 13: Begegnungsangebote gesamt

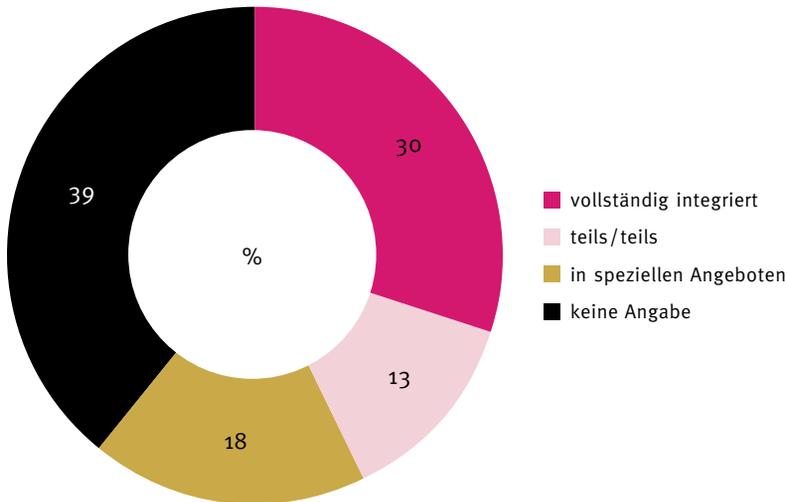
Begegnungsangebote (gesamt) (n=13)



Mit Abstand werden hier gemeinsame Freizeitangebote am häufigsten genannt. In der Regel sind dies Ferien- oder Bildungskurse. Jeweils etwas über ein Drittel der antwortenden Einrichtungen führen diese als offenen Treff bzw. als angeleitete Gruppe durch; davon werden 15,4 Prozent als Selbsthilfegruppen ausgewiesen. In den wenigsten Fällen werden Kontaktbörsen und Singlepartys angeboten. Auch werden Adressen von Fachpersonen für Freizeitangebote vermittelt.

Einbindung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Insgesamt geben fast 40 Prozent der Einrichtungen keine Auskunft darüber, wie oder ob sie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihre Regelangebote integrieren. Mindestens 30 Prozent geben an, integrierte Angebote für Menschen mit und ohne Behinderung anzubieten. Dies geht insbesondere aus den Antworten der Opfer- bzw. Täterberatungsstellen hervor, die flächendeckend vollständig integrierte Angebote durchführen. Daneben geben 18 Prozent der Einrichtungen an, spezielle Angebote für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durchzuführen. Dies ist in einem Fünftel der Organisationen der Behindertenhilfe der Fall. Über ein Drittel der Organisationen, die sich zur sexuellen Gesundheit zugehörig zählen, führen ebenfalls spezifische Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen durch. 13 Prozent der antwortenden Einrichtungen verfügen sowohl über integrierte als auch separate Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen.

Abbildung 14: Integration von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Regelangebote**Integration von Menschen mit geistiger Behinderung in die Regelangebote (n=60)**

Insgesamt haben in den Institutionen, die an der vorliegenden Erhebung teilgenommen haben, im Kalenderjahr 2013 über 10'000 Personen die Dienstleistungsangebote genutzt. Davon waren explizit 3,7 Prozent als Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ausgewiesen.

4.4.2 Qualität

Qualität bedeutet nach menschenrechtsbasierten Kriterien, dass die zur Verfügung gestellten Angebote kulturell akzeptiert, wissenschaftlich und von guter Qualität sind. Dies setzt unter anderem adäquat gebildete Fachkräfte und entsprechende Ressourcen voraus, damit sichergestellt werden kann, dass die Angebote und Dienstleistungen in derselben Qualität wie für die Allgemeinbevölkerung realisiert werden (DIMR, 2005, S. 290). Für den vorliegenden Kontext bedeutet dies, dass die Fachkräfte neben einem deutlichen Bewusstsein für ihre Verantwortung gegenüber den Anliegen und Bedürfnissen ihrer Zielgruppe auch über Ressourcen und spezifische Kompetenzen im beruflichen Umgang mit dem Thema Behinderung und Sexualität verfügen (siehe auch die Artikel 16 [2], 23 [1] b und 25 a der BRK).

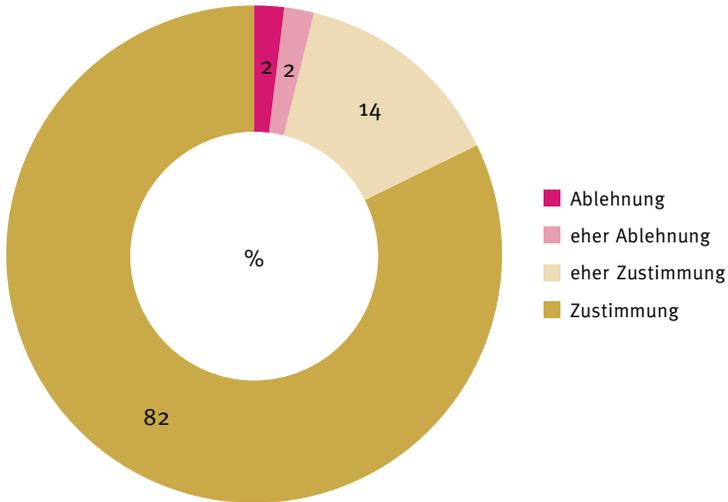
Werte und Überzeugungen

In der Bildungs-, Beratungs- und Begegnungsarbeit spielen Werte eine wichtige Rolle. Sie beeinflussen sowohl die Prinzipien der Angebotsgestaltung wie auch deren konkrete formal-inhaltliche Umsetzung. Arbeitsfeldübergreifend erhielten die Begriffe *Niederschwelligkeit*, *Fachlichkeit* und *Qualität* sowie *Selbstbestimmung/Freiwilligkeit* die häufigsten Nennungen als handlungsleitende Prinzipien der Angebotsgestaltung durch die antwortenden Organisationen.

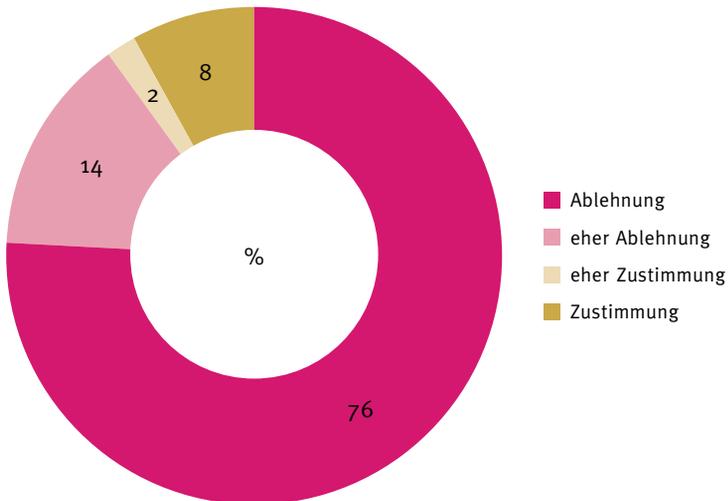
Zum anderen sind Werte auch Grundüberzeugungen, welche die Gestaltung der Angebote beeinflussen. Um in der Befragung sozial erwünschten Antworten vorzubeugen, wurden verschiedene Grundüberzeugungen hinsichtlich sexueller Selbstbestimmung ausformuliert und als Skalierungsfragen vorgegeben, um mögliche Ambivalenzen sichtbar zu machen. *Chancengleichheit* für Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist für 90 Prozent der Antwortenden ein wichtiger Wert. Einer *gleichberechtigten gesellschaftlichen Teilhabe* in diesem Bereich stimmen noch 83,7 Prozent unter allen Umständen und 16,3 Prozent grundsätzlich zu. Hier drückt sich Gleichberechtigung in einem Spektrum zwischen Selbst- und Fremdbestimmung aus. Daher wurde als vergleichende Dimension auch die Selbstbestimmung in Bezug auf Sexualität und Partnerschaft von Menschen mit kognitiven Einschränkungen erfasst. 4 Prozent der Rückmeldungen lehnen eine sexuelle Selbstbestimmung und freie Wahl von Partnerschaft eher bis entschieden ab, 14 Prozent stimmen ihr eher zu und 82 Prozent drücken ihre absolute Zustimmung zu dieser Selbstbestimmung aus. In entgegengesetzter Richtung denkend, lehnen 76 Prozent eine *Fremdbestimmung* in sexualitäts- und partnerschaftsbezogenen Fragen deutlich und 14 Prozent tendenziell ab. Dagegen stimmen 8 Prozent der antwortenden Institutionen in diesem Punkt einer Fremdbestimmung zu.

Abbildung 15: Spektrum der Ansichten zu Selbst- und Fremdbestimmung in Sexualität und Partnerschaft von Menschen mit kognitiven Einschränkungen durch Fachpersonen

Sexuelle Selbstbestimmung und freie Wahl von Partnerschaft (n=50)



Fremdbestimmung in sexualitäts- und partnerschaftsbezogenen Fragen (n=50)



4.4.3 Zugänglichkeit

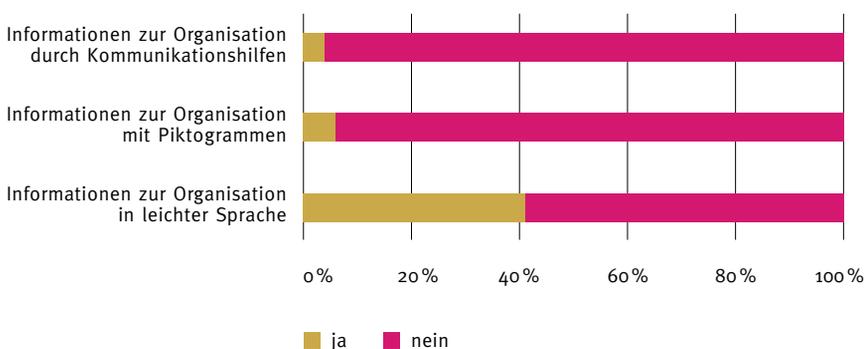
Zugänglichkeit von Informationen zur Organisation

Unter gleichberechtigtem Zugang ist nach Artikel 9 und 21 a der BRK nicht nur die Behebung umweltbedingter Barrieren an Bauten und im öffentlichen Verkehr gemeint, sondern auch hinsichtlich von Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Einrichtungen und Angeboten, die für die Öffentlichkeit bereitgestellt werden. Diese sollen für alle im Rahmen ihrer Möglichkeiten erschwinglich sein und ohne zusätzliche Kosten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zur Verfügung gestellt werden (vgl. auch DIMR, 2005, S. 289–290). Um auf der Grundlage eigener Meinung informiert handeln zu können, ist insbesondere der barrierefreie Zugang zu Informationen in einfacher Sprache zu Themen der sexuellen Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen bedeutsam, wie zum Beispiel Informationsmaterial und Broschüren zu Themen sexueller Gesundheit. Zudem sollen die Angebote und Dienstleistungen dem jeweiligen kognitiven Entwicklungsstand der Zielgruppenangehörigen angepasst sein.

Die nachfolgenden Ergebnisse zeigen, wie und inwiefern die antwortenden Einrichtungen solchen Anforderungen in Bezug auf Kommunikationshilfen, Piktogrammen und leichter Sprache nachkommen.

Abbildung 16: Zugänglichkeit von Informationen zur Organisation

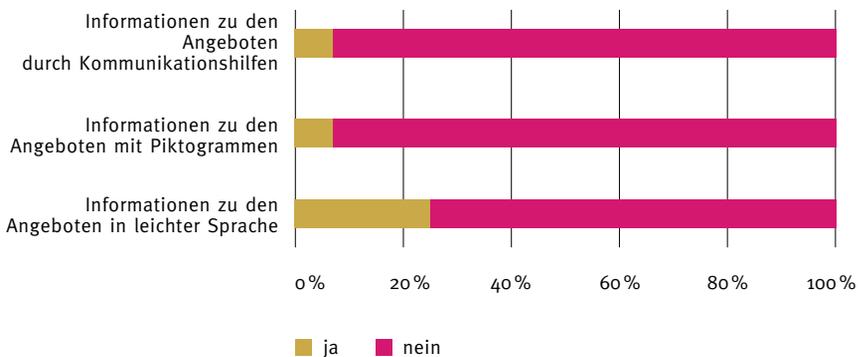
Zugänglichkeit von Informationen zur Organisation (n=45)



41,2 Prozent der antwortenden Einrichtungen geben Informationen zu ihrer Organisation in leichter Sprache. Mit Piktogrammen oder anderen Kommunikationshilfen arbeiten jeweils etwa 5 Prozent der Institutionen. Einige Einrichtungen verweisen darauf, dass entweder eine neue Website oder insgesamt einfache und verständliche Informationen vorgesehen sind und erarbeitet werden. Eine Organisation der Behindertenhilfe verfügt bereits über eine barrierefreie Website, die so gestaltet ist, dass eine visuelle Reizüberflutung vermieden und die Kommunikation mit Audiohilfen unterstützt wird. In anderen Fällen arbeiten kleinere Fachstellen auf Mandatsbasis und erhalten Anfragen über persönliche Kontakte bzw. bekommen Klient_innen zugewiesen, mit denen sie dann von sich aus Kontakt aufnehmen.

Abbildung 17: Zugänglichkeit von Informationen zu den Angeboten

Zugänglichkeit von Informationen zu den Angeboten (n=44)



Zugänglichkeit von Informationen zu den Angeboten

Ein ähnliches Bild bietet die Information zu den spezifischen Angeboten, die von den antwortenden Stellen durchgeführt werden. Sie stellen in knapp 25 Prozent die Informationen in leichter Sprache zur Verfügung. Jeweils rund 6 Prozent stellen das Informationsmaterial ihrer Angebote über Kommunikationshilfen oder Piktogramme dar. Eine Organisation zieht beispielsweise als Kommunikationshilfe mit gehörlosen Menschen Gebärdendolmetschende hinzu. Eine andere Stelle bemüht sich um leichte Sprache und Visualisierung dessen, worüber gesprochen wird, zudem werden bei Bedarf Begleitpersonen, Übersetzer_innen und Therapeut_innen engagiert. Teilweise werden einfache und verständliche Informationen zu den Dienstleistungsangeboten auf der Homepage der jeweiligen Dachorganisation kommuniziert, sodass Unterorganisationen darauf verweisen

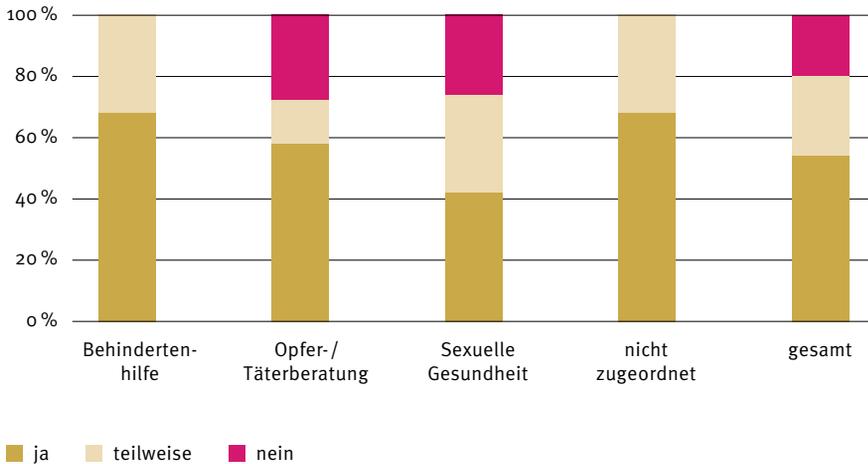
können. Andere Stellen haben spezielle Flyer konzipiert, die der Zielgruppe und Multiplikator_innen zur Verfügung stehen.

Zielgruppenspezifische Materialien

Zur Durchführung der einzelnen Angebote im Bereich sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitiven Einschränkungen wird auf verschiedene, zielgruppenspezifische Materialien und Hilfsmittel zurückgegriffen. Einige Stellen verfügen über keine spezifischen Materialien. Andere haben sich eine eigene Materialsammlung zusammengestellt, die als Anschauungsmaterial dient. Dabei kommen Stoffmodelle oder Puppen mit Geschlechtsorganen und andere, zum Teil selbst erstellte sexualpädagogische Materialien zum Einsatz, ohne dass dazu spezifischere Angaben gemacht werden. Im Zusammenhang mit sexualpädagogischen Materialien ist aber festzustellen, dass die Handreichungen «Herz froh» (Fachstelle Behinderung und Sexualität, fabs, 2007) und «Erklär mir Liebe» (insieme, 2003) in der Praxis verbreitet sind.

Barrierefreiheit der Räumlichkeiten

Über die Hälfte der befragten Stellen verfügt über *vollständig barrierefrei* zugängliche Räumlichkeiten für ihre Angebote: am häufigsten in der Behindertenhilfe, gefolgt von der Opfer- bzw. Täterberatung sowie den Organisationen sexueller Gesundheit. Weitere 28,6 Prozent geben eine teilweise barrierefreie Zugänglichkeit an. Dabei erstaunt, dass bei einem Drittel der antwortenden Einrichtungen aus der Behindertenhilfe die Angebote nur *teilweise* barrierefrei zugänglich sind. Dies trifft hingegen nur für 14,3 Prozent der Angebote von Opfer- bzw. Täterberatungsstellen sowie 29,6 Prozent der Angebote von Stellen aus dem Bereich der sexuellen Gesundheit zu. *Nicht barrierefrei* zugänglich ist jeweils gut ein Viertel der Angebote von Opfer- bzw. Täterberatungsstellen und Stellen und Einrichtungen der sexuellen Gesundheit. Einige Stellen haben sich keinem spezifischen Fachbereich zugeordnet, jedoch angegeben, dass auch sie volle oder teilweise Barrierefreiheit in ihren Räumlichkeiten sicherstellen.

Abbildung 18: Barrierefreiheit der Räumlichkeiten**Barrierefreiheit der Räumlichkeiten** (n=49)

Als weitere Dienstleistung bieten 2 Prozent der Stellen einen Hol- und Bring-service, in knapp einem Viertel der Einrichtungen ist dies auf Anfrage möglich. Teilweise wird dieses Angebot über Fahrdienste im Kanton abgewickelt bzw. es werden Taxikosten übernommen. Einige Stellen bieten an, ihre Angebote auswärts, extern oder in Form von Hausbesuchen durchzuführen, falls Mobilität oder Transport nicht anderweitig realisiert werden können.

Finanzierung

Bildungsangebote sind bei 58,3 Prozent der Behindertenhilfsorganisationen kostenpflichtige Dienstleistungen. Sie werden in der Regel mit einem fixen Beitrag berechnet, lediglich 17,6 Prozent der Stellen formulieren den Kostenbeitrag einkommensabhängig. Die Einrichtungen für sexuelle Gesundheit verlangen für ihre Bildungsangebote in 50 Prozent der Fälle einen Kostenbeitrag. Die antwortenden Opfer- bzw. Täterberatungen verfügen über keine Bildungsangebote.

Beratungsangebote sind mehrheitlich kostenlos, insbesondere wo Leistungsvereinbarungen mit Behörden bestehen. Hier verlangen 20,5 Prozent der Stellen einen Kostenbeitrag für ihre Beratungsleistungen. Diese Stellen sind alle der sexuellen Gesundheit zuzurechnen. Der Beitrag kann sowohl einkommensabhängig als auch fix sein. Eine der teilnehmenden Stellen unterscheidet auch beim Kriterium *einkommensabhängig* zwischen generell einkommensabhängig und einem

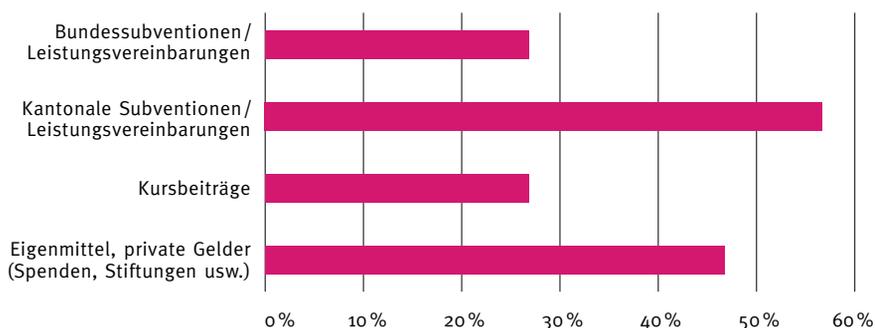
symbolischen einkommensabhängigen Beitrag zwischen einem und fünf Franken für Menschen, die mit dem Existenzminimum auskommen müssen.

Begegnungsangebote sind in der Regel kostenpflichtig und nicht einkommensabhängig gestaffelt. Hier werden nur 12,5 Prozent der Angebote gratis durchgeführt.

Die Angebote sind in der Regel nicht selbsttragend. Viele Einrichtungen verfügen daher über verschiedene und auch parallele Finanzierungsquellen. Über die Hälfte der Angebote ist durch Subventionen bzw. Leistungsvereinbarungen auf kantonaler Ebene sichergestellt. Etwa ein Viertel finanziert sich durch Bundessubventionen bzw. Leistungsvereinbarungen auf Bundesebene. Auch Kursbeiträge stellen für gut ein Viertel der antwortenden Einrichtungen eine Finanzierungsquelle dar. Nahezu die Hälfte verfügt ausserdem über Eigenmittel und private Gelder, zum Beispiel aus Spenden und Stiftungen. Von 18,3 Prozent der antwortenden Einrichtungen liegen keine Informationen zu ihren Finanzierungsquellen vor.

Abbildung 19: Finanzierung der Angebote

Finanzierung der Angebote (n=60)



Da viele Organisationen ihre Angebote durch Subventionen auf Bundes- und Kantonsebene finanzieren, lohnt sich ein genauerer Blick auf den tatsächlichen Finanzierungsanteil der öffentlichen Hand. Demnach werden Beratungsangebote zu 74 Prozent durch öffentliche Gelder finanziert. Deutlich geringer fällt der Finanzierungsanteil im Bereich der Bildungsangebote aus, wo knapp 47 Prozent des Budgets aus öffentlichen Geldern stammen. Noch geringer ist diese Quote bei Begegnungsangeboten, für die der Anteil von Bundes- und Kantonsgeldern bei gut 21 Prozent liegt.

4.4.4 Partizipation

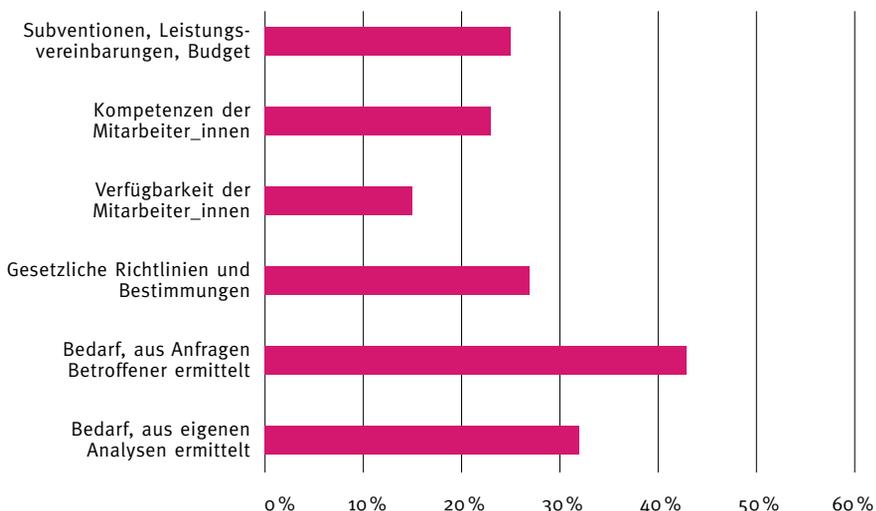
Partizipation ist einer der allgemeinen Menschenrechtsgrundsätze und formuliert im Kontext der Behindertenrechtskonvention, Menschen mit einer Behinderung in die Gesellschaft einzubeziehen und ihnen volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft zu gewährleisten (vgl. Artikel 3 BRK). Dies bedeutet beispielsweise in der hier untersuchten Situation, Menschen mit kognitiven Einschränkungen in die Entwicklung inklusiver oder separater Bildungs-, Beratungs- und Begegnungsangebote einzubeziehen. Partizipation trägt dazu bei, wirkungsorientierte und annehmbare Angebote und Programme für die Zielgruppenangehörigen zu schaffen.

Kriterien der Angebotszusammenstellung

Für die Zusammenstellung eines zielgruppenspezifischen Angebots zum Thema sexuelle Gesundheit sind der Bedarf und die vorhandenen Ressourcen ausschlaggebend. Drei Viertel der Einrichtungen gehen bedarfsorientiert vor: 43 Prozent erheben den Bedarf aus Anfragen Betroffener und 32 Prozent aus ihren eigenen Analysen; für knapp 27 Prozent der antwortenden Stellen sind gesetzliche Richtlinien und Bestimmungen massgebend. Die Realisierung von Angeboten hängt zudem von den zur Verfügung stehenden Ressourcen ab: Für 25 Prozent der antwortenden Einrichtungen stehen hier finanzielle Gesichtspunkte im Vordergrund, während für 23 Prozent der Stellen die Kompetenzen ihrer eigenen Mitarbeitenden bzw. zu 15 Prozent deren Verfügbarkeit das wichtigste Kriterium sind.

Abbildung 20: Kriterien zur Angebotszusammenstellung

Kriterien zur Angebotszusammenstellung (n=60)



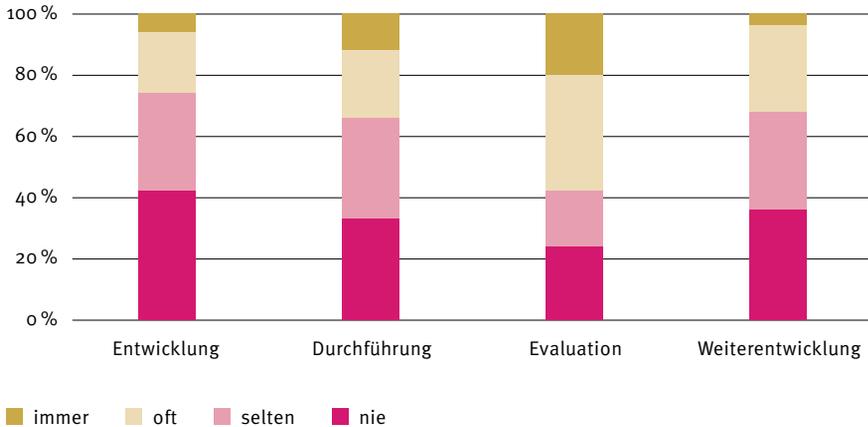
Einbezug der Zielgruppe bei der Angebotsentwicklung

Obwohl demnach eine erhebliche Anzahl der Einrichtungen Angebote anhand von Bedarfsanfragen Betroffener realisiert, werden in die konzeptionellen Überlegungen konkreter Angebote nur selten Personen aus der jeweiligen Zielgruppe eingebunden.

Ein Viertel der antwortenden Stellen gibt an, «immer» bzw. «oft» gemeinsam mit Zielgruppenangehörigen entsprechende Angebote zu entwickeln. Einrichtungen der Behindertenhilfe sind in Bezug auf die partizipative Einbindung ihrer Zielgruppen deutlich am aktivsten. So entwickeln sie 10 Prozent ihrer Angebote mit Personen aus der Zielgruppe und darüber hinaus ist die Zielgruppe in 18,2 Prozent auf irgendeine Art in die Durchführung der Angebote eingebunden. Einrichtungen der sexuellen Gesundheit beziehen die Zielgruppen in die Entwicklung für sie gedachter Angebote zu 50 Prozent «nicht», zu 30 Prozent «selten» und zu 16 Prozent «oft» oder «immer» ein. Damit steht dieses Arbeitsfeld nach der Behindertenhilfe an zweiter Stelle, was die Einbindung von Zielgruppenangehörigen bei der Angebotsentwicklung angeht. In der Opfer- bzw. Täterberatung ist eine Kooperation auf dieser Ebene mit 20 Prozent feststellbar.

Einbezug der Zielgruppe bei der Durchführung

Ein Drittel der antwortenden Stellen bezieht Personen aus der jeweiligen Zielgruppe in die Durchführung der Angebote mit ein. Es zeigt sich auch hier – bei der Aufteilung nach den einzelnen Arbeitsfeldern – ein ähnliches Bild wie bereits beim Einbezug der Zielgruppenangehörigen in die Angebotsentwicklung. Die Behindertenhilfe zeigt hier wiederum besonderes Engagement: 20 Prozent der Stellen geben an, Zielgruppenangehörige «immer» in die Angebotsdurchführung einzubeziehen. Bei weiteren 45 Prozent der Stellen ist das «oft» der Fall. In Einrichtungen der sexuellen Gesundheit sind es 40 Prozent der Stellen, die angeben, Zielgruppenpersonen nicht in die Angebotsdurchführung zu integrieren. Unverändert ist auch das Verhältnis bei der Opfer- bzw. Täterberatung, wo in 80 Prozent der Einrichtungen keine Einbindung von Zielgruppenpersonen in die Angebotsdurchführung stattfindet.

Abbildung 21: Einbezug der Zielgruppe in verschiedenen Stadien**Einbezug der Zielgruppe (n=40)*****Einbezug der Zielgruppe bei der Evaluation und Weiterentwicklung***

60 Prozent der antwortenden Einrichtungen geben an, bei der Evaluation ihrer Angebote Angehörige der jeweiligen Zielgruppe zu beteiligen. Auffällig ist hier im Vergleich zu den anderen Angebotsphasen, dass ein Drittel der Einrichtungen der Opfer- bzw. Täterberatungen Zielgruppenangehörige «oft» in die Evaluation einbindet. Die Behindertenhilfe bezieht in die Evaluation ihrer Angebote die Zielgruppenangehörigen in 40 Prozent «immer» und in weiteren 30 Prozent «oft» mit ein. Einrichtungen der sexuellen Gesundheit geben an, ihre Zielgruppe in 60 Prozent der Fälle «immer» bzw. «oft» in die Evaluation einzubeziehen.

Im Bereich der Weiterentwicklung vorhandener Angebote sinkt dieser Wert deutlich: Mehr als zwei Drittel der Stellen binden Personen aus der Zielgruppe «selten» oder «nie» in die Weiterentwicklung der Angebote ein. Selbst wenn die Behindertenhilfe ihre Zielgruppe auch bei der Weiterentwicklung ihrer Angebote grundsätzlich einbezieht, so geben doch 40 Prozent dieser Einrichtungen an, dies «selten» zu tun. In knapp drei Viertel der Einrichtungen im Bereich sexuelle Gesundheit findet eine Einbindung der Zielgruppenpersonen in die Angebotsweiterentwicklung nur «selten» oder «nie» statt; dasselbe Bild zeichnen alle Rückmeldungen aus dem Bereich der Opfer- bzw. Täterberatung.

4.4.5 Annehmbarkeit

Annehmbarkeit bedeutet nach menschenrechtsbasierten Kriterien die Achtung der anerkannten Normen zum Schutz der Menschenrechte, wie Vertraulichkeit und Schutz der Privatsphäre. Zudem beinhaltet diese die vorurteilsfreie Berücksichtigung der Kultur Einzelner, von Gemeinschaften und Minderheiten sowie die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Betroffenen (DIMR, 2005, S. 290). Dies bedeutet in der untersuchten Situation, dass die im Artikel 3 der BRK formulierten allgemeinen Grundsätze ausnahmslos auch für den Bereich der sexuellen Gesundheit gelten, sodass entsprechende Angebote und Dienstleistungen mithilfe adäquater Kommunikationsformen auch für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zugänglich, verständlich und diskriminierungsfrei sind (siehe auch die Artikel 16, 21 und 25 BRK).

Freiwilligkeit und Zuweisung

Bei einem Drittel der Einrichtungen kommen die Teilnehmenden freiwillig zu den Angeboten. Während ein Fünftel explizit keine Angabe dazu machen kann (diese Stellen rechnen sich ausschliesslich zur Behindertenhilfe und zu sexueller Gesundheit), bekräftigt nahezu die Hälfte der antwortenden Stellen, dass bei ihnen eine Zuweisung durch Institutionen oder Ämter erfolgt (n=48). Aufgeschlüsselt nach einzelnen Teilbereichen trifft «Zuweisung» als Grund für nahezu drei Viertel der Opfer- bzw. Täterberatungsstellen zu. Hier spielt insbesondere das Mandat der Opferberatungsstellen eine grosse Rolle. Bei rund 40 Prozent der Einrichtungen zu sexueller Gesundheit werden Angebotsteilnehmende durch andere Institutionen oder Ämter zugewiesen. Gut ein Viertel der teilnehmenden Organisationen aus der Behindertenhilfe führt Angebote mit von anderen Institutionen oder Ämtern zugewiesenen Teilnehmenden durch.

Kontaktaufnahme

Hier wurde abgefragt, wie Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen den Kontakt zu den Einrichtungen herstellen. Am häufigsten geschieht dies durch eine Betreuungsperson aus dem Wohnumfeld. Oft melden sich auch Familienmitglieder oder Partner_innen für die Betroffenen. Eher selten sind es die Betroffenen selbst, welche sich mit ihren Anliegen an eine der antwortenden Einrichtungen wenden. Noch seltener sind Kontaktaufnahmen durch Bekannte, gesetzliche Vertretende und Ärzt_innen.

Abbildung 22: Häufigkeit und Rolle der kontaktaufnehmenden Person

Häufigkeit und Rolle der kontaktaufnehmenden Personen (n=39)

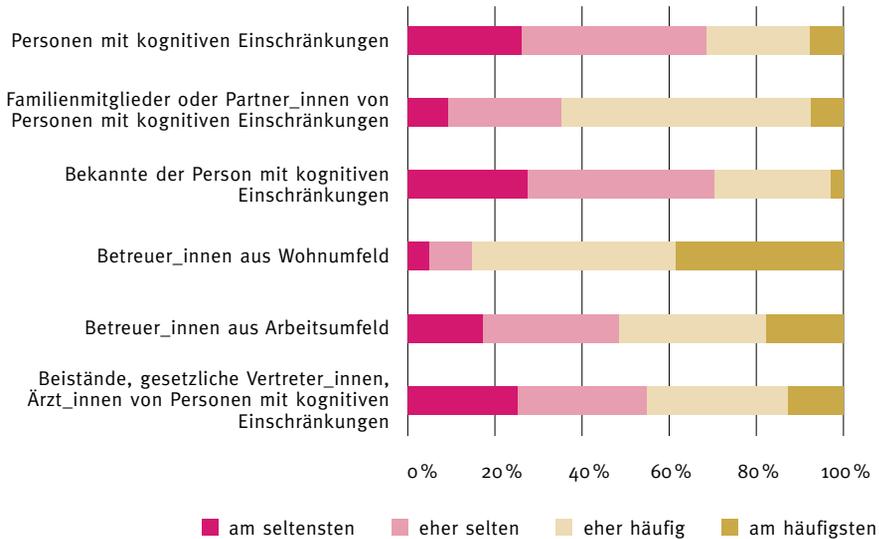
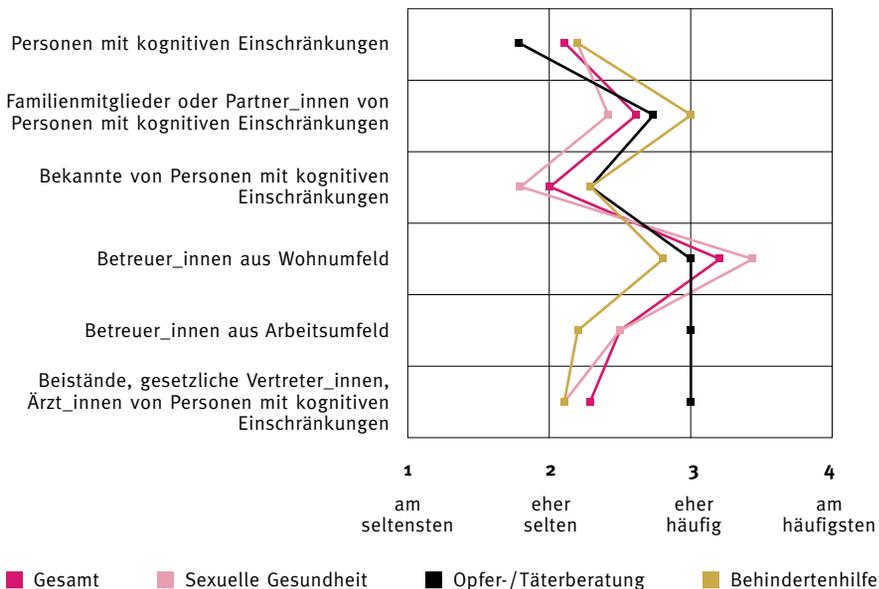


Abbildung 23: Kontaktaufnehmende Personen nach Handlungsfeldern

Kontaktaufnehmende Personen nach Handlungsfeldern (n=39)



Aufgeschlüsselt nach den drei Arbeitsfeldern zeigt sich eine weitere Differenzierung: Im Bereich der Behindertenhilfe werden Interesse und Teilnahmewunsch am häufigsten über ein Familienmitglied oder den Partner bzw. die Partnerin der Person mit kognitiven Einschränkungen geäußert, während im Bereich sexuelle Gesundheit insbesondere Betreuende aus dem Wohnumfeld den Kontakt knüpfen. Weniger eindeutig ist dies im Bereich der Opfer- bzw. Täterberatung, wo sowohl Betreuende als auch gesetzliche Vertretende oder Ärzt_innen der Person mit kognitiven Einschränkungen gleich hohe Werte als Kontaktaufnehmende mit diesen Einrichtungen erzielen.

4.5 Fazit Bestandsaufnahme

Die quantitative Datenerhebung verfolgte das Ziel, eine Bestandsaufnahme öffentlich zugänglicher Angebote zu sexueller Gesundheit in der Deutschschweiz zu erhalten. Die Rücklaufquote der Onlinebefragung von Mai bis Juni 2013 lag bei insgesamt 28 Prozent; aufgeschlüsselt auf die drei Arbeitsfelder lag sie für Einrichtungen zu sexueller Gesundheit bei 51 Prozent, für Einrichtungen der Behindertenhilfe bei 27 Prozent sowie der Opfer- bzw. Täterberatung bei 15 Prozent der jeweils Teilnehmenden. Die gewonnenen, hier vorgelegten Befunde sind deshalb bedingt repräsentativ und widerspiegeln nur einen Teil der Angebote. Sie zeigen aber mit Blick auf die angestrebte Bestandsaufnahme Tendenzen, wie und inwiefern Menschen mit kognitiven Einschränkungen an den öffentlichen Angeboten und Dienstleistungen im Bereich sexueller Gesundheit teilhaben, als Zielgruppe wahrgenommen und in die organisationalen und konzeptionellen Überlegungen der Einrichtungen einbezogen werden.

Vor dem Hintergrund der menschenrechtsbasierten Kriterien *Verfügbarkeit*, *Qualität*, *Zugänglichkeit*, *Partizipation* und *Annehmbarkeit* lassen sich folgende Erkenntnisse zusammenfassen:

Verfügbarkeit

Grundsätzlich deckt die Angebotsstruktur einen Grossteil der Deutschschweiz – mit zwei Spitzen von Angeboten und Dienstleistungen in den Kantonen Bern und Zürich – ab. Ein Drittel der Angebote befindet sich in den grossen Städten mit über 100'000 Einwohnenden; 13 Prozent der Angebote gibt es immerhin auch in kleineren Ortschaften bis zu 10'000 Einwohnenden. Es kann festgestellt werden, dass die Angebote für die Gesamtbevölkerung allgemein im geografischen Nahbereich liegen.

Es gibt eine grosse Vielfalt von Angeboten mit starker Heterogenität in Bezug auf die strukturelle und inhaltliche Umsetzung bzw. Versorgung im Bereich sexueller Gesundheit; diese betreffen unter anderem die Art und den Umfang der Angebote, die Zugänglichkeit, ihre Finanzierung und die individuelle Fachlichkeit der Mitarbeitenden, um nur die wichtigsten zu nennen.

Die abgefragte Angebotsstruktur in den Bereichen Bildung, Beratung und Begegnung widerspiegelt sich in der Praxis: 44 Prozent aller antwortenden Einrichtungen verfügen über *Bildungsangebote*. In der Behindertenhilfe bieten 50 Prozent aller antwortenden Einrichtungen solche Angebote, in den Einrichtungen zu sexueller Gesundheit sind es 60 Prozent. Die antwortenden Opfer- bzw. Täterberatungen geben an, keine Bildungsveranstaltungen durchzuführen. Zentrale Bildungsinhalte sind Themen wie Beziehung und Partnerschaft, Umgang mit eigener Sexualität, Körperwissen sowie Prävention von sexueller Gewalt.

Über *Beratungsangebote* zum Thema verfügen 75 Prozent der antwortenden Einrichtungen. Demnach stellt Beratung in allen drei Arbeitsfeldern ein Kernangebot dar: vollumfänglich in Opfer- bzw. Täterberatungsstellen, zu 80 Prozent in Einrichtungen zu sexueller Gesundheit und zu 50 Prozent in Einrichtungen der Behindertenhilfe. Zudem zeigt sich, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen – je nach Auftragsschwerpunkt – eine Vielfalt von Beratungsthemen in Anspruch nehmen.

16 Prozent aller antwortenden Einrichtungen verfügen über *Begegnungsangebote*. Sie werden ausschliesslich durch Einrichtungen der Behindertenhilfe zur Verfügung gestellt. Überwiegend sind dies Ferien- oder Bildungskurse. Den kleinsten Anteil haben Angebote, deren Hauptanliegen es ist, dass sich die Teilnehmenden persönlich näher kennenlernen können, wie zum Beispiel Kontakt- und Singlepartys.

40 Prozent der teilnehmenden Einrichtungen geben keine Auskunft, inwiefern ihre Arbeit mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen in ihre Regelangebote integriert ist, das heisst inwieweit dabei auch im Sinne der BRK von *inklusiven* Angeboten gesprochen werden kann. 30 Prozent dieser Einrichtungen geben an, über solche integrierten Angebote zu verfügen; dies sind insbesondere die Opfer- bzw. Täterberatungsstellen. 18 Prozent der antwortenden Einrichtungen verwirklichen die Forderung der Inklusion über spezielle Angebote und 13 Prozent der antwortenden Einrichtungen tun dies, indem sie sowohl integrierte wie auch separate Angebote zur Verfügung stellen. Wie und inwiefern jedoch die Angebote die je individuellen Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven

Beeinträchtigungen berücksichtigen oder ob sie einfach im Sinne eines allgemeinen Angebots mitgemeint sind, bleibt unklar und müsste näher erforscht werden. Es ist denkbar, dass grundsätzlich Angebote bei den antwortenden Einrichtungen vorhanden sind, die sowohl von Menschen mit als auch von Menschen ohne kognitive Einschränkung(en) wahrgenommen werden; die Struktur des verwendeten Fragebogens erfasste dies nicht eindeutig genug.

Die Zahlen in Bezug auf die Triage zeigen, dass bei Nachfrage eines passende(re)n Angebots gut drei Viertel der Einrichtungen der Behindertenhilfe bzw. der Einrichtungen zu sexueller Gesundheit sowie ein Drittel der Opfer- bzw. Täterberatungsstellen an geeignetere Einrichtungen und spezielle Angebote weitervermitteln. Dem stehen etwa 10 Prozent der Stellen im Bereich sexuelle Gesundheit bzw. Behindertenhilfe gegenüber, die eine adäquate Weiterverweisung aus nicht näher geklärten Gründen unterlassen. Möglicherweise ist dies mit dem Schnittbereich der Thematik dieser beiden Arbeitsfelder zu erklären. Diese Schnittbereiche fallen in der Praxis nämlich oft aus dem Blickfeld der Professionellen, wie die Validierung mit der Begleitgruppe bestätigt, sodass nur die Kernbereiche des eigenen Arbeitsfelds im Fokus der Aufmerksamkeit stehen. Hier werden adäquate Massnahmen im Kontext einer Qualitätssicherung und -entwicklung vorgeschlagen, wie eine bessere Vernetzung der Stellen untereinander (z. B. in thematischen Arbeitskreisen), um das institutionelle Wissen und Können im Kontext Behinderung und Sexualität zu teilen und zu verhindern, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund bestimmter Anliegen, für die sich keine der angefragten Einrichtungen zuständig fühlt, am Ende gar keine Antworten erhalten.

Qualität

Es fällt auf, dass ein Viertel der antwortenden Einrichtungen auf die Frage nach der fachlichen Qualifizierung der Mitarbeitenden in Bezug auf Anliegen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu Themen der sexuellen Gesundheit nicht geantwortet hat. 40 Prozent der Organisationen geben an, ihre Angebote mit Mitarbeitenden ohne spezifische Fachausbildung oder Spezialisierung zum Thema Behinderung und sexuelle Gesundheit durchzuführen. Nur knapp 20 Prozent der Einrichtungen in den drei Arbeitsfeldern beschäftigen ausgewiesenes qualifiziertes Personal mit kombinierten Fachkompetenzen in den beiden Bereichen, die insbesondere in der beruflichen Spezialisierung in Bildung und Beratung zu sexueller Gesundheit und der Heilpädagogik erworben wurden. Dieser Befund zeigt deutlich, dass in Bezug auf die Voraussetzungen von Professionalität und Fachlichkeit von Mitarbeitenden eine Lücke besteht und Potenzial zur Kompetenzaneignung durch spezifisches Fachwissen gegeben ist. Die Validierung dieser

Ergebnisse in der Begleitgruppe hat nicht überrascht. Es wird jedoch von dieser bemängelt, dass bereits in den jeweiligen Grundausbildungen die Themen Sexualität und Behinderung einen «blinden Fleck» bilden und in der Deutschschweiz zu wenige spezifisch qualifizierende Weiterbildungen bestehen, die beide Bereiche abdecken. Diese finden bis anhin eher über punktuelle Fachtagungen statt.

Ein Weg, geringe oder mangelnde Fachkompetenzen von Mitarbeitenden zu kompensieren, besteht darin, Expert_innen in eigener Sache in die Angebote und Dienstleistungen einzubeziehen bzw. diese so zu strukturieren, dass ihnen dies ermöglicht wird. Expert_innen in eigener Sache sind – im vorliegenden Kontext – Mitarbeitende mit kognitiven Einschränkungen, die ihre spezifischen Fachkompetenzen in die Arbeit einbringen. Sie tun dies beispielsweise im Peer to Peer Counseling oder beteiligen sich an der Durchführung von Bildungs- (Peer Education) oder Begegnungsangeboten. Hier überrascht das Ergebnis, dass lediglich fünf Einrichtungen angeben, *keine* Expert_innen in eigener Sache angestellt zu haben. Diese Quote weicht erheblich von den Werten des Einbezugs der Zielgruppe in die Entwicklung und Durchführung von Angeboten ab (vgl. Partizipation). Daher gehen wir von einer emischen Sichtweise aus, das heisst einer eigenständigen und individuellen Interpretation dessen, was «Expert_innen in eigener Sache» im konkreten Fall bedeutet. Die Gesamtschau der Ergebnisse lässt eher vermuten, dass Expert_innen in eigener Sache konzeptionell und strukturell kaum in Angebote und Dienstleistungen zu sexueller Gesundheit einbezogen sind. Um ein genaueres Bild zu erhalten, müsste hierzu jedoch näher geforscht werden.

Sexualität ist individuell und gesellschaftlich konflikthaft und wird deshalb oft kontrovers wahrgenommen und gedeutet. Dies kann sich auf die Qualität der Dienstleistungen auswirken. Vor diesem Hintergrund hat uns interessiert, inwiefern die Mitarbeitenden in den befragten Institutionen der drei Arbeitsfelder in Bezug auf die Herausforderungen im Bereich kognitiver Beeinträchtigung und Sexualität sensibilisiert sind. Erfreulicherweise zeigt der Befund, dass die antwortenden Einrichtungen diesbezüglich eine hohe Sensibilisierung und ein Bewusstsein haben. Über 90 Prozent der Antwortenden stimmen einer sexuellen Selbstbestimmung und der freien Entfaltung der Persönlichkeit in diesem Punkt zu. Die hohe Sensibilisierung wird auch dadurch bestätigt, dass 53,1 Prozent der antwortenden Institutionen die Meinung nicht unterstützen, dass es für Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund ihres Entwicklungsstandes schwierig ist, über Sexualität zu sprechen. 42,9 Prozent der Institutionen sind hingegen der Meinung, dass dies sehr wohl ein Problem darstellt.

Zugänglichkeit

Zugänglichkeit bedeutet, wie Organisationen adressat_innenadäquate Informationen zu sich, ihren Angeboten und Inhalten mithilfe geeigneter Kommunikationstechnologien vermitteln. So stellen gut 40 Prozent der antwortenden Einrichtungen ihre Informationen zur Organisation in leichter Sprache zur Verfügung und 20 Prozent von ihnen geben an, zudem ihre Angebote in leichter Sprache zu beschreiben. Die gewonnenen Befunde lassen jedoch keine eindeutigen Rückschlüsse darüber zu, ob und inwiefern es sich hier tatsächlich um leichte Sprache im Sinne der Definition handelt oder um eine einfache Sprache.¹⁵ Hier gehen wir wiederum – wie bei den Expert_innen in eigener Sache – von einer emischen Sichtweise aus, das heißt, dass die Antwortenden leichte Sprache subjektiv interpretiert haben. Ein Hinweis für die Richtigkeit dieser Annahme könnten die Daten zum Interesse an einer Kontaktaufnahme mit den Einrichtungen bergen: Demnach erfolgt diese in der Regel über Dritte – nur in den wenigsten Fällen melden sich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen selber (siehe Annehmbarkeit), sodass nicht anzunehmen ist, dass schriftliche Informationen in erster Linie auf sie abzielen.

Materialien, die zum besseren Verständnis der fachlichen Gesprächsinhalte herangezogen werden – wie zum Beispiel Stoffmodelle, Puppen –, werden durch die Anbietenden oftmals individuell erstellt bzw. zusammengestellt. Im Zusammenhang mit sexualpädagogischen Materialien zeigt sich, dass die beiden Handreichungen «Herzfroh» (Fachstelle Behinderung und Sexualität, fabs, 2007) und «Erklär mir Liebe» (insieme, 2003) in der Praxis verbreitet sind.

Unsere Erhebung zeigt, dass insbesondere bei der Kommunikation und bei Kommunikationstechnologien Nachholbedarf besteht. Dasselbe gilt auch für die physische Umwelt, das heißt, dass die Bauten und Räumlichkeiten der Einrichtungen ebenfalls vollständig barrierefrei sein müssten. Hier sind knapp 20 Prozent «noch nicht» und knapp 30 Prozent aller Einrichtungen «teilweise» barrierefrei. Demnach erfüllen nur etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen die Anforderungen physischer Zugänglichkeit.

15 Im Deutschen wird zwischen «einfacher» und «leichter» Sprache unterschieden. Beide Konzepte haben zum Ziel, sprachliche Hürden abzubauen. Einfache Sprache richtet sich an Menschen mit Leseschwierigkeiten. Die leichte Sprache wendet sich im Gegensatz dazu an Menschen, die fast gar nicht lesen können. Sowohl für einfache als auch für leichte Sprache gelten feste sprachliche und gestalterische Regeln (vgl. Corinne Schmid, Sozial Aktuell, Nr. 4, 2015, 34–35).

Die Finanzierung ist die Basis jeder Realisierung von Zugänglichkeit. Nach den gewonnenen Daten sind die Beratungsangebote in allen drei Arbeitsfeldern für Nutzende mehrheitlich kostenlos; einzig die Einrichtungen sexueller Gesundheit verlangen einen fixen oder einkommensabhängigen Kostenbeitrag. Vermutlich sind dies Angebote, die für alle kostenpflichtig sind, weil sie unter die Paar- und Sexualberatung fallen. Auch die Bildungs- und Begegnungsangebote sind in der Regel kostenpflichtig. Inwiefern hier Menschen mit kognitiven Einschränkungen Selbstzahlende sind bzw. der Betrag für sie akzeptabel ist, kann aufgrund der Befunde nicht gesagt werden.

Insgesamt zeigen sich erhebliche Lücken in der Deckung des Bedarfs zu barrierefreier Zugänglichkeit, das heisst in Bezug auf die Anpassung der Kommunikation und physischen Umwelt an die Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Zugänglichkeit ist jedoch Grundlage und Ausgangspunkt für die Verwirklichung des gleichberechtigten Zugangs zu Wissen zu sexueller Gesundheit, das den Schlüssel für die Verwirklichung voller und wirksamer Teilhabe an der Gesellschaft bildet. Die Finanzierung ist dabei ein zentraler Faktor in der Realisierung und für die weitere Zukunft sicher ein Bereich mit erhöhtem Arbeitsbedarf.

Partizipation

Die Angebotszusammenstellung erfolgt bei 43 Prozent der Antwortenden *reaktiv*, das heisst auf Anfrage bzw. Vorliegen eines Anliegens Betroffener. 32 Prozent der Antwortenden ziehen hierzu eher ihre internen Analysen heran. Zentrale Voraussetzungen sind neben dem gesetzlichen Auftrag (27 Prozent) insbesondere die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen (23 Prozent) und die Kompetenzen der eigenen Mitarbeitenden (15 Prozent). Wo kein selbst konzipiertes inklusives oder separates Angebot für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geschaffen wird, fehlen auch die Voraussetzungen der dieser Studie zugrunde gelegten Kriterien für annehmbare Angebote und Dienstleistungen für die Zielgruppe. Zur besseren Wirkungsorientierung empfiehlt es sich, Zielgruppenangehörige in die Konzeption und Umsetzung der Dienstleistungen einzubeziehen. Die Befunde hinsichtlich Planung, Durchführung, Auswertung und Weiterentwicklung von Angeboten und Dienstleistungen zeigen hier ein zweiseitiges Ergebnis: In der Entwicklung und Durchführung von Angeboten findet noch relativ selten ein institutioneller Einbezug von Menschen mit kognitiven Einschränkungen statt. In der Evaluation derselben Angebote zeigt sich das genau entgegengesetzte Bild: Mit 60 Prozent der antwortenden Einrichtungen ist hier in allen drei Arbeitsfeldern der Trend deutlich, Zielgruppenangehörige in die Auswertungen der Dienstleistungen einzubeziehen. Die Weiterentwicklung hinge-

gen findet wiederum ohne Einbezug von Zielgruppenangehörigen statt. Dies ist ein erhebliches ungenutztes Potenzial für eine verbesserte Wirkungsorientierung der Angebote in der Zukunft.

Annehmbarkeit

Insgesamt nahezu die Hälfte der antwortenden Stellen formuliert, dass die Kontaktaufnahme zu Menschen mit kognitiven Einschränkungen über eine Zuweisung anderer Institutionen oder Ämter erfolgt (vgl. Abschnitt Zugänglichkeit); dies trifft auch für fast drei Viertel der Opfer- bzw. Täterberatungen, 40 Prozent der Einrichtungen zu sexueller Gesundheit und 25 Prozent der Stellen in der Behindertenhilfe zu. Vor diesem Hintergrund einer insgesamt hohen Fremdbestimmung der Kontaktaufnahme mit einer Einrichtung durch Zuweisung bzw. über Anmeldung Dritter ist es deshalb besonders wichtig, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ihre Angehörigen sich darauf verlassen können, dass sie Hilfe und Dienstleistungen in derselben Qualität und nach denselben Standards wie Menschen ohne Einschränkungen zur Verfügung gestellt bekommen. Für die hier untersuchte Zielgruppe, das heisst für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, bedeutet dies insbesondere, dass diese Angebote für sie verständlich, nachvollziehbar und diskriminierungsfrei sein müssen.



Qualitativer Teil



5 Ergebnisdarstellung qualitativer Teil

Manuela Käppeli, Daniel Kunz und Irene Müller

Bei der qualitativen Erhebungsphase hatten die Teilnehmenden in den Fokusgruppen die Möglichkeit, sich jeweils für zwei wichtige Themen in der Hauptgeschichte und für eine der drei angebotenen kurzen Geschichten für die anschließende Diskussion zu entscheiden (vgl. Kap. 3.3). Zwei Fokusgruppen wählten die drei Themen «*sich kennenlernen*», «*Verliebtheit*» und «*erste gemeinsame Wohnung*». Die Themen «*Verhütung*» und «*sich streiten/sich versöhnen*» waren die Diskussionsthemen der dritten Fokusgruppe. Bei den kurzen Geschichten fiel die Wahl bei zwei Fokusgruppen auf «*sexuelle Orientierung*» als Gesprächsthema. Die dritte Gruppe diskutierte das Thema «*sexuelle Gewalt*».

Die Darstellung der nachfolgenden Ergebnisse erfolgt *themenspezifisch*. Pro Thema wird jeweils zuerst auf die wichtigsten Diskussionsinhalte eingegangen und die daraus formulierten Bedürfnisse im Hinblick auf Angebote sexueller Gesundheit dargestellt. Am Schluss eines Themas folgen Aussagen der Teilnehmenden über die strukturelle bzw. inhaltliche Gestaltung von Angeboten. Die Grundlage für die Ergebnisse bilden die Daten der Gruppendiskussionen. Sie stützen sich somit auf die Kategorien, welche in der zusammenfassenden Inhaltsanalyse mithilfe des Kategoriensystems¹⁶ gebildet und zu einem fallübergreifenden Kategoriensystem generalisiert wurden.

¹⁶ Dieses kann bei der Projektleitung angefordert werden.

5.1 Sich kennenlernen

«Sich kennenlernen» haben zwei der drei Gruppen als Thema für die Diskussion gewählt. Dabei sind für die Teilnehmenden der *Umgang miteinander*, der *Prozess des Kennenlernens*, die *Herausforderungen des Kennenlernens*, *Treue* sowie das *Alter* wichtige Aspekte.

Umgang miteinander

Die Teilnehmenden haben ausführlich über den Umgang beim Kennenlernen diskutiert. Dabei wird gegenseitiges Vertrauen als nötige Voraussetzung beim Kennenlernen bestimmt. Es wird explizit darauf hingewiesen, dass das Kennenlernen einer Person zunächst bedeutet, deren Oberfläche zu sehen und darum ein Mindestmass an Vertrauen für eine nähere Begegnung notwendig ist. Y sagte dazu: *«Man weiss nicht, ob diese Person nett ist. Wenn man eine schöne Frau sieht, sieht diese zwar schön aus, aber man weiss eben nicht, ob sie nett ist oder schnell explodieren kann»* (Y, 1.GD, Z.62). Aber auch Offenheit, Ehrlichkeit sowie Anstand und Respekt sind für die Teilnehmenden wichtige Umgangsformen, die ein gelingendes Kennenlernen ermöglichen. Sie betrachten es als unabdingbar, mitzuteilen, welche Erwartungen sie selbst an ein Kennenlernen haben. Es ist für sie wichtig, die richtigen Worte zu wählen und im Gespräch aufeinander einzugehen. Sie sind der Meinung, dass gemeinsame Interessen ein Kennenlernen vereinfachen können. Für einige Teilnehmende ist es beispielsweise wichtig, beim Kennenlernen gewisse Regeln zu befolgen, ohne dabei die andere Person einzuengen oder ihr unnötige Vorschriften zu machen.

Prozess des Kennenlernens¹⁷

Hier war es den Teilnehmenden wichtig, sich zu überlegen, worauf beim Kennenlernen zu achten ist. Dabei ist für sie vorrangig, das Interesse beim Gegenüber zu prüfen. Weiter wurden die Art des Kennenlernens sowie der richtige Ort diskutiert. Für einige Teilnehmende ist es zentral, das Kennenlernen jeweils langsam anzugehen und nichts zu überstürzen. Dabei äusserte sich eine Teilnehmerin wie folgt: *«Dass man nicht gerade zu nervös ist, ähm oder so, wie soll man dem sagen, nichts überstürzt»* (C., 3.GD, Z.197).

Für das Kennenlernen werden verschiedene Arten vorgeschlagen, wie zum Beispiel, kleine «Zetteli» dem/der Auserwählten zu schreiben oder sie/ihn durch gemeinsame Hobbys näher kennenzulernen. Zudem wird das Aussehen als wich-

17 Vgl. Ergebnisse beim Thema «Verliebtheit», Kapitel 5.2

tiger Faktor benannt. So sind schöne Kleidung, sich zu schminken oder zu rasieren wichtige Voraussetzungen, um überhaupt jemanden kennenzulernen. Zur späteren Vertiefung wird vorgeschlagen, gemeinsam etwas zu unternehmen, wie beispielsweise etwas trinken bzw. essen zu gehen oder eine Einladung ins Kino auszusprechen.

Treue

In einer Diskussion wurde auch die Rolle der Treue beim Kennenlernen diskutiert. Dabei finden die Teilnehmenden es zentral, sich ehrlich gegenüber der anderen Person zu verhalten und keine Spiele zu treiben: *«Das sind eigentlich Sachen, die vorausgehen müssen [...] dass man miteinander keine Spiele macht [...] Spiele machen nur Kinder»* (X., 1.GD, Z.66–72). Es wird zudem das «Macho-Verhalten» thematisiert, das nicht alle Beteiligten als akzeptabel bewerten.

Herausforderungen beim Kennenlernen

Die Teilnehmenden sehen jedoch auch gewisse Herausforderungen oder Schwierigkeiten im gegenseitigen Kennenlernen. Sie stellen fest, dass Angst oder Nervosität ein Kennenlernen behindern können. Hierzu wurde die Rolle des Selbstvertrauens angesprochen und festgehalten, dass ein gutes Selbstvertrauen unabdingbar ist, um einander kennenzulernen. So kann Schüchternheit bedeuten, dass man den Richtigen / die Richtige gar nie kennenlernt. Dies kann sich insbesondere in Gruppenkonstellationen schwierig gestalten: *«Was es noch schwieriger macht, jemanden kennenzulernen, ist, wenn einer alleine ist und die anderen in einer grösseren Gruppe sind. Das macht es auch noch ein bisschen schwieriger»* (Y., 1.GD, Z.230). Auf dem Hintergrund dieser Aspekte des Kennenlernens wurde anschliessend nachgefragt, was die Teilnehmenden *selbstständig* können und wobei *Unterstützung* wünschenswert wäre.

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Die Teilnehmenden nennen gewisse Voraussetzungen für den Umgang mit dem Gegenüber, beispielsweise Ehrlichkeit, Charakterzüge wie Anstand und Respekt sowie Vertrauen als Punkte, die selbstständig mit- bzw. entgegenzubringen sind. Auch zu Beginn des Kennenlernens formulieren einige Teilnehmende kein Unterstützungsbedürfnis. Sie weisen darauf hin, dass man schliesslich jemanden aus eigener Initiative ansprechen müsse und auch den dazu notwendigen Mut aufbringen sollte. Auch die Erwartungen soll man nach ihrer Meinung selbstständig klären. Des Weiteren plädieren sie bei der Führung eines Gesprächs und im Zeigen von Interesse für Selbstständigkeit.

Sobald jedoch Schwierigkeiten beim Kennenlernen auftauchen, äussern die Teilnehmenden einen Unterstützungsbedarf. Als Beispiele für Schwierigkeiten führen sie Meinungsverschiedenheiten oder Uneinigkeiten auf. Ein Bedürfnis nach Hilfe wird zudem formuliert, wo es darum geht, überhaupt entsprechende Kontakte zu knüpfen, das heisst bei der Überwindung fehlender Kontaktmöglichkeiten. Zudem hat ein Teilnehmer die Schwierigkeit des Gruppendrucks erwähnt, der dazu führe, dass man sich nicht getraue, eine Person anzusprechen. Er empfindet dann das Bedürfnis, sich im Umgang mit solchen Situationen helfen zu lassen. Obwohl einige Teilnehmende abschliessend die Meinung vertreten, dass Kennenlernen in den Bereich des selbstständigen Handelns fällt, äussern andere dennoch ein gewisses Bedürfnis an Unterstützung in diesem Prozess. Dazu äussert sich Y. wie folgt: *«Ansprechen kann ich schon jemanden alleine. Eher die Angst, dass ich eine Abfuhr bekomme»* (Y., 1.GD, Z.205).

Ausgestaltung von Hilfe

Es wird vorgeschlagen, Kontaktmöglichkeiten zu schaffen. Als Ideen werden das Einrichten eines speziellen Chats im Internet oder auch ein Kurs genannt. Zudem sehen die Teilnehmenden in der Ausübung eines Hobbys oder eines Sports die Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen. Als weitere Möglichkeit der Hilfe sehen sie vor allem aber Gespräche oder auch Vermittlungen von Kontakten. Dabei wird auf die Rolle der Familie hingewiesen, also auf Eltern, Geschwister usw. Y. verweist in diesem Kontext auf eine persönliche Erfahrung mit seiner Schwester: *«[...] auch mal überlegt, wo könnte ich Hilfe holen. Gedacht, frage mal meine Schwester. Sie hat gesagt, Y., wenn du eine kennenlernen möchtest, musst du zu ihr gehen»* (Y., 1.GD, Z.656). Aber auch Lehrpersonen, Bekannte und Therapeut_innen werden als mögliche Gesprächspartner_innen gesehen. Die Teilnehmenden können sich zudem vorstellen, auch zu einem Experten bzw. einer Expertin zu gehen, ohne jedoch näher zu bestimmen, was oder wen sie sich darunter vorstellen.

5.2 Verliebtheit

Das Thema «Verliebtheit» wählten ebenfalls zwei der drei Fokusgruppen als Diskussionsthema. Dabei wurden folgende Aspekte als wichtig bewertet: *Selbstvertrauen, Verhaltensweisen gegenüber der anderen Person, Folgen von Verliebtsein, Gefühle, sich kennenlernen, Treue* sowie das *Verliebtsein bei homosexuellen Personen*.

Selbstvertrauen

Auch in der Diskussion zum Thema Verliebtheit erachten es die Teilnehmenden der beiden Fokusgruppen als wichtig, genügend Selbstvertrauen und somit auch eine gewisse Selbstliebe mitzubringen, um sich überhaupt in jemanden verlieben zu können.

Verhaltensweisen gegenüber anderen Personen

In Bezug auf Verhaltensweisen gegenüber der anderen Person diskutieren die Teilnehmenden verschiedene wichtige Punkte. Sie stellen fest, dass ihnen im Verliebtsein die Worte fehlen und sie verlegen werden. Auch «einander tief in die Augen schauen», «zärtlich sein» und «sich küssen» werden als Verhaltensweisen genannt. Wichtig erscheint ihnen, das offene Gespräch in einer Beziehung zu suchen und einander zuzuhören. Zudem werden weitere Punkte genannt, wie das Gegenüber zu akzeptieren und die Fehler nicht nur beim anderen zu suchen. Dies wird als Rezept für eine erfolgreiche Beziehung angesehen: *«Ich habe auch einmal ein altes Pärchen gesehen, die haben auch gesagt gehabt, das einzige Rezept, das es gibt, weshalb man so lange zusammenbleibt, ist, dass man die Fehler nicht beim anderen sucht»* (I., 2.GD, Z.75). Als Voraussetzung für eine gelingende Beziehung benennen sie zudem Ehrlichkeit. Die Diskussion ergab weiter, dass es trotz Verliebtheit zentral ist, sich gegenseitig Freiräume zu lassen; dass man neben dem Freund bzw. der Freundin noch weitere Kontakte pflegt, sich nicht isoliert und sich nicht nur auf den Partner bzw. die Partnerin beschränkt.

Folgen von Verliebtsein

Die Teilnehmenden diskutieren auch über die Folgen des Verliebtseins. Sie nennen Phänomene, wie zum Beispiel zu wissen, was der andere gerne hat oder dass man den anderen besonders schön findet. Ebenfalls werden körperliche Reaktionen wie «Gänsehaut» genannt. Ein Teilnehmer weist auf den Unterschied zwischen «verliebt» und «verknallt» hin.

Schwierigkeiten

Beim Thema Verliebtheit werden auch Schwierigkeiten geschildert, die auftauchen können. Es wird darauf hingewiesen, dass die Liebe unerwidert bleiben kann und daraus Zweifel an sich oder Traurigkeit entstehen. Auch das Problem der Eifersucht wird rege diskutiert und als deutliches Hindernis im Verliebtsein gesehen. Zusätzlich wird die Angst, Gefühle zu verletzen, als weitere Schwierigkeit eingeschätzt. Auch wird darauf hingewiesen, wie wichtig es ist, den Mut aufzubringen, jemandem zu sagen, dass man sie bzw. ihn liebt und *«dass man den Mut hat, aufeinander zuzugehen und sich füreinander zu interessieren»* (X., 1.GD, Z.273).

Gefühle haben

Im Verliebtsein spielen für die Teilnehmenden positive Gefühle eine wichtige Rolle. Es wird von Glücksgefühlen, Wärme oder Schmetterlingen im Bauch gesprochen oder auch von einem Gefühl, wie von einem Magneten angezogen zu werden. Dazu Y.: *«Wie ich das mit dem Magnet gesagt habe, man fühlt sich angezogen und man kann einfach nicht mehr aufhören, daran zu denken»* (Y., 1.GD, Z.346). So beschreibt eine Person, man wisse plötzlich, wie das Gegenüber denkt und fühlt. Man sei mit dem Herzen dabei, zeige seine Natürlichkeit und ein entsprechendes Interesse. Dabei komme Sehnsucht auf, wenn man diese Person nicht sehe. Dies zeigt sich bei F. wie folgt: *«Jetzt jedes Mal wenn ich bei ihm gewesen bin, Schatzi, kann es fast nicht erwarten, bis du wieder kommst»* (F., 2.GD, Z.185).

Sich kennenlernen¹⁸

Ein Ergebnis der Diskussion besteht in der Ansicht, dass Verliebtheit das Einander-Kennenlernen voraussetzt. So wurde vorgebracht, dass im ersten Augenblick nur die Oberfläche sichtbar ist und somit der erste Eindruck zählt. *«Wenn man den Charakter nicht kennt, sieht man zuerst die Oberfläche und nicht innen drin»* (G., 2.GD, Z.253). Dabei sehen die Teilnehmenden es als zentral an, Geduld zu haben, jemanden kennen und lieben zu lernen und dabei langsam vorzugehen. Es sollte der Entscheid für den Richtigen bzw. die Richtige sein. Des Weiteren wird über den Ort bzw. die Art und Weise des Kennenlernens diskutiert. Sie zählen verschiedene Orte auf wie Disco, Ausgang, Internetforen oder Partys für Lesben und Schwule, aber auch die Verkopplung durch Kolleg_innen. Für das Kennenlernen finden sie es zudem zentral, von Anfang an gut mit dem Umfeld des Partners bzw. der Partnerin auszukommen. Sie weisen auch darauf hin, dass sie nicht nur auf gute Erfahrungen zurückblicken. Diesbezüglich bemerkt ein Teilnehmer, dass es auch die nicht beeinträchtigten Menschen nicht einfach haben, jemanden kennenzulernen. Dazu I.: *«Ist bei uns nicht anders als bei Normalen»* (I., 2.GD, Z.189).

Treue

Die Teilnehmenden betrachten die Treue als unabdingbare Voraussetzung für Verliebtheit. Es ist ihnen wichtig, dass man *eine Person* liebt und diese nicht nur als Sex-Objekt sieht. Als Begründung für Treue werden unter anderen religiöse Gründe genannt. Die Teilnehmenden sehen in einer fehlenden Erziehung oder schlechten Erfahrungen mögliche Gründe für Untreue.

¹⁸ Vgl. Ergebnisse beim Thema «sich kennenlernen», Kapitel 5.1.

Verliebtheit bei homosexuellen Personen

In einer Fokusgruppe outete sich eine Person als homosexuell. Sie hat insbesondere auf die Schwierigkeiten von homosexuellen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beim Thema Verliebtheit hingewiesen (mehr dazu unter Kapitel 5.6).

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Allgemein wird festgehalten, dass auf der Grundlage des Verliebtseins das Kennenlernen alleine mit der Partnerin bzw. dem Partner in Angriff genommen werden sollte. Demzufolge ist es selbstverantwortet, ob man sich für jemanden interessiert oder nicht bzw. ob man jemandem mitteilt, dass man sie/ihn mag. Daraus abgeleitet stellen sie fest, dass diesbezüglich eigene Erfahrungen gesammelt werden müssen: *«Erfahrungen muss man sich aneignen»* (I., 2.GD, Z.117). Zudem betrachten die Teilnehmenden die Folgen des Verliebtseins als in ihrer eigenen Verantwortung liegend. Dies trifft auch auf den Aspekt der Treue zu. Hingegen formulieren sie ein Unterstützungsbedürfnis, wenn Gespräche mit dem Partner bzw. der Partnerin nicht weiterführen oder Fragen auftauchen. Ihrer Meinung nach wäre es gut, Hilfe bei allfällig wichtigen Entscheidungen zu erhalten, die sich aus dem Verliebtsein ergeben. Ein grosses Thema ist auch das fehlende Selbstvertrauen. Sie äussern in diesem Zusammenhang deutlich das Bedürfnis nach Unterstützung für beispielsweise schüchterne oder selbstzweifelnde Personen. Auch wird darauf hingewiesen, dass homosexuelle Personen mit Beeinträchtigungen, wenn sie es denn wünschen, in ihrer speziellen Situation auf Hilfe zurückzugreifen können sollten. Obwohl einige klar die Meinung vertreten, dass Treue etwas Selbstverantwortliches darstellt, formulieren andere bei Problemen mit der Treue ein Bedürfnis nach Unterstützung.

Ausgestaltung von Hilfe

Hinsichtlich der Ausgestaltung von Hilfe werden Gespräche als wichtige Form der Unterstützung benannt. Dieser direkte Austausch wird als unabdingbar betrachtet. Nach ihrer Meinung können diese Gespräche je nach Situation mit verschiedenen Personen geführt werden: Familie, Kolleg_innen, Bekannte, Mitarbeitende von Beratungsstellen, Psychologinnen und Psychologen. Auch schlagen sie vor, im Internet Hilfe anzubieten oder mit einer App entsprechende Personen zu erreichen.

5.3 Erste gemeinsame Wohnung

Das Thema «erste gemeinsame Wohnung» haben ebenfalls zwei Fokusgruppen diskutiert. Dabei standen folgende Aspekte im Zentrum der Diskussion: *soziale*

Bedingungen / Umgang beim Zusammenwohnen, Schwierigkeiten beim Zusammenwohnen, strukturelle Bedingungen, Spezifikum Beeinträchtigung sowie der Entscheidung, zusammenzuwohnen.

Soziale Bedingungen / Umgang beim Zusammenwohnen

Die sozialen Bedingungen des Zusammenwohnens haben beide Fokusgruppen sehr rege diskutiert. Die Teilnehmenden nennen viele verschiedene Bedingungen, die für ein gemeinschaftliches Zusammenleben wichtig sind. Sie betrachten es als zentral, dass man beim Zusammenwohnen Geduld hat und die Erwartungen klärt. Gemeinsame Aktivitäten, wie etwas zusammen zu machen oder zu kochen, werden als wichtig angesehen. Auch sollte der Tagesablauf mit der Partnerin bzw. dem Partner inklusive der Haushaltsarbeiten abgesprochen werden. Jedoch ist es für sie andererseits auch von Bedeutung, einander trotz allem Freiräume zu lassen. Als Beispiele nennen sie die Einhaltung der Privatsphäre, das Schaffen eigener Räume, einander nicht einzusperren und auch mal etwas getrennt zu unternehmen. Als weitere Bedingungen werden die Akzeptanz des anderen sowie die Fähigkeit zum Kompromiss genannt – denn es fällt niemandem leicht, sich zu ändern. Dabei ist es relevant, dass man nicht immer streitet; gutes und respektvolles Streiten sei aber erlaubt. Gesamthaft sollte man sich jedoch gut verstehen und sich unterstützen. Sie sehen einen deutlichen Vorteil im Zusammenwohnen, wenn gemeinsame Interessen verfolgt werden und man gleicher Meinung ist. Wiederum wird hier Ehrlichkeit als wichtige Bedingung erwähnt. Die Teilnehmenden sind sich sicher: *«[...] sonst klappt es nicht»* (C., 3.GD, Z.92).

Schwierigkeiten beim Zusammenwohnen

Die Teilnehmenden sehen auch Schwierigkeiten bei der ersten gemeinsamen Wohnung. So halten sie fest, dass es ohne Beziehungsfähigkeit nicht geht und fehlendes Vertrauen oder gar Lügen zu einer Trennung führen können. Bei einer Fokusgruppe werden die Reaktionen der Nachbarn respektive des Umfelds als Schwierigkeit bewertet. Diese Gruppe erzählt, wie sie als Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen negative Reaktionen ihres Wohnumfelds erleben. Nachbarn distanzieren sich explizit von ihnen. *«Es gibt auch so Leute, wenn sie das Wort Beeinträchtigung oder Behinderung hören, ziehen sie direkt einen Strick daraus, meinen, das sind Ausserirdische, Nebestehende, oder so. Das kann ich gar nicht verputzen»* (I., 2.GD, Z.325).

Strukturelle Bedingungen

Neben Beziehungsthemen werden vor allem auch die strukturellen Bedingungen für die erste gemeinsame Wohnung rege diskutiert, allen voran die Wohnungs-

suche. An dieser Stelle benennen die Teilnehmenden deutlich die Schwierigkeiten, als Menschen mit kognitiven Einschränkungen bezahlbaren Wohnraum zu finden und wie alle anderen auch ihre Vorstellung von einer schönen Wohnung verwirklicht zu sehen. Ein grosses Thema sind zudem die Finanzen. So ist es für sie wichtig, dass die Ausgaben mit dem Partner bzw. der Partnerin abgesprochen werden bzw. sie sich diese teilen und das Geld für die Wohnung zusammenlegen.

Spezifikum Beeinträchtigung

In einer Fokusgruppe ist darauf hingewiesen worden, dass es einen Unterschied macht, wenn zwei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusammenwohnen. Dies wird grundsätzlich vorteilhaft bewertet. Das Zusammenleben wird als harmonischer beschrieben, da sie besser miteinander umgehen können. Zudem seien diese Menschen nicht so engstirnig und voreingenommen, was das Zusammenleben weiter positiv beeinflusse. I. schildert dies in seinen Worten wie folgt: *«Ein Bewusstsein, wenn zwei Menschen mit Beeinträchtigung zusammen sind, gibt es eine gewisse Harmonie. Weil man ist nicht oberflächlich, man ist nicht so engstirnig am Denken. Man wird toleriert [...]. Ich kann diese Unterschiede sehr gut sehen»* (I., 2.GD, Z.368).

Entscheid, zusammenzuwohnen

Ein weiterer wichtiger Punkt bei der ersten gemeinsamen Wohnung ist der Entscheid, zusammenzuziehen. Hier wird beispielsweise auf die Möglichkeit hingewiesen, dass die Teilnehmenden nach der Wohnschule mit jemandem probeweise für drei Monate zusammenziehen können. So merkt man, ob es klappt oder nicht. Zudem ist es nicht ganz so schlimm, falls es nicht klappt.

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Die Teilnehmenden formulieren verschiedene Aspekte des Zusammenlebens als Herausforderungen, die sie selbstständig bewältigen können. Beispielhaft werden genannt: der Umgang miteinander, sich absprechen, den anderen akzeptieren, Entscheidungen treffen sowie Kompromisse eingehen. Unter dem Aspekt der strukturellen Bedingungen werden unter anderem die Bestimmung des Wohnorts und der Umgang mit einem Teil der Finanzen als selbstbestimmte Entscheidungen erwähnt. Den Wunsch nach Unterstützung formulieren sie dort, wo es Schwierigkeiten mit der ersten gemeinsamen Wohnung gibt, beispielsweise beim Zusammenleben, beim Aufstellen von Regeln oder bei Missverständnissen sowie mit den Finanzen oder Nachbarn. Zudem wird die Wohnungssuche erwähnt, bei der sie gerne Hilfe in Anspruch nehmen. Auch in der Alltagsbewältigung wird ein mögliches Unterstützungsbedürfnis formuliert, das sich nach der Art der Behin-

derung richtet. *«Vielleicht im Haushalt. Man weiss ja nicht, welche Behinderung sie haben»* (D., 3.GD, Z.110).

Ausgestaltung der Hilfe

Die Teilnehmenden machen Vorschläge zur Form und Ausgestaltung der Hilfe. Hier werden Einrichtungen gewünscht, an welche sie sich unkompliziert wenden können, wie Beratungsstellen oder Institutionen, die einen unterstützen. Aber auch Gespräche mit Arbeitskolleg_innen, Freund_innen, Eltern, Betreuenden oder Therapeut_innen werden als Form der Hilfe genannt.

5.4 Verhütung

Verhütung wählte die dritte Fokusgruppe als Diskussionsthema und diskutierte folgende Aspekte: *Wenn Partner/Partnerin nicht verhüten möchte, richtige Anwendung von Verhütungsmitteln, Gespräche sowie die Zeit vor dem Sex.*

Wenn Partner/Partnerin nicht verhüten möchte

Ein wichtiges Thema ist die Nichtverhütung durch einen Partner bzw. eine Partnerin. Die zentrale Erkenntnis der Diskussion ist, sich dagegen zu wehren und sich nicht einfach darauf einzulassen. Begründet wird dies mit der Gefahr von Geschlechtskrankheiten oder dem Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft. Die Diskussion zeigt weiter, dass Situationen der Nichtverhütung aufgrund ihrer Konsequenzen gut überdacht werden sollten. Die Teilnehmenden erachten es als wichtig, dass in solchen Situationen eine für beide passende Lösung gefunden wird.

Richtige Anwendung von Verhütungsmitteln

Als wichtig benannt wird die richtige Anwendung von Verhütungsmitteln und bei deren Anwendung *«den Kopf beieinander»* (C., 3.GD, Z.1083) zu haben. Die Gruppe ist sich auch einig, dass sich beide um Verhütungsmittel kümmern sollten. Des Weiteren wird die Zuverlässigkeit bei der Anwendung als unerlässlich bewertet; die Teilnehmenden erwähnen beispielsweise die Pilleneinnahme oder das Prüfen des Ablaufdatums des Kondoms.

Gespräche

Die Teilnehmenden betrachten gemeinsame Gespräche als wichtigen Teil von Verhütung. Deren Gelingen hängt von ausreichender Zeit und der richtigen Wahl der Verhütungsmethode ab, die für beide stimmen muss. Den Zeitpunkt dieser Gespräche halten sie für wichtig. Spätestens, wenn alles um einen herum ver-

gessen geht, sollte ihrer Meinung nach das Gespräch mit dem Partner bzw. der Partnerin gesucht werden. «*Wenn du weisst, du liebst ihn so fest, dass du fast alles rundum fast vergisst*» (D., 3.GD, Z.413). Probleme bei der Verhütung sehen sie, wenn kein gutes Gespräch mit dem Partner bzw. der Partnerin möglich ist. Für diesen Fall schlagen sie vor, das Gespräch mit ihr/ihm wiederholt zu suchen oder allenfalls zusammen zum Frauenarzt oder zur Frauenärztin zu gehen.

Zeit vor dem Sex

Des Weiteren werden einige Punkte genannt, die nach Meinung der Teilnehmenden vor dem ersten Sex geklärt werden müssen, wie die Wahl eines geeigneten Verhütungsmittels. Sie weisen darauf hin, wie wichtig eine gesundheitliche Untersuchung vor dem Sex ist, um mögliche Krankheiten auszuschliessen. Als zentral erachten sie, sich überhaupt partnerschaftlich abzusprechen, bevor man Sex hat. Abgeleitet von den genannten wichtigen Aspekten der Verhütung wird das Bedürfnis nach Unterstützung im Sinne *Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung* geklärt. Einerseits wird die Beschaffung und Anwendung von Verhütungsmitteln sowie auch das Gespräch mit dem Partner bzw. der Partnerin über Verhütung als selbstständig lösbar betrachtet. Von einigen wird hingegen der Wunsch nach Unterstützung in der Wahl des geeigneten Verhütungsmittels, dessen richtiger Anwendung und bei Nebenwirkungen geäußert.

Ausgestaltung der Hilfe

Die Teilnehmenden erkennen Beratung als geeignete Hilfe. Dabei nennen sie vor allem die Eltern und professionelle Helfende wie beispielsweise Beratungsstellen, Ärzt_innen oder Spitäler.

5.5 Sich streiten/sich versöhnen

Die Themen «sich streiten» sowie «sich versöhnen» bestimmten mit gleich viel Stimmen den Diskussionsinhalt in einer Fokusgruppe. Da sich diese zwei Themen sehr nahe stehen, wurden sie zusammen diskutiert. Innerhalb der Diskussion haben sich folgende Aspekte herauskristallisiert: *Gründe für Streit (K1)*, *Arten von Streit (K2)*, *Schwierigkeiten beim Versöhnen (K3)* und *Verhaltensweisen während/nach dem Streit (K4)*.

Gründe für Streit

Der Streitgrund ist für die Teilnehmenden ein wichtiges Thema. Je nach Situation können es unterschiedliche Motive sein, die Streit auslösen.

Arten von Streit

Als Vorteil von Streit wird die Möglichkeit genannt, Wut rauszulassen sowie einmal etwas zu formulieren, was schon lange beschäftigt. Dabei ist es für die Teilnehmenden wichtig, dass gutes Streiten ohne Gewalt abläuft, wie eine Teilnehmerin bemerkt: «*Streiten mit Wörtern, nicht mit Körper*» (A., 3.GD, Z.590). Nachteile des Streitens sehen sie beispielsweise in Provokationen und Streit ohne Konfliktlösung.

Verhaltensweisen während/nach dem Streit

Die Teilnehmenden finden es wichtig, während des Streits nicht davonzulaufen und die eigenen Bedürfnisse und Erwartungen zu formulieren. Ein Telefonat unmittelbar nach dem Streit mit jemand Aussenstehendem halten sie für förderlich. Sie empfinden es zudem als gut, zu der Person, mit der sie den Streit hatten, eine Zeit lang auf Abstand zu gehen. Als für unabdingbar erachten sie es jedoch – mit einem gewissen zeitlichen Abstand –, ein vernünftiges Gespräch zu führen, um dem Gegenüber ein Feedback geben zu können, das heisst sich miteinander einzusetzen und einander zuzuhören.

Schwierigkeiten beim Versöhnen

Die Teilnehmenden sehen auch gewisse Schwierigkeiten, welche beim «Sich-Versöhnen» auftreten können. So macht es ein Versöhnen für sie schwierig, wenn man gewisse Dinge «immer wieder aufwärmt» oder die Versöhnung nur dem Partner bzw. der Partnerin zuliebe eingegangen ist. Als Herausforderung empfinden sie eine Versöhnung, wenn noch Gefühle der Wut oder Enttäuschung vorhanden sind.

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Die Teilnehmenden formulieren kein Unterstützungsbedürfnis für die Zeit während und nach dem Streit. Sie sind der Ansicht, dies alleine bewältigen zu können. Als hilfreiches Verhalten nach einem Streit benennen sie zum Beispiel, ein Geschenk für die Partnerin oder den Partner zu organisieren, zu eigenen Fehlern zu stehen oder auch Abstand zu suchen. Ein vernünftiges Konfliktlösungsgespräch zu führen, gehört für sie ebenfalls zu den selbstständig zu lösenden Herausforderungen des Lebens. Ein Bedürfnis nach Hilfe besteht für sie dort, wo es nach einem Streit aufgrund schwerer Provokationen, Gewalt, grosser Missverständnisse oder ausbleibender Gespräche zu keiner Lösung kommt.

Ausgestaltung von Hilfe

Bei der Ausgestaltung der Hilfe wird insbesondere bei Gewalterfahrungen Unterstützung formuliert wie beispielsweise durch Kolleg_innen, mit denen sie sich gut verstehen. Aber auch Mitbewohnende, Verwandte/Familie, Betreuende oder Perso-

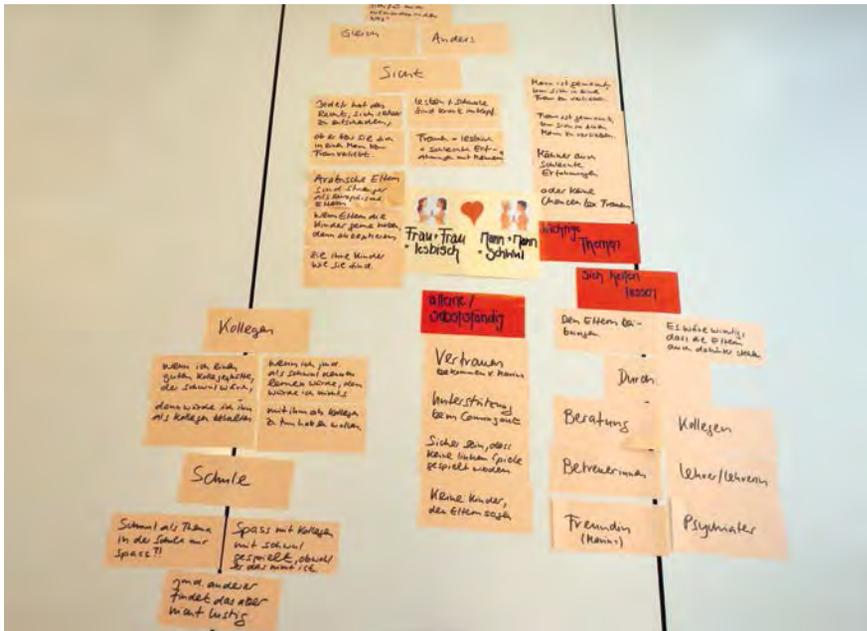
Meinung vertreten, dass schlechte Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht zu Homosexualität führen. Ausserdem wird erzählt, dass die Behauptung, jemand sei schwul, als Spass unter Kollegen missbraucht wird. Auf der anderen Seite äussern sich andere Teilnehmer positiv über Homosexualität und widersprechen der oben zitierten Aussage. Für einen Teilnehmer ist dabei klar: «Normalerweise darf ja jeder entscheiden, wie er es ähm machen will. Ich meine in der Liebe ist ja alles, alles erlaubt» (Y., 1.GD, Z.701).

In der zweiten gemischtgeschlechtlichen Fokusgruppe wurde – vielleicht aufgrund einer als lesbisch geouteten Teilnehmerin – ausschliesslich positiv über Homosexualität gesprochen. Hier wurde der Meinung widersprochen, dass schlechte Erfahrungen mit dem anderen Geschlecht zu Homosexualität führen.

Geschlechterthematik

Im Verlauf der Diskussion wird auch die Geschlechterthematik zu einem wichtigen Punkt. Die Teilnehmenden erzählen vom Druck der Eltern, unbedingt männlichen Nachwuchs haben zu wollen. Auch das Fehlen einer Vaterfigur und die Folgen werden thematisiert. H. schildert dies wie folgt: «Wenn man zum Beispiel nicht gut erzogen worden ist, vielleicht Vater nicht dagewesen ist. Vielleicht, aber

Abbildung 25: Focusgroup Illustration Map «Einstellungen zu Homosexualität»



nicht darum gekümmert hat, dann hast du vielleicht nicht gelernt, eine Frau so zu behandeln, wie eine Frau behandelt werden muss. Nicht einfach so als Sex-Objekt halten» (H., 2.GD, Z.121).

Was ist anders?

Nachfolgend wurde in den zwei Fokusgruppen diskutiert, welche Themen sich bei dieser Kurzgeschichte im Vergleich zur Hauptgeschichte mit dem heterosexuellen Paar unterscheiden und welche ähnlich sind.

Coming-out

Es wird lange über das Coming-out gesprochen und darauf hingewiesen, dass vor diesem ein Prozess stattfinden muss. Die betroffene Person muss sich zuerst akzeptieren und ein Bewusstsein schaffen. Thematisiert wird: *«Dass man sich seine Selbstfindung findet» (G., 2.GD, Z.645).* Anschliessend sehen die Teilnehmenden es als zentral, dass diese Person den Mut aufbringt, auch zu sich zu stehen und sich anderen Personen mitzuteilen. Der ganze Prozess des Coming-outs geschieht in ihrer Perspektive nicht von heute auf morgen: *«[...] aber das geht nicht gerade von heute auf morgen. Dass man ... das Gleiche ist, wenn man ein Coming-out hat, muss man sich zuerst mal bewusst werden, ob man es wirklich ist. Man muss in sich hineingehen, man muss sich spüren. Das ist eine Spürsache, das Coming-out» (G., 2.GD, Z.697).*

Reaktionen von aussen

Die Teilnehmenden stellen fest, dass auf ein Coming-out Reaktionen folgen, die sich individuell sehr unterscheiden können. Sie können positiv und tolerant oder verletzend und negativ sein, wie folgendes Beispiel zeigt: *«Habe mich ge-outet und nachher haben sie mit mir nichts mehr zu tun haben wollen. Also es gibt auch christliche Leute, die das Gefühl haben, es sei verboten und es sei einfach abtörend» (G., 2.GD, Z.717).* Gründe für negative Reaktionen erkennen die Teilnehmenden beispielsweise in spezifischen Kultur- oder Religionszugehörigkeiten oder fehlender Sexualaufklärung. Sie stellen fest, dass die Akzeptanz von homosexuellen Frauen und Männern nicht bei allen Menschen vorhanden ist.

Umgang unter Homosexuellen

Auch der Umgang unter homosexuellen Personen selber wird von den Fokusgruppen unterschiedlich betrachtet. Er wird als offener bezeichnet, auch wenn die Rollenteilung innerhalb einer homosexuellen Beziehung nicht immer klar ist: *«[...] wer der Mann bzw. die Frau ist» (G., 2.GD, Z.1566).* Sie denken, dass sich der Umgang viel zärtlicher gestaltet, weil klarer sei, was das Gegenüber wolle, weil es ja demselben Geschlecht angehöre.

Äusserlichkeit

Die Teilnehmenden bezeichnen das Aussehen von homosexuellen Personen zu erst als anders. Sie tragen andere Kleidung und zeigen teilweise anderes Verhalten. Diese Sichtweise wird jedoch nicht von allen geteilt. Am Diskussionsende sind die Teilnehmenden jedoch mehrheitlich der Meinung, dass man einer Person ihre Homosexualität nicht ansieht.

Körperkontakt

Der Körperkontakt unter Homosexuellen ist nach Ansicht der Teilnehmenden eine weitere Differenz zu einem heterosexuellen Paar. Sie vermuten, dass das Küssen, die Sexualität sowie das Einander-Spüren sich stark unterscheiden.

Behinderung und Homosexualität

In der Diskussion über Homosexualität wurde – wie oben bereits unter «Verliebtheit» erwähnt – darauf hingewiesen, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die homosexuell sind, vor einer doppelten Schwierigkeit stehen. *«Ich merke einfach, wenn man eine Lernschwäche hat und dann noch auf Frauen steht, ist es nicht so einfach. Ist es nicht einfach, wenn man Beeinträchtigungen hat und dann noch auf das gleiche Geschlecht steht»* (G., 2.GD, Z.136). Die Gefahr, ausgeschlossen zu werden, wird als doppelt so hoch eingeschätzt. Dazu äussert sich ein Teilnehmer wie folgt: *«Fünf Prozent von der Menschheit ist behindert. Und dann geht man davon aus fünf Prozent Homosexuelle. Und beides zusammen gibt es natürlich auch. Dann ist man nochmals mehr in einer Minderheit. Man muss sehr schauen, dass man sich nicht ausschliesst»* (I., 2.GD, Z.641). Beim Kennenlernen sehen die Teilnehmenden hingegen keinerlei Unterschiede zu heterosexuellen Paaren. Auch insgesamt in der Liebe stellen sie keine Unterschiede fest. Auf der Grundlage der eruierten Unterschiede und Gemeinsamkeiten wurde abschliessend festgestellt, was selbstständig zu bewältigen und wo Unterstützung hilfreich ist.

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Beim Küssen sowie beim Entgegenbringen von Vertrauen äussern die Teilnehmenden keinerlei Bedarf an Unterstützung. Hingegen beim Coming-out oder bei den Reaktionen des Umfelds schätzen sie Hilfe und Unterstützung als wichtig ein. Die Teilnehmenden finden es schwierig, sich gegenüber Eltern oder Kolleg_innen zu outen. Diesbezüglich wird ein deutliches Bedürfnis nach Unterstützung formuliert, wenn sich jemand auf ein solches Gespräch vorbereiten muss. Je nach Reaktionen, die zum Teil auch verletzend sein können, halten sie es für wichtig, auf Hilfe zurückgreifen zu können. Hier werden auch Erfahrungen in Bezug auf Ablehnung aufgrund kultureller und religiöser Einstellungen genannt: *«Es ist aber*

auch schwierig, wenn man lesbisch ist oder schwul ist wegen der Kultur. Aber es ist auch bei den Katholischen und Reformierten nicht so einfach, weil man nicht immer akzeptiert wird, weil man anders ist. Das ist normal im Leben» (H., 2.GD, Z.800).

Ausgestaltung von Hilfe

Bei der Ausgestaltung von Hilfe schlagen die Teilnehmenden Gespräche mit verschiedenen Personen vor. Als mögliche Ansprechpersonen werden Betreuende, Lehrpersonen, Psychiater_innen, Kolleg_innen oder die Mutter aufgeführt. Aber auch der Austausch mit anderen Lesben und Schwulen wird als mögliche Unterstützungsvariante vorgeschlagen. Abschliessend wird auf die Möglichkeit einer Sexualberatung hingewiesen. Es wird jedoch erwähnt, dass für diese Form von Unterstützung ein breites Wissen seitens der Beratenden vorhanden sein muss: *«Sexuelle Unterstützung ist ein riesiges Feld. Und das andere, es braucht gewisse Einzelheiten zum Helfen, würde ich sagen. Aber hier, wenn jemand im sexuellen Bereich helfen würde, dann muss er aber mit allem <drauskommen>, was läuft. Weil das ist ein grosses Feld. Heutzutage. Das denke ich, wäre ein Unterschied zum anderen» (I., 2.GD, Z.766).*

5.7 Sexuelle Gewalt

Eine Fokusgruppe entschied sich bei den kurzen Geschichten für das Thema sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz. Dabei formulierten die Teilnehmenden vor allem die *Reaktion während und nach dem Erlebnis* als relevante Aspekte dieses Themas.

Reaktionen während /nach dem Erlebnis

Die Teilnehmenden finden es sehr wichtig, dass nach einem solchen Ereignis sofort eingeschritten wird. Dies sehen sie beispielsweise im Informieren der Polizei. *«Sicher vielleicht einmal die Polizei informieren. Wenn es weitergeht. Weil es geht ja wirklich um den Missbrauch fast, dann muss man wirklich gerade einschreiten. Also Polizei» (B., 3.GD, Z.760).* Auch die Reaktion während eines solchen Ereignisses wird in der Fokusgruppe diskutiert. Dabei schlägt ein Teilnehmer vor, dass die Protagonistin der Geschichte sich wehren müsse. Er fügt hinzu, dass dies allenfalls auch heikel sein kann, da man nicht wissen könne, welche Reaktion der Täter darauf zeigt. Die Teilnehmenden äussern sich jedoch dahingehend, dass es wichtig ist, zu signalisieren, dass der Übergriff unerwünscht ist. Dazu E.: *«[...] sich wehren, ... sagen, dass sie es nicht gern hat» (E., 3.GD, Z.785).* Sie finden es zentral, sich nach einer erlittenen sexuellen Belästigung nicht zurückzuziehen oder sich gar von Angst beherrschen zu lassen. Auf die Frage, wie

sie auf ein solches Ereignis bei einer guten Freundin bzw. einem guten Freund reagieren würden, antworten sie, dass sie schockiert wären.

Selbstständigkeit versus Bedürfnis nach Unterstützung

Die Teilnehmenden sind der Meinung, dass selbstständig darauf geachtet werden muss, sich nicht zurückzuziehen. Zudem soll selbstständig versucht werden, Abstand vom Täter oder der Täterin zu nehmen und sich auf jeden Fall sehr schnell Hilfe zu holen. Auch dieses Vorgehen trauen sich die Teilnehmenden selbstständig zu. Sie formulieren jedoch für den Fall einer sexuellen Belästigung stets ein Hilfebedürfnis. Es ist für sie klar, dass sofort Hilfe und Unterstützung gesucht werden soll. Sie wünschen sich Unterstützung, wenn sie sich gegen solche Übergriffe wehren bzw. wenn die betroffene Person unter grosser Angst leidet.

Ausgestaltung von Hilfe

Als Hilfe betrachten die Teilnehmenden insbesondere Informationen. Auch werden Ratschläge als Variante von Hilfe erwähnt. Weiter schlagen sie vor, Hilfe bei bestimmten Personen oder Stellen zu holen. Als Beispiele werden hier die Eltern, Beratungsstellen, Dargebotene Hand, Psychiater_in, Chef_in, Beistand oder Beiständin und die Polizei genannt.

5.8 Fazit Bedürfnisse bezüglich Angeboten zu sexueller Gesundheit

Die qualitative Datenerhebung verfolgte das Ziel, Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit zu eruieren. Die Teilnehmenden der drei Fokusgruppen haben sich rege an der Diskussion beteiligt. Sie zeigten ein hohes Interesse am Thema und waren in der Lage, sich differenziert zu Beziehungen, Intimität und Sexualität auszutauschen. Für viele war es eine neue Erfahrung, zu ihren Bedürfnissen nach Angeboten zu sexueller Gesundheit befragt zu werden. Dies hat sich als sehr fruchtbar für das Forschungsvorhaben erwiesen. Die Teilnehmenden brachten interessante Anregungen und Ideen zu bedürfnisgerechten Angeboten und Dienstleistungen in den sie betreffenden Kontext ein.

Es zeichnete sich ab, dass ob und welche persönlichen Erfahrungen mit Intimität und Sexualität – positive oder negative – gesammelt wurden, erheblichen Einfluss auf die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmenden bezüglich Angeboten zu sexueller Gesundheit hat. In den regen Diskussionen aller drei Fokusgruppen dominierten die Beziehungsthemen rund um Liebe und Partnerschaft. Neben dem Thema «Verhütung» wählten die Fokusgruppen kein im engeren Sinne

sexualitätsbezogenes Thema der angebotenen Geschichten als Diskussionsinhalt. Dies hängt auf dem Hintergrund der Validierung mit der Begleitgruppe möglicherweise mit der Wahl der Bildergeschichte als Stimulus zur Datenerhebung zusammen. Ausserdem ist es denkbar, dass zwei Mal zwei Stunden eine zu geringe Basis sind, um das notwendige Vertrauen aufzubauen, mit Mitbewohnenden und Fremden über intime Themen zu sprechen.

Andererseits war deutlich spürbar, dass viele Teilnehmende sich sehnsüchtig eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner wünschen, ihre aktuelle Situation des Alleinseins einem niedrigen Selbstvertrauen zuschreiben und dass sie Angst vor Einsamkeit und Isolation haben. Das starke Bedürfnis, in allen drei Gruppendiskussionen über Liebe und Beziehung zu sprechen, könnte hier seinen Ursprung haben. Die auf dem Hintergrund der Bildergeschichten von den Teilnehmenden gewählten Themen «sich kennenlernen», «Verliebtheit» und «sich streiten/sich versöhnen» nahmen im Austausch der Fokusgruppen breiten Raum ein. So diskutierten die Teilnehmenden beispielsweise über die Phasen des Kennenlernens sowie Treue, Vertrauen und Selbstvertrauen, ihre Gefühle und die Gründe und Arten von Streit. Diese Aspekte waren jeweils auch in den Diskussionen anderer Themenbereiche latent vorhanden.

Ebenfalls sehr nah war den Teilnehmenden das Thema «Wohnen». Die Diskussionen zur ersten gemeinsamen Wohnung fokussierten stark auf das Zusammenleben und strukturelle Rahmenbedingungen. Eine interessante Erkenntnis lautete, dass sich aus der Perspektive der Teilnehmenden das Zusammenwohnen von zwei Personen mit kognitiven Einschränkungen offenbar harmonischer gestaltet als wenn nur einer/eine von beiden mit einer solchen Einschränkung lebt. Die Befunde zeigen zudem, dass es den Teilnehmenden Sorge bereitet, insbesondere als Menschen mit kognitiven Einschränkungen bezahlbaren Wohnraum zu finden und – wie alle anderen auch – ihre Vorstellung von einer schönen Wohnung verwirklicht zu sehen. Hieran schloss sich auch die Frage der Finanzen als wichtiges Thema.

In der Diskussion über Homosexualität kristallisierten sich verschiedene Einstellungen heraus, von Ablehnung bis Toleranz. Die Teilnehmenden erkannten, dass gerade Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die homosexuell sind, vor doppelten Schwierigkeiten stehen und eine Minderheit in der Minderheit bilden. Sie formulierten die Ansicht, dass ein Coming-out gegenüber Eltern und Kolleg_innen schwierig ist und sprachen sich deutlich dafür aus, homosexuellen Frauen und Männern Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Hilfe und Unterstützung zu geben.

Hinsichtlich weiterer Bedürfniseruierung zu Angeboten zu sexueller Gesundheit waren gewisse Tendenzen feststellbar: Das Thema «Vertrauen» wurde immer wieder in verschiedenen Kontexten als wichtiger Aspekt genannt. Es gab jeweils rege Diskussionen zu Vertrauen und Treue, die auch wiederholt auf die Beziehungsschwierigkeiten bei fehlendem Vertrauen hinwiesen. Hier erkannten die Teilnehmenden, dass nicht allein das Vertrauen in andere Personen eine wichtige Voraussetzung darstellt, sondern auch das Vertrauen in sich selbst. Das Thema «Selbstvertrauen» erhielt damit einen hohen Stellenwert. Die Diskussionen gaben zudem ein gutes Bild von den unterschiedlichen Ausprägungen des Selbstvertrauens der Teilnehmenden.

Bedarf an Angeboten zu sexueller Gesundheit

In der Diskussion zum Bedarf nach Angeboten zu sexueller Gesundheit war eine Tendenz festzustellen: der Wunsch nach Selbstständigkeit. In allen drei Fokusgruppen nannten die Teilnehmenden in der Regel zunächst diejenigen Aspekte eines Themas, für die sie keine Hilfen benötigen. Eine Teilnehmerin formulierte treffend, dass zuerst eine selbstständige Problemlösung versucht werden soll, bevor Hilfe geholt wird: *«Würde ich alleine zuerst versuchen»* (D., 3.GD, Z.485). Diese Meinung wurde von einer anderen Teilnehmerin unterstützt: *«Zuerst alleine versuchen und dann kannst du immer noch sagen, ja mit dem ...»* (H., 3.GD, Z.486). Dabei betrachteten sie die Inanspruchnahme von Hilfe als etwas, das sie gut selbstständig einfordern können.

Einen Unterstützungsbedarf formulieren die Teilnehmenden dort, wo schwierige Situationen von aussen an sie herantreten, beispielsweise bei Konflikten, Gewalt oder verletzenden Reaktionen durch das Umfeld; dies gestaltete sich für die Themen «sich kennenlernen» und «Verliebtheit» ähnlich. Auch bei individuellen Schwierigkeiten in Beziehung bzw. Partnerschaft formulierten sie einen Hilfsbedarf. In den Diskussionen wurde auf fehlende Kontaktmöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen hingewiesen, im Wissen darum, dass auch Menschen ohne Behinderung beim Kennenlernen solche Schwierigkeiten haben können.

Eltern, Familie und Freundeskreis haben eine wichtige Rolle in der Unterstützung. Sie wurden in jeder Diskussion regelmässig als Ansprechpersonen genannt, auf die Teilnehmende für Hilfe zurückgreifen. Dieses familiäre bzw. private Hilfesystem birgt jedoch auch Schwierigkeiten. Eine Teilnehmerin schilderte beispielsweise, dass die Eltern ihr den Kontakt zu ihrem Freund verbieten. Eine andere Teilnehmerin erzählte, dass ihre Eltern Angst um sie hätten und ihr deshalb Vorsicht im Umgang mit Männern anraten.

Zudem zeigen die Ergebnisse deutlich, dass die Teilnehmenden häufig auf bereits bestehende professionelle Helfersysteme zurückgreifen können und explizite Erfahrungen mit Ärztinnen und Ärzten, Psychologinnen und Psychologen, Psychiaterinnen und Psychiatern, Beistandspersonen oder auch mit speziellen Beratungsstellen haben. Diese Helfersysteme stellen den Teilnehmenden oft die ersten professionellen Ansprechpersonen zur Verfügung, auf die sie bei Fragen zu Liebe, Partnerschaft und Sexualität bzw. sexueller Gesundheit zugreifen können. Ob und wie sie diese dann tatsächlich zu sexualitätsbezogenen Themen ansprechen, müsste genauer erhoben werden.

Ausgestaltung bedürfnisadäquater Hilfe

Es fällt auf, dass sich die Teilnehmenden Unterstützungen in Form von *Anleitung zum Handeln* wünschen und nicht erwarten, dass ihnen die Herausforderungen im Alltag in Bezug auf die besprochenen Themen abgenommen werden. Die Ausgestaltung der Hilfe mit Gesprächen, Tipps und Informationen wird als Ergänzung zum sozialen Umfeld betrachtet, durch die sie zum selbstständigen Handeln befähigt werden. Als eine geeignete Hilfe formulierten sie *regionale Beratungszentren als Anlaufstellen zu unterschiedlichen Themen*, die auch abends oder an Wochenenden geöffnet haben, eine Art «Beratungs-Permanence» ähnlich einer medizinischen Permanence bzw. Notfallpraxis an den Bahnhöfen.

Die Teilnehmenden sehen zudem in den neuen Medien ein ihren Bedürfnissen entsprechendes Unterstützungsangebot zu Themen sexueller Gesundheit. So machten sie den Vorschlag, *einen Chat* für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Internet zu eröffnen oder *eine App* für diese Zielgruppe zu gestalten, die es ermöglicht, dort Informationen zu suchen und zu teilen oder Kontakte zu knüpfen. Beim Thema «Homosexualität» zeigte sich ein deutlicher Bedarf Betroffener nach *Austausch mit anderen Lesben und Schwulen* für die eigene Selbstfindung. Diese Hilfsangebote sind für homosexuelle Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen umso wichtiger, da sie in ihrem heteronormativen Alltag kaum die Möglichkeit haben, Erfahrungen mit gleichgeschlechtlicher Identität und Lebenspraxis zu sammeln.

Weiterführende Ergebnisse

Eine Erkenntnis aus den Diskussionsgruppen war die negative Rückmeldung auf die Verwendung des Begriffs «Menschen mit geistiger Behinderung», wie er zu Beginn in der Vorstellung des Forschungsprojekts verwendet wurde. Vor allem in den ersten beiden Fokusgruppen diskutierten die Teilnehmenden intensiv hierzu und formulierten deutlich, dass sie sich mit diesem Begriff nicht identifizieren können: *«Bei mir ist es jetzt einfach so, bei Menschen mit geistiger Behinderung, also ist*

es so, ich habe mir nur das ADS und eine spezielle Krankheit, aber sonst ... bin ich eigentlich geistig auf der Höhe» (I., 2.GD, 5:42).

«Ich habe eigentlich das Gefühl gehabt, dass ich gar nichts habe. Meine Eltern haben gesagt, du hast nichts. Du bist ganz gesund. Gar die anderen haben mir gesagt, keine Beeinträchtigungen. Seltsam» (Y., 1.GD, 17:42).

«Ausgehen tun wir mal, dass wir alle vollwertig, in erster Linie vollwertige Menschen sind» (X., 1.GD, 17:53).

Die Reaktion der ersten Fokusgruppe auf die Verwendung des Begriffs «geistige Behinderung» in der Formulierung des Forschungsprojekts führte nach einer nochmaligen internen Fachdiskussion im Forschungsteam dazu, dass er für diese Forschungsarbeit durch die synonym verwendeten Begriffe «Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen» bzw. «Menschen mit kognitiven Einschränkungen» ersetzt wurde. Auch diese Bezeichnungen fanden nicht nur Zustimmung: Den Teilnehmenden der zweiten Gruppendiskussion war nicht klar, weshalb wir uns exklusiv für sie interessierten, da sie keinen Unterschied zwischen sich und den «Normalen» machen. Inwiefern sie sich nicht anders fühlen, wurde innerhalb der Diskussion zu den Einzelthemen immer wieder einmal angesprochen (vgl. beispielsweise das Thema «sich kennenlernen»). Andererseits thematisierten sie dann gleichwohl den Umgang der Gesellschaft mit Menschen mit Behinderung sowie die fehlende Akzeptanz, beispielsweise über negative Erfahrungen mit Nachbarn oder in der Familie. Ebenso war ihnen in Bezug auf Homosexualität von Menschen mit kognitiven Einschränkungen bewusst, dass diese eine Minderheit in der Minderheit bilden und damit vor einer doppelten Herausforderung in der Identitätsentwicklung stehen. Dies sind Hinweise darauf, dass sich die Teilnehmenden nicht immer so gut akzeptiert und integriert fühlen, wie sie dies im ersten Moment formuliert haben. Es zeigte sich, dass sie vielmehr sensibilisiert sind in Bezug auf Ungleichheit und Benachteiligung.

Das Wissen und die differenzierte Argumentation der Teilnehmenden in Bezug auf Themen zu sexueller Gesundheit waren eine positive Überraschung. Es liess sich beobachten, dass die Fokusgruppen ausgesprochen ernsthaft und fundiert über die verschiedenen Aspekte der Themen diskutierten. Damit widerlegten sie die verbreiteten Klischees hinsichtlich der Sexualität von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nachhaltig. Deutlich wurde der Beitrag, den Bildung in Schule und Wohnschule in der Fähigkeit zur Reflexion und selbstständigen Auseinandersetzung mit komplexeren Themen leistet. Positiv war hier auch zu bewerten, dass sexualitäts- und partnerschaftsbezogene Aspekte heute selbstverständlicher thematisiert werden. Wie verschiedene Äusserungen vermuten liessen, hat dabei auch das Fernsehen einen gewissen Einfluss. Die Validierung

mit den Mitarbeitenden in der Wohnschule ergab, dass die Bewohnenden gerne und regelmässig eine Vielzahl von Serien schauen.

Interessant war zudem, welche hohen normativen Erwartungen die Teilnehmenden an Liebe, Beziehung und Sexualität knüpfen. Auffällig häufig lag in den Gruppendiskussionen der Fokus darauf, dass Vorsicht in Bezug auf Beziehung und Sexualität wichtig ist und alles gut überlegt sein sollte. Aus dieser Beobachtung entstand der Eindruck, dass Liebe, Partnerschaft und Sexualität für die Teilnehmenden nicht in erster Linie etwas Positives oder Lustvolles darstellen, sondern bei ihren Überlegungen der Schutzgedanke im Vordergrund steht. Unklar, da durch das Forschungsdesign nicht abgedeckt, bleibt zudem die Diskrepanz zwischen den hohen normativen Erwartungen an sich selbst, an Partnerschaft und partnerschaftliche Sexualität im Vergleich zu den tatsächlichen und potenziellen Erfahrungen der Teilnehmenden. Im Gespräch liessen sie wiederholt Schwierigkeiten in ihren Beziehungen durchblicken, nicht zuletzt, weil auch ihr soziales Umfeld oftmals gegen Liebesbeziehungen ist oder zumindest grosse Vorbehalte formuliert. Im Ganzen wirft dies die Frage auf, inwieweit die überraschend hohe Reflexionskompetenz und die differenzierten Sichtweisen der Teilnehmenden möglicherweise als sozial erwünschte Antworten zu werten sind. Es wäre durchaus denkbar, dass die Frauen und Männer der Wohnschule die Fokusgruppen unbewusst als eine Art Prüfung ihrer Fähigkeit zum selbstständigen Leben und Wohnen wahrgenommen haben könnten. Die Zusammenhänge dieser Einzelaspekte des Gesamtkontexts waren jedoch nicht Gegenstand der Forschung. Diese Mechanismen müssten in einem gesonderten Forschungsvorhaben bearbeitet werden.



Ergebnisse



6 Ergebnisdiskussion, Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Daniel Kunz und Irene Müller

6.1 Ergebnisdiskussion

6.1.1 Kontrastierung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse

Die Kontrastierung der quantitativen und qualitativen Ergebnisse betrifft hauptsächlich die menschenrechtsbasierten Kriterien *Verfügbarkeit*, *Zugänglichkeit* und *Qualität /Annehmbarkeit*. Hier liegen Befunde aus der qualitativen und quantitativen Erhebung vor, die einander gegenübergestellt werden können.

Verfügbarkeit

Nach den qualitativen Ergebnissen zu schliessen, scheinen die Themen «sich kennenlernen» und «Verliebtheit» sowie die in diesem Zusammenhang stehenden Aspekte von Vertrauen und Selbstvertrauen die Teilnehmenden der Fokusgruppen stark zu beschäftigen. Ein Diskussionsergebnis unterstreicht denn auch die fehlenden Kontaktmöglichkeiten für Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Im Kontrast mit den quantitativen Befunden zeigt sich hier eine Übereinstimmung, da Begegnungsangebote institutionell im Vergleich zu Beratungs- und Bildungsangeboten mit 16 Prozent am wenigsten zur Verfügung gestellt werden. Die zur Verfügung gestellten Begegnungsangebote beinhalten selten konkrete Gelegenheiten für die Teilnehmenden, sich näher kennenzulernen, wie es beispielsweise Kontakt- und Singlepartys leisten. Gemäss Internetrecherche finden diese mehrheitlich in Grossstädten statt und werden von Organisationen der Behindertenhilfe bzw. von Privaten mit deren Unterstützung durchgeführt (z. B. www.laviva.ch). Eine weitere Unterstützung bieten spezialisierte Partnerschaftsvermittlungen, die in der Regel von Privaten angeboten werden und nicht barrierefrei sind (z. B. www.liebe-ohne-behinderung.ch oder www.partnervermittlung.ch/partnervermittlung-fuer-behinderte-menschen). Die Kontrastierung der beiden

Ergebnisse belegt demnach eine Lücke zwischen den Bedürfnissen und dem Angebot im Bereich der Begegnung, die es im besten Fall – im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe – unter Einbezug und Beteiligung der Adressierten gemeinsam zu schliessen gilt, nicht nur in grossen Städten, sondern auch auf dem Land.

Ein weiteres Ergebnis der Kontrastierung der beiden Forschungsergebnisse zeigt auch die Bedeutung von beziehungs- und partnerschaftsbezogenen Themen in Beratungs- und Bildungsangeboten der antwortenden Institutionen. Sie bilden in beiden Fällen zentrale Arbeitsschwerpunkte. In diesem Kontext stellt sich die Frage, inwiefern die erhobenen normativen Erwartungen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen an Liebe, Partnerschaft und Sexualität durch Bildungs- und Beratungsinhalte eher verstärkt werden, als sie zu einer realistischeren Auseinandersetzung mit den eigenen Ansprüchen an sich und ihr Gegenüber beitragen. Die menschlichen Fähigkeiten «Vertrauen» und «Selbstvertrauen» sowie die Konsequenzen bei Nichterfüllung sollten in geeigneter Weise Berücksichtigung finden. In Bezug auf die angebotenen Dienstleistungen stellt sich weiter die Frage, wie und inwiefern diese unter Berücksichtigung des Auftragskontexts grundsätzlich auf einer entwicklungsfördernden und sexualitätsfreundlichen Grundlage stattfinden können, ohne dabei den Schutzgedanken zu vernachlässigen.

Die qualitativen Befunde weisen auch einen speziellen Bedarf nach professioneller Hilfe zum Thema Homosexualität bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus, insbesondere in der Unterstützung im Umgang mit dem Coming-out gegenüber den Eltern und dem Umfeld. Darüber hinaus wird die Begegnung bzw. der Austausch mit anderen Lesben und Schwulen mit und ohne Behinderung als hilfreiche Unterstützung für die Identitätsentwicklung formuliert. Die Gegenüberstellung mit den Befunden der Bestandsaufnahme von Angeboten zu sexueller Gesundheit zeigt, dass Themen zu sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität durch die Bildungs- und Beratungsangebote von den antwortenden Einrichtungen abgedeckt werden. Bei den Begegnungsangeboten fehlt mangels spezifischer Erhebung ein datengestütztes Ergebnis. Analog obigen Ausführungen zum Thema «sich kennenlernen» allgemein lässt sich hier vermuten, dass inklusive oder spezielle Begegnungsangebote für homo- oder bisexuelle Jugendliche und Erwachsene mit kognitiven Einschränkungen kaum vorhanden sind oder fehlen. Bestärkende Begegnungen sind für den Prozess einer entwicklungsförderlichen Identitätsfindung jedoch besonders bedeutsam. Eine nähere Konkretisierung zur Einschätzung der Angebotssituation für Menschen mit kognitiven Einschränkungen müsste hier noch geleistet werden.

Zugänglichkeit

In der Realisierung barrierefreier Zugänglichkeit besteht auf allen Ebenen ein grosser Handlungs- bzw. Nachholbedarf, wie die Ergebnisse der quantitativen

Erhebung zeigen. Nach den Antworten der Einrichtungen stellen gut 40 Prozent Informationen zu ihrer Organisation und knapp 25 Prozent zu ihren Angeboten in leichter Sprache zur Verfügung. Bei den zielgruppenspezifischen Materialien gibt es zwei sexualpädagogische Handreichungen, «Herzfroh» (Fachstelle Behinderung und Sexualität, fabs, Basel, 2007) und «Erklär mir Liebe» (insieme, 2003), die einrichtungsübergreifend in Bildungs- und Beratungsangeboten eingesetzt werden. In der Regel sind es jedoch die Fachpersonen selbst, die ihre Kommunikations- und Anschauungshilfen individuell für die Arbeit mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen zusammenstellen. Auch zeigt sich bei den antwortenden Einrichtungen im physischen Zugang zu den Bauten und Räumlichkeiten Handlungsbedarf; hier erfüllen nur etwas mehr als die Hälfte aller Einrichtungen die Anforderungen eines barrierefreien Zugangs. Gesamthaft gesehen zeigen diese Ergebnisse, dass sich die Information und Kommunikation der Einrichtungen und ihre Dienstleistungen in allen drei Arbeitsfeldern noch viel zu wenig direkt an Menschen mit kognitiven Einschränkungen richten. Dies belegt auch der Befund zur Initiative der Inanspruchnahme von Hilfe, der zeigt, dass über die Hälfte der Kontakte über Zuweisung bzw. Anmeldung Dritter erfolgt.

In diesem Licht werden die Befunde der qualitativen Studie zu bedürfnisadäquaten Unterstützungsformen zu Themen sexueller Gesundheit besser verständlich. Die beiden computergestützten Vorschläge zu einem Chat oder einer App wenden sich direkt an die Nutzenden; die Informationen und die Kommunikation könnten so direkt an diese adressiert werden, sodass mithilfe einer verständlichen und nachvollziehbaren Sprache ein barrierefreier Zugang ermöglicht wird. Auch die Idee regionaler Beratungszentren als Anlaufstelle zu unterschiedlichen Themen an zentralen Orten mit langen Öffnungszeiten entspricht einem Bedürfnis von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nach Orientierung und Sicherheit, selbstständig und autonom einen barrierefreien Zugang für ihre Anliegen zu erhalten.

Qualität / Annehmbarkeit

Die quantitativen Ergebnisse zeigen, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu den Anspruchsgruppen psychosozialer Hilfen in Einrichtungen der Behindertenhilfe, zu sexueller Gesundheit und in Opfer- bzw. Täterberatungen zählen. Dieses Ergebnis korrespondiert mit qualitativen Befunden, die zeigen, dass neben familiärer bzw. privater Hilfe insbesondere für schwierigere Lebenssituationen – bei individuellen Beziehungsschwierigkeiten, Diskriminierungserfahrungen, Konflikten und Gewalt – ein Unterstützungsbedarf formuliert wird. Die Ausgestaltung einer bedürfnisadäquaten Hilfe sehen sie dann erfüllt, wenn die professionelle Unterstützung den Wunsch nach Selbstständigkeit anerkennt und

sie in ihrer Autonomie gefördert werden, die zu einem selbstständigen Handeln befähigt. Hinsichtlich Beratung zu sexualitätsbezogenen Fragen formuliert das Ergebnis Qualitätsansprüche. Danach müssten Beratende in Sexualberatungen über ein breites Wissen verfügen, da die «sexuelle Unterstützung ein riesiges Feld» darstellt. Die quantitative Erhebung zeigt beim Aspekt der Professionalität eine erhebliche Lücke von Fachlichkeit, da von den antwortenden Institutionen nur knapp 20 Prozent geantwortet haben, dass sie Fachpersonal beschäftigten, das über ausgewiesene Kompetenzen zum Thema Behinderung und Sexualität verfügt. Hierzu weist die Kontrastierung der beiden Forschungsergebnisse einen Handlungsbedarf für die drei Arbeitsfelder aus, damit vor dem Hintergrund der Behindertenrechtskonvention Menschen mit kognitiven Einschränkungen mit ihren Anliegen in derselben Bandbreite, nach derselben Qualität und auf demselben Standard Unterstützung erhalten.

6.1.2 Zusammenhang mit theoretischen Grundlagen

Die hier vorliegende Studie zeigt deutlich die unzureichende direkte Adressierung der Informationen und Kommunikation von öffentlich zugänglichen Angeboten zu sexueller Gesundheit durch die Einrichtungen der Behindertenhilfe und der sexuellen Gesundheit sowie die Opfer- bzw. Täterberatungen. Diese mangelhafte Adressierung betrifft auch die Organisationen selber, die jedoch – wie die von uns erhobenen Befunde zeigen – bestrebt sind, diesem Mangel abzuhelpfen. Gesamthaft zeigt sich, dass in der Realisierung barrierefreier Zugänglichkeit ein grosser Handlungs- bzw. Nachholbedarf auf allen Ebenen besteht.

Aus Sicht der Gerechtigkeitstheorie von Martha Nussbaum (2010, S. 14) stellt die fehlende oder unzureichende Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit von Angeboten zu sexueller Gesundheit eine Verletzung der Aufgaben öffentlicher Institutionen dar. Nussbaum sieht die Gerechtigkeit gegenüber Menschen mit körperlichen oder kognitiven Einschränkungen als eines der drei Probleme der sozialen Gerechtigkeit. Dadurch sind die Betroffenen bis heute nicht als Bürgerinnen und Bürger anerkannt, für die das Prinzip staatsbürgerlicher Gleichheit gilt. Nach Nussbaum kann dieses Problem nur gelöst werden, wenn ein neues Verständnis von Bürgerschaft und sozialer Kooperation entsteht, verbunden mit einer neuen Wertschätzung des «Care» als sozialem Grundgut bzw. nach schweizerischem Sprachgebrauch als Teil des «Service public». Aus ihrem Ansatz lässt sich für die in der Schweiz beteiligten Institutionen ableiten, dass das Ziel nicht die «Sexualisierung» von Menschen mit kognitiven Einschränkungen ist, sondern darin besteht, diesen zu ermöglichen, sich zu befähigen, zentrale Lebensaspekte wie Beziehung und Sexualität nach ihren Vorstellungen und Fähigkeiten zu realisieren – sofern sie dies wünschen. Dies ist jedoch nicht mit einer Freisetzung des

Subjekts im Sinne Foucaults zu verwechseln und schon gar nicht damit, dass (sexuelle) Selbstbestimmungsrechte auch automatisch Selbstversorgung bedeuten, denn dies würde heissen, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen aufgrund ihrer Voraussetzungen gesellschaftlich ausgeschlossen wären (Heinz Bude, 2015, S. 393–396).

Die ungenügende Umsetzung der direkten Adressierung hat für Menschen mit kognitiven Einschränkungen konkrete Auswirkungen auf verschiedene beziehungs- und sexualitätsbezogene Aspekte. So erhebt die hier vorliegende Studie als zentralen Befund fehlende Kontaktmöglichkeiten. Dies und die in diesem Zusammenhang formulierten beziehungs- und partnerschaftsbezogenen Bedürfnisse – wie der Wunsch nach einer festen Partnerschaft – lassen sich auch aus der BZgA-Studie von Sabine Wienholz et al. (2013) belegen. Nach dieser Studie ist die Auseinandersetzung mit Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung für Jugendliche mit Sinnes- und Körperbehinderungen schwieriger aufgrund erschwelter Bedingungen in der Kontaktaufnahme; ermittelte Bedingungsfaktoren sind *Schüchternheit* oder *Angst*, die *nicht vollzogene emotionale Lösung von den Eltern* sowie die *behinderungsbedingte fehlende Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit* (S. 9). Vor diesem Hintergrund wird auch das in der hier vorliegenden qualitativen Untersuchung beherrschende Thema «Vertrauen» bzw. «Selbstvertrauen» nachvollziehbarer als zwei Seiten derselben Medaille. Diese beiden Aspekte bilden jedoch die Grundlage, um überhaupt beziehungsfähig zu werden und Partnerschaften einzugehen. Als Folge von Beziehungslosigkeit werden Ängste vor Einsamkeit und Isolation formuliert. Einsamkeit und Isolation wiederum bilden Risikofaktoren für sexuelle Grenzverletzungen (vgl. u. a. Henschel, 2001; Zemp, 2010).

Die erhobenen Daten zu den normativen Erwartungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen an Liebe, Partnerschaft und Sexualität haben bereits Feigert et al. (2006, S. 12–14) in ihrer Studie veröffentlicht. Sexualität ist demnach ein zentrales und gleichzeitig ambivalentes Thema im Leben von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Die Ambivalenz manifestiert sich dabei in einem Spannungsfeld zwischen normativen Vorstellungen von Sexualität und Partnerschaft als Garant für eine stabile Zweierbeziehung in der Gegenüberstellung mit der eigenen Lebenswirklichkeit, die geprägt ist von eher negativen bzw. konflikthaften Erfahrungen. Laut Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012, S. 19–20) betrifft dies insbesondere Frauen mit Behinderungen, die im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich häufiger Formen von Gewalt ausgesetzt sind. Sie haben zudem eine erhöhte Vulnerabilität, wenn sie in ungleichen Partnerschaften leben und darunter leiden, während gleichzeitig Unterstützungsstellen für sie nicht erreichbar sind.

Die ungenügend gleichberechtigte Adressierung von Dienstleistungen für Menschen mit und ohne kognitive Einschränkung zeigt sich auch auf der Ebene der Versorgung bei der Qualität. So ergeben die Befunde einen grossen Nachholbedarf in Bezug auf die fachliche Qualifizierung von Mitarbeitenden der entsprechenden Einrichtungen zu spezifischen Fachkompetenzen von Behinderung und Sexualität. Diesen Befund bestätigt auch die kürzlich veröffentlichte Studie der Berner Fachhochschule, die – fokussiert auf die Teildimension der sexuellen Gewalt – festgestellt hat, dass Menschen mit Behinderung bei Verdacht auf oder bei erlittenem sexuellem Missbrauch in der Schweiz nur lokal eingeschränkt in den Kantonen beider Appenzell, St. Gallen, Zug und Zürich mit fachkompetenter Hilfe rechnen können. Das Studienergebnis belegt weiter, dass schweizweit das Versorgungssystem nur in Ansätzen spezifische Fachkompetenzen in der Kombination Behinderung und (sexuelle) Gewalt zur Verfügung stellt (Urwyler et al., 2015, S. 3).

Auch die Partizipation von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird durch die unzureichende Adressierung der für sie gedachten Angebote nachhaltig beeinflusst. Dabei ist die gesellschaftliche Teilhabe und Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung in allen Lebensbereichen nach dem Leitsatz «Nichts über uns ohne uns» ein zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention (vgl. Artikel 1 und 3 BRK, 2006, S. 1122–1123). Partizipation ist ein anderer bzw. zusätzlicher Weg, spezifisches Wissen und Können in die Bearbeitung der Anliegen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen einzubringen. Der Einbezug von Expert_innen in eigener Sache und die Ermöglichung eines institutionellen Ansatzes der Peer-to-Peer-Arbeit gewährleisten deren Erfüllung. Nach den hier vorgelegten Befunden ist die Erbringung von Dienstleistungen unter dieser Perspektive in Ansätzen vorhanden, insbesondere wenn es um die Evaluation von Angeboten geht. Es fehlt jedoch die Ausdehnung ihrer Beteiligung und Mitbestimmung auf alle Phasen professioneller Hilfe, das heisst konkret auf die Angebotsentwicklung, -durchführung und Weiterentwicklung. Dieser partizipative Gedanke, glaubwürdig umgesetzt, bringt nach Hirschberg (2010, S. 3) die Anerkennung von Menschen als Rechtssubjekte und Träger der menschlichen Würde zum Ausdruck. Er bildet zudem die Voraussetzung einer gleichwertigen Arbeitsbeziehung im Hilfesystem und schützt vor unangemessenem Machtgefälle und einem Zuviel an Fürsorge. Dieser Paradigmenwechsel spiegelt sich auch im Assistenzbeitrag¹⁹ sowie im neuen Erwachsenenschutzrecht wider, das fordert,

19 Ziel des Assistenzbeitrags ist es, Menschen mit erheblichem Assistenzbedarf ein möglichst selbstbestimmtes Leben ausserhalb von Heimstrukturen zu ermöglichen.

«die Selbstbestimmung der betroffenen Personen so weit wie möglich zu erhalten bzw. zu fördern» (vgl. Artikel 388 ZGB).

Besondere Aufmerksamkeit fordert die Gruppe der homo- und bisexuellen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen: Wie Erfahrungen aus dem Coming-out von homo- und bisexuellen Jugendlichen, Frauen und Männern ganz allgemein zeigen, ist es für diese enorm wichtig, im Prozess der Selbstfindung neben konkreten Sachinformationen in Kontakt mit anderen Peers in der gleichen Situation zu treten. Sie bewältigen dadurch einen wichtigen Abschnitt ihrer Identitätsentwicklung und -findung. Menschen mit kognitiven Einschränkungen leben und arbeiten häufig in familiären und institutionellen Kontexten, die bei unhinterfragter Heteronormativität andere Formen sexueller Orientierungen und Geschlechtsidentität mit Tabus belegen und mit vielen Barrieren belasten (Lela Lähnemann, 2011).

Wie stark die Auseinandersetzung mit der Sexualität von Menschen mit Einschränkungen schliesslich eine Handlungsfrage darstellt, formuliert Ulrike Schildmann (2007, zit. in Gisela Hermes, 2015, S. 257): «Demnach verbirgt sich hinter der Vorstellung, dass behinderte Menschen geschlechtsneutrale Wesen ohne Sexualität und Kinderwunsch sind, ein gesellschaftlich tief verwurzeltes eugenisches Denken, nämlich die Vorstellung, dass sich behinderte Menschen möglichst nicht fortpflanzen sollen, weil sie ihre Behinderung vererben oder der Gesellschaft durch zusätzliche Kosten bei der Erziehung ihrer Kinder zur Last fallen könnten.» Die vorliegende Untersuchung belegt eindrücklich, dass sich 96 Prozent der Antwortenden, die vor Ort mit Menschen mit kognitiven Einschränkungen arbeiten, für deren sexuelle Selbstbestimmung aussprechen. 43 Prozent derselben Gruppe sagen jedoch auch, dass es schwierig ist, mit ihnen darüber zu sprechen. Dies zeigt, dass die Professionellen ein Bewusstsein für das Anliegen haben, ihre Sprachlosigkeit jedoch ein Spiegel der gesamtgesellschaftlichen Sprachlosigkeit ist.

Die hier zusammengefasste und theoretisch unterlegte Faktenlage zeigt deutlich, dass als erster Schritt ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel vollzogen werden muss. Er würde Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vom Objekt zum Subjekt wandeln. Die Adressierung der Angebote zu sexueller Gesundheit würde sich in der Folge direkt an sie richten. Dies könnte der Anfang sein, um den vielfältigen, hier aufgezeigten Handlungsbedarf anzugehen und damit den Bedürfnissen dieser Gruppe noch angemessener Rechnung zu tragen.

6.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Die hier vorgelegte Untersuchung diente der Bestandsaufnahme von Angeboten zu sexueller Gesundheit in der Deutschschweiz sowie der Bedürfnisabklärung bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen hinsichtlich solcher Angebote. Sie fragte folgende menschenrechtsbasierte Kriterien ab: *Verfügbarkeit, Qualität, Zugänglichkeit, Partizipation* und *Annehmbarkeit*. Dazu wurden zwei zentrale Fragestellungen formuliert, die hier abschliessend beantwortet werden.

Der erste, quantitative Teil der Studie fragte, welche öffentlich zugänglichen und barrierefreien Angebote im Bereich der sexuellen Gesundheit für erwachsene Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Deutschschweiz bestehen. Die in den drei Arbeitsfeldern der Behindertenhilfe, der sexuellen Gesundheit und der Opfer- bzw. Täterberatungen erhobenen Daten zeigen, dass solche Angebote allgemein verfügbar sind und sowohl die grossen Städte wie auch die ländlichen Gebiete abdecken. Die heterogene Vielfalt der psychosozialen Angebote in Art und Umfang teilt sich in Bildungs-, Beratungs- und Begegnungsangebote. Davon bearbeitet nur die Behindertenhilfe alle drei Angebotskategorien, während sexuelle Gesundheit Bildung und Beratung anbietet und sich die Opfer- bzw. Täterberatung nach den erhaltenen Antworten ausschliesslich auf die Beratung konzentriert. Institutionell am wenigsten zur Verfügung gestellt werden Begegnungsangebote, was aufgrund der Resultate des qualitativen Teils der vorliegenden Studie eine erhebliche Bedarfslücke bedeutet. Zudem zeigen die Ergebnisse eine deutlich unzureichende direkte Adressierung der Informationen und Kommunikation an Menschen mit kognitiven Einschränkungen, beispielsweise durch das Fehlen leichter Sprache. Dies stellt eine unzureichende Realisierung der durch die Behindertenrechtskonvention geforderten barrierefreien Zugänglichkeit dar. Dasselbe trifft auch auf die physische Umwelt zu, wonach Bauten und Räumlichkeiten der Einrichtungen nur zu etwas über 50 Prozent die Forderung einer vollständig barrierefreien Zugänglichkeit erfüllen. Zusammenfassend lässt sich ein erheblicher Handlungs- bzw. Nachholbedarf der Institutionen in der angemessenen Realisierung des gleichberechtigten Zugangs zu Angeboten und Dienstleistungen bei Themen der sexuellen Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen feststellen. Für sie und ihre gesundheitliche Chancengleichheit in Bezug auf sexuelle Gesundheit sind die Artikel 16, 21, 23 b und 25 a der Behindertenrechtskonvention von Bedeutung; die Daten der vorliegenden Untersuchung belegen anschaulich deren unzureichende Umsetzung in den drei genannten Arbeitsfeldern.

Wie unzureichend die Sichtbarkeit von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist, zeigt sich auch in den Qualifikationen der Mitarbeitenden der Institutionen. Lediglich 20 Prozent von ihnen verfügen über nachgewiesene fachliche Qualifikationen zum Thema Behinderung und Sexualität. Dies wird nur in Ansätzen – insbesondere in der Behindertenhilfe – kompensiert, indem beispielsweise Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Expert_innen in eigener Sache im Rahmen von Peer-to-Peer-Arbeit in die Entwicklung, Planung und Durchführung entsprechender Angebote einbezogen werden. Lediglich in der Evaluation geschieht dies in allen drei Arbeitsfeldern regelmässig. Damit ist ein zentrales Anliegen der Behindertenrechtskonvention, die Partizipation der Betroffenen, nur unzureichend umgesetzt (vgl. Artikel 1 und 3 der BRK).

Der zweite, qualitative Teil dieser Studie fragte nach den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Angebote zu sexueller Gesundheit bzw. wie diese inhaltlich und strukturell gestaltet sein sollten.

Befragt wurden Wohnschülerinnen und -schüler in einer Bedürfnisabklärung zu Liebe, Partnerschaft und Sexualität. Nach den hier gewonnenen Ergebnissen stehen beziehungs- und partnerschaftsbezogene Themen an erster Stelle. Ein wichtiger Befund besteht in fehlenden Kontaktmöglichkeiten. Dies entspricht auch den Erkenntnissen des quantitativen Teils, denen zufolge Begegnungsangebote wie Kontakt- und Singlepartys nur selten angeboten werden.

Eine weitere Erkenntnis besteht darin, dass in allen drei Arbeitsfeldern die Angebote und Dienstleistungen noch viel zu wenig direkt an Menschen mit kognitiven Einschränkungen adressiert sind. Die Vorschläge unserer Teilnehmenden für einen Chat, eine App oder offene Beratungseinrichtungen zu verschiedenen Themen an zentralen Orten zeigen die hohe Bedeutung direkter Adressierung. Diese Lücke wäre dringend zu schliessen, damit Menschen mit kognitiven Einschränkungen überhaupt einen gleichberechtigten Zugang zu Angeboten sexueller Gesundheit haben und in qualitativ gleicher Weise wie die Allgemeinbevölkerung versorgt werden können. Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere in schwierigeren Lebenssituationen wie individuellen Beziehungsschwierigkeiten, Diskriminierungserfahrungen, Konflikten und Gewalt ein Unterstützungsbedarf vorhanden ist, der über eine direktere Adressierung besser abgedeckt werden könnte. Das Informationsbedürfnis zu partnerschafts- und sexualitätsbezogenen Themen könnte zudem selbstbestimmt gestillt werden.

Gleichzeitig lässt sich hier ein Eindruck von dem grossen Potenzial gewinnen, das für das gesamte Feld durch die Partizipation der Betroffenen als Expert_innen in eigener Sache freigesetzt werden könnte. Hier liesse sich die Lücke zwi-

schen Menschen mit und ohne Behinderung überbrücken und insbesondere die in Beziehungsfragen wichtigen Aspekte von «Vertrauen» und «Selbstvertrauen» im Sinne einer Peer-to-Peer-Arbeit adäquat auf die formulierten Bedürfnisse ausrichten. Nach den Ergebnissen unserer qualitativen Erhebungen wird die Ausgestaltung einer bedürfnisadäquaten Hilfe dann als erfüllt betrachtet, wenn die professionelle Unterstützung den Wunsch nach Selbstständigkeit anerkennt und die Autonomie fördert, die zu einem selbstständigen Handeln befähigt.

In allen oben genannten Aspekten gilt es, die sexuelle Orientierung zu berücksichtigen. Unsere qualitativen Erhebungen zeigen, dass insbesondere im Bereich der Behindertenhilfe Nachholbedarf besteht. Die für die Identitätsfindung wichtige Begegnung bzw. der Austausch mit anderen Lesben, Schwulen und Bisexuellen findet dort noch bei Weitem zu wenig Berücksichtigung.

6.3 Schlussfolgerungen für Angebote zu sexueller Gesundheit und Ausblick

Die Behindertenrechtskonvention macht deutlich, dass die gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen nicht eine Frage des Ermessens ist, abhängig von der Einschätzung von Fachleuten, gesellschaftlicher Einstellung und/oder der finanziellen Lage. Sie ist keine Frage der Barmherzigkeit oder Fürsorge, sondern der Menschenrechte (Brigitte Faber, 2010, S. 43).

Das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, die freie Entfaltung der Persönlichkeit und der Schutz der sexuellen Integrität gehören zum Kern der Grund- bzw. Menschenrechte, wie es die Behindertenrechtskonvention in den entsprechenden Artikeln 16, 21, 23 b und 25 a explizit formuliert. Die Schweiz als Vertragsstaat ist verpflichtet, die volle und wirksame gesellschaftliche Teilhabe von Menschen mit Behinderungen zu realisieren (vgl. Artikel 3). Sei es, dass sie dies über staatliche Institutionen tut, die sie finanziell fördert, oder die Umsetzung privaten Rechtsträgern unter der Aufforderung überlässt, ihre Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für diese Bevölkerungsgruppe zugänglich und nutzbar sind (vgl. Artikel 21 c). Diese Vorgaben lassen sich auch aus den Grundrechten der Bundesverfassung ableiten (vgl. Artikel 8 Absatz 4 und Artikel 35 Absatz 2).

Die statistischen Zahlen in Kapitel 2.2 zeigen, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen – unabhängig davon, wie stark diese Einschränkungen sind – einen substantziellen Teil der Bevölkerung ausmachen. Ihnen steht gleich wie der Allgemeinbevölkerung zu, ihre sexuellen Rechte individuell im Rahmen ihrer Möglichkeiten autonom oder mit assistierter Hilfe umzusetzen. Angebote und

Dienstleistungen zu sexueller Gesundheit sind demnach so zu adressieren und zugänglich zu machen, dass auch diese Bevölkerungsgruppe sich in die Lage versetzen kann, informiert zu handeln. Nach Nussbaum (2010) kann diese Herausforderung nur bewältigt werden, wenn ein neues Verständnis von Bürgerschaft und sozialer Kooperation entsteht, verbunden mit einer neuen Wertschätzung des «Care» als Teil des «Service public».

Der geforderte Bewusstseinswandel bildet die Voraussetzung für die fünf menschenrechtsbasierten Kriterien *barrierefreie Verfügbarkeit* und *Zugänglichkeit* sowie *Qualität*, *Partizipation* und *Annehmbarkeit* von Angeboten sexueller Gesundheit in den hier untersuchten drei Arbeitsfeldern. Damit würde auch die eingangs besprochene Schnittstellenproblematik zwischen Behindertenhilfe, sexueller Gesundheit und Opfer- bzw. Täterberatungen sichtbar und einer inhaltlichen Bearbeitung zugänglicher. Unter dieser Voraussetzung müssten Hilfe und Unterstützung zukünftig noch gezielter die Adressat_innengruppe erreichen.

Zur Verwirklichung dieses Ziels ist eine umfassende Konzeption zu sexueller Gesundheit notwendig. Eine solche Konzeption orientiert sich an den Bedürfnissen von Menschen mit kognitiven Einschränkungen. Sie gewährleistet zudem deren sexuelle Rechte, indem sie grundsätzlich entwicklungsbedingte Themen, beispielsweise von Körperwissen, Beziehung, Lebensweisen und Sexualität, die sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie auch den Schutz der sexuellen Integrität gleichwertig strukturell und inhaltlich berücksichtigt. Den Verantwortlichen ermöglicht sie, die verschiedenen, historisch gewachsenen Teildimensionen sexueller Gesundheit gemeinsam als abgestimmte Angebote mit Förderung und Schutz auf nationaler wie kantonaler Ebene anzubieten. Eine solche Umsetzung ist ressourcenorientiert und ermöglicht individuelles und solidarisches Gesundheitsverhalten zu Themen der sexuellen Gesundheit. Es wirkt der Fragmentierung der Versorgung entgegen, wie die Untersuchung der Berner Fachhochschule zur Teildimension sexuelle Gewalt gezeigt hat (Urwyler et al., 2015).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass eine umfassende Konzeption von sexueller Gesundheit ressourcenorientiert und entwicklungsförderlich ist, ohne den Schutzgedanken zu vergessen. Was dies für Menschen mit kognitiven Einschränkungen bedeuten kann, lässt sich modellhaft an der sexualpädagogischen Publikation «Herz froh» darstellen, die mitentscheidend war, 2011 einen der grössten Missbrauchsskandale in Schweizer Heimen aufzudecken und zu stoppen, indem die Opfer eben durch diese Publikation in die Lage versetzt wurden, sich zur erlittenen sexuellen Gewalt zu äussern.

Unser Forschungsvorhaben hat gezeigt, dass die Personengruppe der Menschen mit kognitiven Einschränkungen sehr heterogen ist. Es ist höchst individuell, ob die Adressat_innen sich unter «allgemeingültigen» Beschreibungen ihrer Einschränkung überhaupt wiederfinden (vgl. unsere Erfahrungen mit der Verwendung der Begriffe unter «Weiterführende Ergebnisse» in Kapitel 5.8). Das Problem der Inklusion bzw. der Adressierung lässt sich jedoch umgehen, indem grundsätzlich alle für die Allgemeinheit bestimmten Angebote und Dienstleistungen in leichter Sprache zur Verfügung gestellt werden, damit sich Menschen mit kognitiven Einschränkungen selbstständig darüber informieren können. Separate Angebote sind damit selbstverständlich nicht ausgeschlossen. Weiter ist zu empfehlen, in die Entwicklung von Information und Kommunikation grundsätzlich Expert_innen in eigener Sache einzubeziehen. Der Abbau von Barrieren führt zu erhöhtem Vertrauen und Selbstvertrauen bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die dadurch ihre Selbstwirksamkeit gesteigert erleben und die Welt um sich herum besser zu lesen lernen. Die Behindertenrechtskonvention richtet sich an alle, und Menschenrechte sind unteilbar. Daher sind Information und Kommunikation in leichter Sprache nicht nur ein Dienst für Menschen mit kognitiven Einschränkungen, sondern zugleich auch für die Allgemeinbevölkerung, durch die eine volle und wirksame Teilhabe für *alle* ermöglicht wird.

Ausblick

Vor dem Hintergrund der hier vorgelegten Studie zeichnet sich weiterer Forschungsbedarf ab. Auch sind Fragen entstanden, die es in einem nächsten Forschungsvorhaben zu klären gilt.

- Die hier vorgelegten Forschungsergebnisse beziehen sich auf Aussagen zu öffentlich zugänglichen Angeboten zu sexueller Gesundheit. Sie lassen sich nicht auf den stationären Bereich übertragen. Um empirische Informationen hierfür zu erhalten, müsste auch eine Bedarfserhebung und eine Bedürfnisabklärung in stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe durchgeführt werden. Dies ergäbe dann eine Gesamtsicht der Situation und der notwendigen Bedarfe von Angeboten zu sexueller Gesundheit, die auch Menschen mit mittelschweren bis schweren kognitiven Einschränkungen erfassen würde.
- Angebote für Menschen mit kognitiven Einschränkungen im Hinblick auf deren sexuelle Orientierung und Geschlechtsidentität (LGBT*²⁰) müssten in einem gesonderten Forschungsvorhaben erhoben werden, um empirische Aussagen zum Bedarf und zu Bedürfnissen an Unterstützung treffen zu können.

20 LGBT* ist die englische Abkürzung für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender. Das Sternchen steht als Platzhalter für alle Geschlechtlichkeit, die sich nicht näher bezeichnen lässt.

- Die Auswertung der quantitativen Erhebung hat bei den Items «Einbezug von Expert_innen in eigener Sache» und «Verwendung leichter Sprache» entgegen des Pretests zu Antworten geführt, die in Bezug auf die anderen Variablen nur unter einer emischen Sichtweise plausibel sind. Um zu diesen beiden Aspekten reliable und valide Ergebnisse zu erhalten, ist es bei einem zukünftigen Forschungsvorhaben notwendig, die beiden Begriffe vor der Fragestellung jeweils knapp zu definieren.
- Zudem ist bei einer weiteren Forschung die Adressierung/Ansprache von Menschen mit kognitiven Einschränkungen im *direkten Kontakt* zu überlegen, die eine Vielzahl von Möglichkeiten der Selbstdefinition zulässt, auch wenn es nach dem Forschungsstandard gilt, die Zielgruppe definitorisch präzise einzugrenzen. Diese Selbstverständlichkeit hinsichtlich individueller Identitätszuschreibungen erleichtert den Zugang zu der Adressat_innengruppe.
- Die Begleitgruppe hat bei einer partizipatorischen Forschung zwingend Expert_innen in eigener Sache zu berücksichtigen. Hierfür gilt es Kompetenzen zu definieren, die Grundlage einer sorgfältigen Rekrutierung bilden, sodass alle Mitglieder der Begleitgruppe als Gesamtes voneinander profitieren können. Zwei wichtige Kompetenzen sind Vorkenntnisse zu Sitzungsabläufen und ein Interesse an Themen sexueller Gesundheit. Aber auch die Forschungsdurchführenden müssen die Sitzungen in Bezug auf Zeit, Ablauf, Sprache und Honorar so planen, dass die Expert_innen in eigener Sache ihr Potenzial an Wissen entfalten können.
- Abschliessend empfiehlt die Begleitgruppe, die Medienkompetenz von Menschen mit einer Lernbehinderung bzw. Lernschwierigkeiten, die bei ihren Eltern wohnen, eingehender zu betrachten. Sie sind eine wichtige Zielgruppe des vorliegenden Forschungsprojekts. Haben sie (selbstständig) Möglichkeiten der Informationsbeschaffung? Wie beschaffen sie sich Informationen? Wie gehen sie mit diesen Informationen um bzw. was machen sie daraus?

6.4 Empfehlungen

Die in diesem Forschungsprojekt durchgeführte Erfassung der Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sowie deren erhobene Bedürfnisse zeigen Lücken auf, wo noch entsprechende Angebote geschaffen werden müssten, um einen gerechten Zugang sowie eine selbstbestimmte Lebenspraxis für diese Gruppe im Bereich sexuelle Gesundheit erreichen zu können. Darüber hinaus lassen sich aus den hier vorgelegten Ergebnissen Hinweise für die Weiterentwicklung des professionellen Handelns zu Behinderung und Sexualität in den untersuchten Arbeitsfeldern ableiten. Zum

kohärenten Ablauf der Umsetzung wird die Schaffung eines Aktions- und Massnahmenplans empfohlen. Die öffentlichen Institutionen mit den entsprechenden Aufträgen und geeigneten Grundlagen existieren bereits: auf Bundesebene das Bundesamt für Gesundheit für die öffentliche Gesundheit, das Bundesamt für Sozialversicherung für die Themen der sexuellen bzw. sexualisierten Gewalt und das Eidgenössische Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung und auf kantonaler Ebene die jeweils dort eingerichteten Verwaltungen des Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesens. Die nachfolgenden detaillierten Empfehlungen sind entlang menschenrechtsbasierter Kriterien dargestellt.

Verfügbarkeit

Die Erhebung hat gezeigt, dass Begegnungsangebote gewünscht werden, weil für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen Kontaktmöglichkeiten, insbesondere mit der Gelegenheit zu einem vertieften Kennenlernen, nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Hier bleibt aber auch die Frage, welche Angebote als spezielle Angebote geplant werden sollen und wo es gelingt, bereits Bestehendes wie beispielsweise Partnerschaftsvermittlung, Speed Dating, Singlepartys für Menschen mit kognitiven Einschränkungen inklusiv zugänglich zu machen. Es ist zu wünschen, dass solche Angebote nicht nur in den Grossstädten verfügbar sind, sondern durch Regionalisierung die Adressat_innengruppe auch auf dem Land erreichen. Eine Idee für die erleichterte Realisierung könnte beispielsweise die Zusammenarbeit mit dort bereits bestehenden Kultureinrichtungen sein. Um diese Begegnungsangebote optimal annehmbar zu gestalten, sollten Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ihre Ideen partizipativ in die Realisierung einbezogen werden.

Zudem sind bei Begegnungsangeboten die sexuellen Orientierungen (LGBT*) unbedingt zu berücksichtigen. Die Untersuchung hat gezeigt, wie notwendig solche Angebote für die Identitätsfindung von homo- und bisexuellen Menschen mit kognitiven Einschränkungen sind. Auch wurde eine besondere Unterstützung für die Phase des Coming-out formuliert.

Hinsichtlich Beratungs- und Bildungsangeboten lässt die Untersuchung erkennen, dass ein Bedürfnis nach regionalen Anlaufstellen besteht. Diese sollen leicht erreichbare Beratungszentren zu unterschiedlichen Fragen und Themen sein, zu denen auch Themen sexueller Gesundheit gehören. Die Teilnehmenden haben hier die Idee einer «Beratungs-Permanence» analog einer medizinischen Permanence bzw. Notfallpraxis an den Bahnhöfen formuliert. Eine ihrer weiteren Ideen besteht darin, einen Chat und/oder eine App zur Verfügung zu stellen, die es Menschen mit kognitiven Einschränkungen erlaubt, selbstbestimmt und

niederschwellig Information und Beratung zu partnerschafts- und sexualitäts-bezogenen Themen in Anspruch zu nehmen. In gleicher Weise liesse sich ein adressat_innengerechter Zugang für Hilfsangebote bei Verdacht oder erlittenen sexuellen Grenzverletzungen zur Verfügung stellen, hat doch die Untersuchung von Urwyler et al. (2015) gezeigt, dass sich viele Anlaufstellen nicht direkt an die Opfer – hier Menschen mit kognitiven Einschränkungen – richten, sondern an Mitarbeitende und andere Adressat_innen.

Wie eine solche webgestützte Hilfe aussehen könnte, zeigt das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit der belgischen Nichtregierungsorganisation Sensoa entwickelte webbasierte Informationsportal www.zanzu.de. Hier werden Themen der sexuellen Gesundheit gegenwärtig in zwölf Sprachen und in naher Zukunft auch in leichter Sprache angeboten. Es ist empfehlenswert, weil Themen zu Sexualität, Partnerschaft und sexueller Gesundheit umfassend dargestellt werden. Eine Adaption dieses Portals und seiner Inhalte für die Schweiz wäre möglich.

Abschliessend wäre zu wünschen, dass Bildungsangebote in Institutionen – hier beispielhaft Wohnschulen – Themen wie Körper und Hygiene sowie HIV/Aids zu einer umfassenderen Konzeption der Sexualaufklärung öffnen, damit auf diese Weise auch Beziehungsthemen, Fragen der sexuellen Orientierung und der Schutz von sexueller Integrität als Themen in die Vermittlung einfliessen können (vgl. die WHO-Standards für die Sexualaufklärung in Europa, 2011).

Zugänglichkeit

Eine wichtige Erkenntnis der Erhebung besteht darin, dass die vorhandenen bzw. zukünftig zu planenden, öffentlich zugänglichen Angebote zu sexueller Gesundheit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sehr viel direkter an diese adressiert werden müssen als bisher. Das Standardwerkzeug leichte Sprache müsste viel breiter in der Darstellung der Institutionen und ihrer Angebote zur Anwendung kommen, sowohl in gedruckten Materialien wie auch bei den Internetauftritten. Beispielsweise wären die Informations- und Aufklärungsprogramme zu sexueller Gesundheit über leichte Sprache an die Adressat_innengruppe der Menschen mit kognitiven Einschränkungen zu richten. Zudem belegt die Studie, dass auch in der physischen Barrierefreiheit der vorhandenen öffentlich zugänglichen Angebote Verbesserungspotenzial besteht. Damit würde der Anspruch der Behindertenrechtskonvention umgesetzt, für Menschen mit kognitiven Einschränkungen die uneingeschränkte Teilhabe an qualitativ hochstehenden Informationen und Beratungsangeboten zu gewährleisten.

Qualität / Annehmbarkeit

Die Qualitätsfrage bezieht sich auf mehrere Aspekte. Aus der Untersuchung lässt sich ableiten, dass eine engere Vernetzung der beiden Arbeitsfelder «Behinderterhilfe» und «sexuelle Gesundheit» auf Bundes- und Kantonalebene zur Realisierung einer passgenaueren Versorgung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen wünschenswert ist. Auf Bundesebene wäre hier beispielsweise an eine engere Zusammenarbeit der beiden Dachorganisationen von SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz und der Fachstelle Inclusion Handicap zu denken. Die Mitglieder beider Organisationen stellen über ihr Beratungsstellennetz den grössten Teil der ambulanten Versorgung. Speziell die letztere hat über ihre Mitgliedsorganisationen Zugang zu Elternvereinigungen, die für eine förderliche Weiterentwicklung der sexuellen Gesundheit aus der Perspektive der Behindertenrechtskonvention von entscheidender Bedeutung sind. Zur Koordination der vorhandenen Angebote und Qualitätssicherung ist aus den Erkenntnissen der Studie wünschenswert, dass vor Ort die Schnittstellenproblematik der beiden Arbeitsfelder durch die Einrichtung von Arbeitsgruppen bzw. runden Tischen bearbeitet wird.

Ein weiterer wichtiger Erkenntnisgewinn der Studie besteht darin, dass der Zugang zu Opfer- bzw. Täterberatungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen einfacher gestaltet werden könnte. Hier wurden entsprechende Erkenntnisse einer älteren Studie für die verbandsübergreifende Arbeitsgruppe Prävention durch die Berner Fachhochschule bestätigt. Eine engere Koordination zwischen den Akteurinnen und Akteuren in allen drei Arbeitsfeldern würde die Teildimension sexuelle Gewalt adäquat in eine Gesamtkonzeption sexueller Gesundheit zum Vorteil der Zielgruppe einbetten.

Die Studie belegt weiter, dass ein deutlicher Nachholbedarf in der adäquaten Weiterbildung der Mitarbeitenden in den Arbeitsfeldern Behindertenhilfe, Opfer- bzw. Täterberatung und sexuelle Gesundheit besteht. Diese vermittelt die notwendigen Fachkompetenzen in den beiden Bereichen Behinderung und Sexualität bzw. sexuelle Gesundheit. Damit könnte längerfristig sichergestellt werden, dass vor dem Hintergrund einer umfassenden Konzeption von sexueller Gesundheit das notwendige Fachwissen vorhanden ist und korrekt adressiert wird, damit die Klientel nicht im Schnittbereich zwischen den Feldern verloren geht. Im Sinne der Behindertenrechtskonvention wird damit sichergestellt, dass Menschen mit kognitiven Einschränkungen und ihre Anliegen in derselben Bandbreite, nach derselben Qualität und auf demselben Standard wie für die Allgemeinbevölkerung Unterstützung finden.

Auf dem Hintergrund der Bezogenheit von Menschen mit kognitiven Einschränkungen auf ihr direktes soziales Umfeld – Eltern, Betreuende, Beistandspersonen – sollten diese für Informations- und Bildungsangebote zu Themen der sexuellen Gesundheit stärker als bisher sensibilisiert werden.

Die Befunde zeigen, dass Beratungs- und Bildungsangebote zu Themen wie Liebe, Beziehung und Sexualität stark nachgefragt werden. Hier sollte zur Qualitätssicherung regelmässig überprüft werden, inwiefern solche Angebote die kognitiven Einschränkungen der Adressat_innen als Teil ihrer Persönlichkeit wahrnehmen und mit Blick auf Themen der sexuellen Gesundheit ansprechen. Die Abgleichung der normativen Vorstellungen der Zielgruppe mit der Realität und die realistische Einschätzung ihrer Situation sind ein wichtiger Beitrag zur Stärkung des individuellen Selbstvertrauens.

Partizipation

In Ergänzung der vorhandenen Fachkompetenzen der Mitarbeitenden sollten für die drei Angebotsrichtungen Bildung, Beratung und Begegnung Rahmenbedingungen geschaffen werden, die es erlauben, Menschen mit kognitiven Einschränkungen als Expert_innen in eigener Sache in die verschiedenen Arbeitsabläufe einzubeziehen. Die hier vorgelegte Untersuchung zeigt, dass dieser Anspruch für den Bereich der Evaluierung bereits gut umgesetzt ist; zur Verbesserung der Annehmbarkeit der Angebote wäre dies jedoch auch wünschenswert für die Bereiche Planung und Durchführung. Nebst der strukturellen Optimierung sollte insbesondere die Peer-to-Peer-Arbeit konzeptionell weiter unterstützt und ausgebaut werden. Die Verbesserung der Wirksamkeit könnte durch die Anlage einer Best-Practice-Sammlung aus Angeboten öffentlicher Zugänglichkeit realisiert werden, wenn diese Erkenntnisse in die Arbeit verschiedener Institutionen und Arbeitsfelder einfließen.

Die hier vorliegende Forschung ist ein Beitrag zur Bewusstseinsbildung in der Thematik Behinderung und Sexualität. Sie belegt qualitativ und quantitativ, vor welchen inneren und äusseren Barrieren Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Bezug auf Zugänglichkeit von öffentlichen Angeboten zu sexueller Gesundheit gegenwärtig stehen. Den Autorinnen und Autoren ist sehr wohl bewusst, dass sich die Herausforderungen im Rahmen der Behindertenrechtskonvention nicht allein auf Themen sexueller Gesundheit beziehen. Sie betreffen alle Lebensbereiche wie beispielsweise Arbeit, Wohnen und Finanzen.

Zu Themen der sexuellen Gesundheit von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist in erster Linie ein Bewusstseinswandel gefordert. Sexualität, Partner-

schaft und Lebensweisen sind höchstpersönliche Rechte, auf die alle Menschen, eben weil sie Menschen sind, Anspruch auf Verwirklichung haben. Der Vollzug dieses Bewusstseinswandels ermöglicht den beteiligten Akteursystemen, daran geknüpfte strukturelle und finanzielle Herausforderungen auf dem Hintergrund der hier vorgelegten Schlussfolgerungen und Empfehlungen zu reflektieren und umzusetzen.

Um den geforderten Bewusstseinswandel zu initiieren, wird empfohlen, die Sexualität von Menschen mit kognitiven Einschränkungen nicht nur auf Fortpflanzungsaspekte zu reduzieren, weil dem, wie Ulrike Schildmann formulierte, ein gesellschaftlich tief verwurzelt eugenisches Denken entspringt. Vielmehr sollte Sexualität in einem umfassenden Sinne als Lebensressource betrachtet werden, welche Selbstvertrauen und Vertrauen in die Welt hervorbringt. Die Ergebnisse zeigen, dass die Mitarbeitenden in den antwortenden Organisationen diesbezüglich eine hohe Sensibilität haben. Es ist eine sozialpolitische Herausforderung, das Denken in andere Bahnen zu lenken und soziale Innovation zu ermöglichen. Die Behindertenrechtskonvention spricht daher auch von dem wertvollen Beitrag, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt der Gemeinschaft leisten. Das gilt es zu entdecken.



Geschichten als Stimulus für die Fokusgruppe

Geschichte 1:

Marina und Sven, heterosexuelles Paar

NR.	TITEL/BILD	TEXT	INHALT
1	MARINA	Dies ist Marina, eine junge Frau. Sie wünscht sich einen Freund. Sie möchte einen Mann zum Liebhaben, Zärtlichsein... Sie hat bisher «den Richtigen» noch nicht gefunden. Sie denkt viel über Liebe, Liebesbeziehungen und Sex nach. Manchmal spricht sie mit ihrer besten Freundin darüber und schaut sich auch im Internet Dinge dazu an.	Hauptfigur 1 vorstellen und ins Thema einführen
2	SVEN	Dies ist Sven, ein junger Mann. Auch er möchte eine Freundin, eine Frau zum Liebhaben. Auch er hat bisher «die Richtige» noch nicht gefunden. Er ist ebenfalls sehr interessiert an Liebe und Sex. Er redet aber nicht viel darüber mit andern. Er schaut sich oft Dinge dazu im Internet an und manchmal auch einen Porno.	Hauptfigur 2 vorstellen und ins Thema einführen
3	KENNEN- LERNEN	Heute Abend gehen beide in die Disco. Sie freuen sich darauf, zu tanzen und mit anderen zusammen zu sein und hoffen, vielleicht auch jemanden kennenzulernen. Marina und Sven sehen sich in der Disco, gefallen einander und flirten miteinander beim Tanzen. Irgendwann trinken sie etwas zusammen und reden miteinander. Sie sind sich sympathisch und am Ende des Abends tauschen sie	sich kennen- lernen sich verlieben

		<p>ihre Handynummern. Zwei Tage später ruft Marina Sven an und sie machen für den Samstag darauf miteinander ab. Es funkt zwischen ihnen und sie sind seither zusammen.</p> <p>Marina wohnt in einer Wohngruppe. Dort freuen sie sich, dass Marina einen Freund hat und sie finden Sven nett.</p> <p>Sven wohnt bei seinen Eltern. Diese haben anfangs ein bisschen Mühe, dass Sven nun eine Freundin hat. Mit der Zeit aber, nachdem Marina öfters bei Sven zu Hause war und sie Marina kennengelernt haben, finden sie es okay.</p>	erste Reaktionen des sozialen Umfelds auf Liebesbeziehung und unterschiedliche Wohnsituationen
4	ETWAS UNTERNEHMEN	<p>Seit Sven und Marina zusammen sind, machen sie oft ab am Wochenende. Sie finden raus, was sie gerne zusammen machen. Zum Beispiel gehen sie manchmal ins Kino, sie spielen beide gerne, beide essen sehr gerne und kochen auch manchmal zusammen, und sie gehen gerne spazieren oder tanzen. Manchmal möchte Marina auch tanzen gehen und Sven lieber ins Kino. Dann müssen sie sich einigen, was sie jetzt zusammen machen möchten. Dies ist manchmal ganz einfach und manchmal schwierig.</p>	gemeinsame Freizeit- und Beziehungsgestaltung
5	VERLIEBT	<p>Sie sind richtig ineinander verliebt. Sie lieben es, sich tief in die Augen zu schauen, sie gehen oft händchenhaltend durch die Strassen. Sie lieben es, einander zu streicheln und miteinander zu schmusen.</p>	Gestaltung von Intimität
6	SELBST-BEFRIEDIGUNG	<p>Beide haben manchmal auch gerne Sex mit sich selber. Sie geniessen es, sich selbst zu berühren und zu verwöhnen. Beide haben das auch schon gemacht, bevor sie ineinander verliebt waren.</p>	Sexualität mit sich selber leben
7	VERHÜTUNG	<p>Nach einer gewissen Zeit möchten sie auch Sex miteinander haben. Sven möchte das schon länger, Marina wollte zuerst noch warten. Nun möchte sie auch die körperliche Liebe mit Sven entdecken. Sie überlegen sich, wo und wann das sein könnte, damit sie ungestört sind und es für beide ein schönes Erlebnis werden könnte.</p>	Verhütung/ Familienplanung vor erstem Geschlechtsverkehr

		Sie sind sich beide einig, dass sie jetzt noch keine Kinder möchten. Sie überlegen sich deshalb, wie sie das mit der Verhütung machen sollen. Marina und Sven gehen zu Marinas Frauenärztin. Dort besprechen sie miteinander die verschiedenen Verhütungsmittel. Marina entscheidet sich, die Pille zu nehmen.	
8	SCHUTZ VOR AIDS	Dort besprechen sie auch, wie sich beide vor Aids schützen können. Sie entscheiden sich, dass sie am Anfang ganz sicher sein möchten und sich Sven zusätzlich zur Pille ein Kondom überziehen wird. Dies schützt vor Aids und vor anderen Geschlechtskrankheiten.	Schutz vor STI
9	GESCHLECHTS-VERKEHR	Sie schlafen dann zum ersten Mal miteinander und es ist für beide ein schönes Erlebnis. Sie entdecken ihre Körper gegenseitig und haben viel Freude aneinander. Für die beiden ist es eine Fortsetzung ihrer Liebe auf körperlicher Ebene. Es gibt Zeiten, wo sie oft zusammen Sex haben und dies ganz wichtig ist, dann gibt es auch Zeiten, wo zusammen zu schlafen gerade nicht wichtig ist für die beiden.	Sexualität im Paar
10	ZUSAMMEN-WOHNEN?	Unterdessen sind Marina und Sven schon zwei Jahre zusammen. Sie sehen einander fast jedes Wochenende und manchmal auch am Abend. Sven wohnt immer noch bei seinen Eltern und Marina in der Wohngruppe. Sie merken, dass sie sehr gerne zusammenwohnen möchten. Sie diskutieren dies und überlegen sich, wer ihnen dabei helfen könnte. Schaffen sie das, alleine zu wohnen? Wer könnte sie unterstützen? Wie finden sie zusammen eine Wohnung?	Beziehungsgestaltung/ gemeinsamer Lebensmittelpunkt
11	ERSTE GEMEINSAME WOHNUNG	Sie haben es geschafft! Viele Menschen haben ihnen geholfen und sie haben nach langem Suchen eine schöne und bezahlbare Wohnung gefunden. Heute sind sie umgezogen. Hier sehen wir das Fest am Abend. Fast alle Menschen, die Marina und Sven lieb und wichtig sind, haben heute geholfen und freuen sich, dass die beiden nun zusammenwohnen. Es gibt ein feines Essen und ein gutes Glas Wein heute Abend und es wird später auch noch getanzt werden.	zusammenwohnen

Geschichte 2:

Yvonne, lesbisch

NR.	TITEL/BILD	TEXT	INHALT
16	YVONNE	<p>Heute trifft Marina endlich mal wieder Yvonne, eine gute Freundin von ihr.</p> <p>Yvonne fragt sie, ob Marina schon immer wusste, dass sie auf Männer steht.</p> <p>Marina sagt: «Ja, sicher! Ich liebe Sven.»</p> <p>Marina fragt Yvonne: «Stehst du denn nicht auf Männer?»</p> <p>Yvonne: «Nein.»</p> <p>Marina denkt sich zuerst: Wieso erzählt sie mir das? Ist sie in mich verliebt?</p> <p>Yvonne fährt dann aber weiter und sagt: «Ich bin in Anita verliebt. Sie ist erst seit drei Monaten in meiner Wohngruppe. Ich finde sie total süß und möchte immer in ihrer Nähe sein, obwohl ich dann manchmal gar nicht weiss, was ich sagen soll und ganz weiche Knie kriege, wenn ich sie sehe. Vorgestern haben wir uns geküsst. Ich glaube, sie ist auch in mich verliebt.»</p>	<p>Einführung Yvonne</p> <p>sexuelle Orientierung</p> <p>als Frau verliebt in eine andere Frau</p> <p>Coming-out bei einer Freundin</p>
17	LESBISCH/ SCHWUL	<p>Yvonne ist also in Anita verliebt. Wenn eine Frau eine Frau liebt, sagt man dem lesbisch; wenn ein Mann einen Mann liebt, heisst das schwul, oder man kann auch homosexuell sagen.</p> <p>Gemeinsam überlegen Marina und Yvonne nun, wie Anita und Yvonne so «richtig zusammen sein» könnten und ob dies Anita auch möchte.</p>	<p>Kontaktaufnahme</p>

Geschichte 3:

Paul, nicht interessiert an Sexualität und Liebesbeziehungen

NR.	TITEL / BILD	TEXT	INHALT
18	PAUL	Heute hat Sven wieder mal mit Paul abgemacht. Ein guter Freund von ihm.	Einführung Paul
19	NICHT INTERESSIERT AN ...	Paul hat keine Freundin und auch keinen Freund, niemanden, in den er verliebt ist. Alles, was mit Liebe oder Sex zu tun hat, interessiert ihn überhaupt nicht. Und so weiss Sven, dass er – wenn er mit Paul abgemacht hat – nichts über seine Liebesbeziehung zu Marina erzählen wird, weil das Paul einfach nicht interessiert.	kein Interesse an Liebe und Sexualität als mögliche Lebensform

Geschichte 4:

Claudia, Übergriffe

NR.	TITEL / BILD	TEXT	INHALT
20	CLAUDIA	Heute sieht Marina endlich mal wieder Claudia, eine andere gute Freundin von ihr. Marina merkt, dass es Claudia total schlecht geht. Sie fragt Claudia, was denn los sei. Claudia will zuerst nicht so recht erzählen. Marina sagt ihr dann, sie sehe doch, dass es ihr schlecht gehe und sie sei doch eine gute Freundin von ihr, ihr könne sie alles erzählen. Claudia beginnt zu weinen und sagt ihr, dass ihr jeweils ein Arbeitskollege im Flur zwischen die Beine greife und sie küssen wolle. Er habe ihr gesagt, sie dürfe das niemandem erzählen.	Einführung Claudia sexuelle Übergriffe auf der Arbeit
21	SEXUELLE ÜBERGRIFFE	Wenn mich zum Beispiel jemand anfasst, wo ich es nicht möchte; küssen will; Sex haben will, ohne dass ich es möchte, oder mir zum Beispiel Pornos zeigt, ohne dass ich die gucken will, dann sagt man sexueller Übergriff oder Missbrauch dazu. Marina und Claudia überlegen nun, was sie tun können, damit es Claudia wieder besser geht.	Begriffsklärung sexuelle Übergriffe

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Hinweis: Dies ist keine amtliche Veröffentlichung.

Massgebend ist allein die Veröffentlichung durch die Bundeskanzlei.

Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen

Abgeschlossen in New York am 13. Dezember 2006
Von der Bundesversammlung genehmigt am 13. Dezember 2013²
Beitrittsurkunde von der Schweiz hinterlegt am 15. April 2014
In Kraft getreten für die Schweiz am 15. Mai 2014
(Stand am 1. April 2016)

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens,

- a) unter Hinweis auf die in der Charta der Vereinten Nationen³ verkündeten Grundsätze, denen zufolge die Anerkennung der Würde und des Wertes, die allen Mitgliedern der menschlichen Gesellschaft innewohnen, sowie ihrer gleichen und unveräusserlichen Rechte die Grundlage von Freiheit, Gerechtigkeit und Frieden in der Welt bildet;
- b) in der Erkenntnis, dass die Vereinten Nationen in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und in den Internationalen Menschenrechtspakten verkündet haben und übereingekommen sind, dass jeder Mensch ohne Unterschied Anspruch auf alle darin aufgeführten Rechte und Freiheiten hat;
- c) bekräftigend, dass alle Menschenrechte und Grundfreiheiten allgemein gültig und unteilbar sind, einander bedingen und miteinander verknüpft sind und dass Menschen mit Behinderungen der volle Genuss dieser Rechte und Freiheiten ohne Diskriminierung garantiert werden muss;
- d) unter Hinweis auf den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte⁴, den Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte⁵, das Internationale Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Rassendiskriminierung⁶, das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau⁷, das Übereinkommen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe⁸, das Übereinkommen über die Rechte des Kindes⁹ und das Internationale Übereinkommen zum Schutz der Rechte aller Wanderarbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen;

AS 2014 1119; BBl 2013 661

¹ Der französische Originaltext findet sich unter der gleichen Nummer in der entsprechenden Ausgabe dieser Sammlung.

² AS 2014 1117

³ SR 0.120

⁴ SR 0.103.1

⁵ SR 0.103.2

⁶ SR 0.104

⁷ SR 0.108

⁸ SR 0.105

⁹ SR 0.107

- e) in der Erkenntnis, dass das Verständnis von Behinderung sich ständig weiterentwickelt und dass Behinderung aus der Wechselwirkung zwischen Menschen mit Beeinträchtigungen und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren entsteht, die sie an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern;
- f) in der Erkenntnis, dass die in dem Weltaktionsprogramm für Behinderte und den Rahmenbestimmungen für die Herstellung der Chancengleichheit für Behinderte enthaltenen Grundsätze und Leitlinien einen wichtigen Einfluss auf die Förderung, Ausarbeitung und Bewertung von politischen Konzepten, Plänen, Programmen und Massnahmen auf einzelstaatlicher, regionaler und internationaler Ebene zur Verbesserung der Chancengleichheit für Menschen mit Behinderungen haben;
- g) nachdrücklich darauf hinweisend, wie wichtig es ist, die Behinderungsthematik zu einem festen Bestandteil der einschlägigen Strategien der nachhaltigen Entwicklung zu machen;
- h) ebenso in der Erkenntnis, dass jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung eine Verletzung der Würde und des Wertes darstellt, die jedem Menschen innewohnen;
- i) ferner in der Erkenntnis der Vielfalt der Menschen mit Behinderungen;
- j) in Anerkennung der Notwendigkeit, die Menschenrechte aller Menschen mit Behinderungen, einschliesslich derjenigen, die intensivere Unterstützung benötigen, zu fördern und zu schützen;
- k) besorgt darüber, dass sich Menschen mit Behinderungen trotz dieser verschiedenen Dokumente und Verpflichtungen in allen Teilen der Welt nach wie vor Hindernissen für ihre Teilhabe als gleichberechtigte Mitglieder der Gesellschaft sowie Verletzungen ihrer Menschenrechte gegenübersehen;
- l) in Anerkennung der Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit für die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen mit Behinderungen in allen Ländern, insbesondere den Entwicklungsländern;
- m) in Anerkennung des wertvollen Beitrags, den Menschen mit Behinderungen zum allgemeinen Wohl und zur Vielfalt ihrer Gemeinschaften leisten und leisten können, und in der Erkenntnis, dass die Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen sowie ihrer uneingeschränkten Teilhabe ihr Zugehörigkeitsgefühl verstärken und zu erheblichen Fortschritten in der menschlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gesellschaft und bei der Beseitigung der Armut führen wird;
- n) in der Erkenntnis, wie wichtig die individuelle Autonomie und Unabhängigkeit für Menschen mit Behinderungen ist, einschliesslich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen;
- o) in der Erwägung, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben sollen, aktiv an Entscheidungsprozessen über politische Konzepte und über Programme mitzuwirken, insbesondere wenn diese sie unmittelbar betreffen;

- p) besorgt über die schwierigen Bedingungen, denen sich Menschen mit Behinderungen gegenübersehen, die mehrfachen oder verschärften Formen der Diskriminierung aufgrund der Rasse, der Hautfarbe, des Geschlechts, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen, indigenen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Geburt, des Alters oder des sonstigen Status ausgesetzt sind;
- q) in der Erkenntnis, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch ausserhalb ihres häuslichen Umfelds oft in stärkerem Masse durch Gewalt, Verletzung oder Missbrauch, Nichtbeachtung oder Vernachlässigung, Misshandlung oder Ausbeutung gefährdet sind;
- r) in der Erkenntnis, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten in vollem Umfang geniessen sollen, und unter Hinweis auf die zu diesem Zweck von den Vertragsstaaten des Übereinkommens über die Rechte des Kindes eingegangenen Verpflichtungen;
- s) nachdrücklich darauf hinweisend, dass es notwendig ist, bei allen Anstrengungen zur Förderung des vollen Genusses der Menschenrechte und Grundfreiheiten durch Menschen mit Behinderungen die Geschlechterperspektive einzubeziehen;
- t) unter besonderem Hinweis darauf, dass die Mehrzahl der Menschen mit Behinderungen in einem Zustand der Armut lebt, und diesbezüglich in der Erkenntnis, dass die nachteiligen Auswirkungen der Armut auf Menschen mit Behinderungen dringend angegangen werden müssen;
- u) in dem Bewusstsein, dass Frieden und Sicherheit auf der Grundlage der uneingeschränkten Achtung der in der Charta der Vereinten Nationen enthaltenen Ziele und Grundsätze sowie der Einhaltung der anwendbaren Übereinkünfte auf dem Gebiet der Menschenrechte unabdingbar sind für den umfassenden Schutz von Menschen mit Behinderungen, insbesondere in bewaffneten Konflikten oder während ausländischer Besetzung;
- v) in der Erkenntnis, wie wichtig es ist, dass Menschen mit Behinderungen vollen Zugang zur physischen, sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Umwelt, zu Gesundheit und Bildung sowie zu Information und Kommunikation haben, damit sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll geniessen können;
- w) im Hinblick darauf, dass der Einzelne gegenüber seinen Mitmenschen und der Gemeinschaft, der er angehört, Pflichten hat und gehalten ist, für die Förderung und Achtung der in der Internationalen Menschenrechtscharta anerkannten Rechte einzutreten;
- x) in der Überzeugung, dass die Familie die natürliche Kernzelle der Gesellschaft ist und Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat hat und dass Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen den erforderlichen Schutz und die notwendige Unterstützung erhalten sollen, um es den Familien zu ermöglichen, zum vollen und gleichberechtigten Genuss der Rechte der Menschen mit Behinderungen beizutragen;

- y) in der Überzeugung, dass ein umfassendes und in sich geschlossenes internationales Übereinkommen zur Förderung und zum Schutz der Rechte und der Würde von Menschen mit Behinderungen sowohl in den Entwicklungsländern als auch in den entwickelten Ländern einen massgeblichen Beitrag zur Beseitigung der tiefgreifenden sozialen Benachteiligung von Menschen mit Behinderungen leisten und ihre Teilhabe am bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben auf der Grundlage der Chancengleichheit fördern wird;

haben Folgendes vereinbart:

Art. 1 Zweck

Zweck dieses Übereinkommens ist es, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern.

Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.

Art. 2 Begriffsbestimmungen

Im Sinne dieses Übereinkommens:

schliesst «Kommunikation» Sprachen, Textdarstellung, Brailleschrift, taktile Kommunikation, Grossdruck, leicht zugängliches Multimedia sowie schriftliche, auditive, in einfache Sprache übersetzte, durch Vorleser zugänglich gemachte sowie ergänzende und alternative Formen, Mittel und Formate der Kommunikation, einschliesslich leicht zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologie, ein; schliesst «Sprache» gesprochene Sprachen sowie Gebärdensprachen und andere nicht gesprochene Sprachen ein;

bedeutet «Diskriminierung aufgrund von Behinderung» jede Unterscheidung, Ausschliessung oder Beschränkung aufgrund von Behinderung, die zum Ziel oder zur Folge hat, dass das auf die Gleichberechtigung mit anderen gegründete Anerkennen, Geniessen oder Ausüben aller Menschenrechte und Grundfreiheiten im politischen, wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen, bürgerlichen oder jedem anderen Bereich beeinträchtigt oder vereitelt wird. Sie umfasst alle Formen der Diskriminierung, einschliesslich der Versagung angemessener Vorkehrungen;

bedeutet «angemessene Vorkehrungen» notwendige und geeignete Änderungen und Anpassungen, die keine unverhältnismässige oder unbillige Belastung darstellen und die, wenn sie in einem bestimmten Fall erforderlich sind, vorgenommen werden, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen alle Menschenrechte und Grundfreiheiten geniessen oder ausüben können;

bedeutet «universelles Design» ein Design von Produkten, Umfeldern, Programmen und Dienstleistungen in der Weise, dass sie von allen Menschen möglichst weitgehend ohne eine Anpassung oder ein spezielles Design genutzt werden können. «Universelles Design» schliesst Hilfsmittel für bestimmte Gruppen von Menschen mit Behinderungen, soweit sie benötigt werden, nicht aus.

Art. 3 Allgemeine Grundsätze

Die Grundsätze dieses Übereinkommens sind:

- a) die Achtung der dem Menschen innewohnenden Würde, seiner individuellen Autonomie, einschliesslich der Freiheit, eigene Entscheidungen zu treffen, sowie seiner Unabhängigkeit;
- b) die Nichtdiskriminierung;
- c) die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und Einbeziehung in die Gesellschaft;
- d) die Achtung vor der Unterschiedlichkeit von Menschen mit Behinderungen und die Akzeptanz dieser Menschen als Teil der menschlichen Vielfalt und der Menschheit;
- e) die Chancengleichheit;
- f) die Zugänglichkeit;
- g) die Gleichberechtigung von Mann und Frau;
- h) die Achtung vor den sich entwickelnden Fähigkeiten von Kindern mit Behinderungen und die Achtung ihres Rechts auf Wahrung ihrer Identität.

Art. 4 Allgemeine Verpflichtungen

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, die volle Verwirklichung aller Menschenrechte und Grundfreiheiten für alle Menschen mit Behinderungen ohne jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu gewährleisten und zu fördern. Zu diesem Zweck verpflichten sich die Vertragsstaaten:

- a) alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs- und sonstigen Massnahmen zur Umsetzung der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu treffen;
- b) alle geeigneten Massnahmen einschliesslich gesetzgeberischer Massnahmen zur Änderung oder Aufhebung bestehender Gesetze, Verordnungen, Gepflogenheiten und Praktiken zu treffen, die eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen darstellen;
- c) den Schutz und die Förderung der Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen in allen politischen Konzepten und allen Programmen zu berücksichtigen;
- d) Handlungen oder Praktiken, die mit diesem Übereinkommen unvereinbar sind, zu unterlassen und dafür zu sorgen, dass die staatlichen Behörden und

öffentlichen Einrichtungen im Einklang mit diesem Übereinkommen handeln;

- e) alle geeigneten Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung aufgrund von Behinderung durch Personen, Organisationen oder private Unternehmen zu ergreifen;
- f) Forschung und Entwicklung für Güter, Dienstleistungen, Geräte und Einrichtungen in universellem Design, wie in Artikel 2 definiert, die den besonderen Bedürfnissen von Menschen mit Behinderungen mit möglichst geringem Anpassungs- und Kostenaufwand gerecht werden, zu betreiben oder zu fördern, ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und sich bei der Entwicklung von Normen und Richtlinien für universelles Design einzusetzen;
- g) Forschung und Entwicklung für neue Technologien, die für Menschen mit Behinderungen geeignet sind, einschliesslich Informations- und Kommunikationstechnologien, Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien, zu betreiben oder zu fördern sowie ihre Verfügbarkeit und Nutzung zu fördern und dabei Technologien zu erschwinglichen Kosten den Vorrang zu geben;
- h) für Menschen mit Behinderungen zugängliche Informationen über Mobilitätshilfen, Geräte und unterstützende Technologien, einschliesslich neuer Technologien, sowie andere Formen von Hilfe, Unterstützungsdiensten und Einrichtungen zur Verfügung zu stellen;
- i) die Schulung von Fachkräften und anderem mit Menschen mit Behinderungen arbeitendem Personal auf dem Gebiet der in diesem Übereinkommen anerkannten Rechte zu fördern, damit die aufgrund dieser Rechte garantierten Hilfen und Dienste besser geleistet werden können.

(2) Hinsichtlich der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte verpflichtet sich jeder Vertragsstaat, unter Ausschöpfung seiner verfügbaren Mittel und erforderlichenfalls im Rahmen der internationalen Zusammenarbeit Massnahmen zu treffen, um nach und nach die volle Verwirklichung dieser Rechte zu erreichen, unbeschadet derjenigen Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen, die nach dem Völkerrecht sofort anwendbar sind.

(3) Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschliesslich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.

(4) Dieses Übereinkommen lässt zur Verwirklichung der Rechte von Menschen mit Behinderungen besser geeignete Bestimmungen, die im Recht eines Vertragsstaats oder in dem für diesen Staat geltenden Völkerrecht enthalten sind, unberührt. Die in einem Vertragsstaat durch Gesetze, Übereinkommen, Verordnungen oder durch Gewohnheitsrecht anerkannten oder bestehenden Menschenrechte und Grundfreiheiten dürfen nicht unter dem Vorwand beschränkt oder ausser Kraft gesetzt werden,

dass dieses Übereinkommen derartige Rechte oder Freiheiten nicht oder nur in einem geringeren Ausmass anerkenne.

(5) Die Bestimmungen dieses Übereinkommens gelten ohne Einschränkung oder Ausnahme für alle Teile eines Bundesstaats.

Art. 5 Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass alle Menschen vor dem Gesetz gleich sind, vom Gesetz gleich zu behandeln sind und ohne Diskriminierung Anspruch auf gleichen Schutz durch das Gesetz und gleiche Vorteile durch das Gesetz haben.

(2) Die Vertragsstaaten verbieten jede Diskriminierung aufgrund von Behinderung und garantieren Menschen mit Behinderungen gleichen und wirksamen rechtlichen Schutz vor Diskriminierung, gleichviel aus welchen Gründen.

(3) Zur Förderung der Gleichberechtigung und zur Beseitigung von Diskriminierung unternehmen die Vertragsstaaten alle geeigneten Schritte, um die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen zu gewährleisten.

(4) Besondere Massnahmen, die zur Beschleunigung oder Herbeiführung der tatsächlichen Gleichberechtigung von Menschen mit Behinderungen erforderlich sind, gelten nicht als Diskriminierung im Sinne dieses Übereinkommens.

Art. 6 Frauen mit Behinderungen

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Frauen und Mädchen mit Behinderungen mehrfacher Diskriminierung ausgesetzt sind, und ergreifen in dieser Hinsicht Massnahmen, um zu gewährleisten, dass sie alle Menschenrechte und Grundfreiheiten voll und gleichberechtigt geniessen können.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen zur Sicherung der vollen Entfaltung, der Förderung und der Stärkung der Autonomie der Frauen, um zu garantieren, dass sie die in diesem Übereinkommen genannten Menschenrechte und Grundfreiheiten ausüben und geniessen können.

Art. 7 Kinder mit Behinderungen

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle erforderlichen Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern alle Menschenrechte und Grundfreiheiten geniessen können.

(2) Bei allen Massnahmen, die Kinder mit Behinderungen betreffen, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

(3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen das Recht haben, ihre Meinung in allen sie berührenden Angelegenheiten gleichberechtigt mit anderen Kindern frei zu äussern, wobei ihre Meinung angemessen und entsprechend ihrem Alter und ihrer Reife berücksichtigt wird, und behinderungsgerechte sowie altersgemässe Hilfe zu erhalten, damit sie dieses Recht verwirklichen können.

Art. 8 Bewusstseinsbildung

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, sofortige, wirksame und geeignete Massnahmen zu ergreifen, um:

- a) in der gesamten Gesellschaft, einschliesslich auf der Ebene der Familien, das Bewusstsein für Menschen mit Behinderungen zu schärfen und die Achtung ihrer Rechte und ihrer Würde zu fördern;
- b) Klischees, Vorurteile und schädliche Praktiken gegenüber Menschen mit Behinderungen, einschliesslich aufgrund des Geschlechts oder des Alters, in allen Lebensbereichen zu bekämpfen;
- c) das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Zu den diesbezüglichen Massnahmen gehören:

- a) die Einleitung und dauerhafte Durchführung wirksamer Kampagnen zur Bewusstseinsbildung in der Öffentlichkeit mit dem Ziel:
 - i) die Aufgeschlossenheit gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen zu erhöhen,
 - ii) eine positive Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen und ein grösseres gesellschaftliches Bewusstsein ihnen gegenüber zu fördern,
 - iii) die Anerkennung der Fertigkeiten, Verdienste und Fähigkeiten von Menschen mit Behinderungen und ihres Beitrags zur Arbeitswelt und zum Arbeitsmarkt zu fördern;
- b) die Förderung einer respektvollen Einstellung gegenüber den Rechten von Menschen mit Behinderungen auf allen Ebenen des Bildungssystems, auch bei allen Kindern von früher Kindheit an;
- c) die Aufforderung an alle Medienorgane, Menschen mit Behinderungen in einer dem Zweck dieses Übereinkommens entsprechenden Weise darzustellen;
- d) die Förderung von Schulungsprogrammen zur Schärfung des Bewusstseins für Menschen mit Behinderungen und für deren Rechte.

Art. 9 Zugänglichkeit

(1) Um Menschen mit Behinderungen eine unabhängige Lebensführung und die volle Teilhabe in allen Lebensbereichen zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Massnahmen mit dem Ziel, für Menschen mit Behinderungen den gleichberechtigten Zugang zur physischen Umwelt, zu Transportmitteln, Information und Kommunikation, einschliesslich Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, sowie zu anderen Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit in städtischen und ländlichen Gebieten offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, zu gewährleisten. Diese Massnahmen, welche die Feststellung und Beseitigung von Zugangshindernissen und -barrieren einschliessen, gelten unter anderem für:

- a) Gebäude, Strassen, Transportmittel sowie andere Einrichtungen in Gebäuden und im Freien, einschliesslich Schulen, Wohnhäusern, medizinischer Einrichtungen und Arbeitsstätten;
 - b) Informations-, Kommunikations- und andere Dienste, einschliesslich elektronischer Dienste und Notdienste.
- (2) Die Vertragsstaaten treffen ausserdem geeignete Massnahmen:
- a) um Mindeststandards und Leitlinien für die Zugänglichkeit von Einrichtungen und Diensten, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, auszuarbeiten und zu erlassen und ihre Anwendung zu überwachen;
 - b) um sicherzustellen, dass private Rechtsträger, die Einrichtungen und Dienste, die der Öffentlichkeit offenstehen oder für sie bereitgestellt werden, anbieten, alle Aspekte der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen berücksichtigen;
 - c) um betroffenen Kreisen Schulungen zu Fragen der Zugänglichkeit für Menschen mit Behinderungen anzubieten;
 - d) um in Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, Beschilderungen in Brailleschrift und in leicht lesbarer und verständlicher Form anzubringen;
 - e) um menschliche und tierische Hilfe sowie Mittelpersonen, unter anderem Personen zum Führen und Vorlesen sowie professionelle Gebärdensprachdolmetscher und -dolmetscherinnen, zur Verfügung zu stellen mit dem Ziel, den Zugang zu Gebäuden und anderen Einrichtungen, die der Öffentlichkeit offenstehen, zu erleichtern;
 - f) um andere geeignete Formen der Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen zu fördern, damit ihr Zugang zu Informationen gewährleistet wird;
 - g) um den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien und -systemen, einschliesslich des Internets, zu fördern;
 - h) um die Gestaltung, die Entwicklung, die Herstellung und den Vertrieb zugänglicher Informations- und Kommunikationstechnologien und -systeme in einem frühen Stadium zu fördern, sodass deren Zugänglichkeit mit möglichst geringem Kostenaufwand erreicht wird.

Art. 10 **Recht auf Leben**

Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass jeder Mensch ein angeborenes Recht auf Leben hat, und treffen alle erforderlichen Massnahmen, um den wirksamen und gleichberechtigten Genuss dieses Rechts durch Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Art. 11 Gefahrensituationen und humanitäre Notlagen

Die Vertragsstaaten ergreifen im Einklang mit ihren Verpflichtungen nach dem Völkerrecht, einschliesslich des humanitären Völkerrechts und der internationalen Menschenrechtsnormen, alle erforderlichen Massnahmen, um in Gefahrensituationen, einschliesslich bewaffneter Konflikte, humanitärer Notlagen und Naturkatastrophen, den Schutz und die Sicherheit von Menschen mit Behinderungen zu gewährleisten.

Art. 12 Gleiche Anerkennung vor dem Recht

(1) Die Vertragsstaaten bekräftigen, dass Menschen mit Behinderungen das Recht haben, überall als Rechtssubjekt anerkannt zu werden.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen, dass Menschen mit Behinderungen in allen Lebensbereichen gleichberechtigt mit anderen Rechts- und Handlungsfähigkeit geniessen.

(3) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen Zugang zu der Unterstützung zu verschaffen, die sie bei der Ausübung ihrer Rechts- und Handlungsfähigkeit gegebenenfalls benötigen.

(4) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass zu allen die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit betreffenden Massnahmen im Einklang mit den internationalen Menschenrechtsnormen geeignete und wirksame Sicherungen vorgesehen werden, um Missbräuche zu verhindern. Diese Sicherungen müssen gewährleisten, dass bei den Massnahmen betreffend die Ausübung der Rechts- und Handlungsfähigkeit die Rechte, der Wille und die Präferenzen der betreffenden Person geachtet werden, es nicht zu Interessenkonflikten und missbräuchlicher Einflussnahme kommt, dass die Massnahmen verhältnismässig und auf die Umstände der Person zugeschnitten sind, dass sie von möglichst kurzer Dauer sind und dass sie einer regelmässigen Überprüfung durch eine zuständige, unabhängige und unparteiische Behörde oder gerichtliche Stelle unterliegen. Die Sicherungen müssen im Hinblick auf das Ausmass, in dem diese Massnahmen die Rechte und Interessen der Person berühren, verhältnismässig sein.

(5) Vorbehaltlich dieses Artikels treffen die Vertragsstaaten alle geeigneten und wirksamen Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das gleiche Recht wie andere haben, Eigentum zu besitzen oder zu erben, ihre finanziellen Angelegenheiten selbst zu regeln und gleichen Zugang zu Bankdarlehen, Hypotheken und anderen Finanzkrediten zu haben, und gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich ihr Eigentum entzogen wird.

Art. 13 Zugang zur Justiz

(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksamen Zugang zur Justiz, unter anderem durch verfahrensbezogene und altersgemässe Vorkehrungen, um ihre wirksame unmittelbare und mittelbare Teilnahme, einschliesslich als Zeugen und Zeuginnen, an allen Gerichtsverfahren, auch in der Ermittlungsphase und in anderen Vorverfahrensphasen, zu erleichtern.

(2) Um zur Gewährleistung des wirksamen Zugangs von Menschen mit Behinderungen zur Justiz beizutragen, fördern die Vertragsstaaten geeignete Schulungen für die im Justizwesen tätigen Personen, einschliesslich des Personals von Polizei und Strafvollzug.

Art. 14 Freiheit und Sicherheit der Person

(1) Die Vertragsstaaten gewährleisten:

- a) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen das Recht auf persönliche Freiheit und Sicherheit geniessen;
- b) dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen die Freiheit nicht rechtswidrig oder willkürlich entzogen wird, dass jede Freiheitsentziehung im Einklang mit dem Gesetz erfolgt und dass das Vorliegen einer Behinderung in keinem Fall eine Freiheitsentziehung rechtfertigt.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen, denen aufgrund eines Verfahrens ihre Freiheit entzogen wird, gleichberechtigten Anspruch auf die in den internationalen Menschenrechtsnormen vorgesehenen Garantien haben und im Einklang mit den Zielen und Grundsätzen dieses Übereinkommens behandelt werden, einschliesslich durch die Bereitstellung angemessener Vorkehrungen.

Art. 15 Freiheit von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe

(1) Niemand darf der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden. Insbesondere darf niemand ohne seine freiwillige Zustimmung medizinischen oder wissenschaftlichen Versuchen unterworfen werden.

(2) Die Vertragsstaaten treffen alle wirksamen gesetzgeberischen, verwaltungsmässigen, gerichtlichen oder sonstigen Massnahmen, um auf der Grundlage der Gleichberechtigung zu verhindern, dass Menschen mit Behinderungen der Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe unterworfen werden.

Art. 16 Freiheit von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch

(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial-, Bildungs- und sonstigen Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen sowohl innerhalb als auch ausserhalb der Wohnung vor jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch, einschliesslich ihrer geschlechtsspezifischen Aspekte, zu schützen.

(2) Die Vertragsstaaten treffen ausserdem alle geeigneten Massnahmen, um jede Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch zu verhindern, indem sie unter anderem geeignete Formen von der Geschlecht und das Alter berücksichtigender Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen und ihre Familien und Betreuungspersonen gewährleisten, einschliesslich durch die Bereitstellung von

Informationen und Aufklärung darüber, wie Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch verhindert, erkannt und angezeigt werden können. Die Vertragsstaaten sorgen dafür, dass Schutzdienste das Alter, das Geschlecht und die Behinderung der betroffenen Personen berücksichtigen.

(3) Zur Verhinderung jeder Form von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch stellen die Vertragsstaaten sicher, dass alle Einrichtungen und Programme, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, wirksam von unabhängigen Behörden überwacht werden.

(4) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen, um die körperliche, kognitive und psychische Genesung, die Rehabilitation und die soziale Wiedereingliederung von Menschen mit Behinderungen, die Opfer irgendeiner Form von Ausbeutung, Gewalt oder Missbrauch werden, zu fördern, auch durch die Bereitstellung von Schutzeinrichtungen. Genesung und Wiedereingliederung müssen in einer Umgebung stattfinden, die der Gesundheit, dem Wohlergehen, der Selbstachtung, der Würde und der Autonomie des Menschen förderlich ist und geschlechts- und altersspezifischen Bedürfnissen Rechnung trägt.

(5) Die Vertragsstaaten schaffen wirksame Rechtsvorschriften und politische Konzepte, einschliesslich solcher, die auf Frauen und Kinder ausgerichtet sind, um sicherzustellen, dass Fälle von Ausbeutung, Gewalt und Missbrauch gegenüber Menschen mit Behinderungen erkannt, untersucht und gegebenenfalls strafrechtlich verfolgt werden.

Art. 17 Schutz der Unversehrtheit der Person

Jeder Mensch mit Behinderungen hat gleichberechtigt mit anderen das Recht auf Achtung seiner körperlichen und seelischen Unversehrtheit.

Art. 18 Freizügigkeit und Staatsangehörigkeit

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Freizügigkeit, auf freie Wahl ihres Aufenthaltsorts und auf eine Staatsangehörigkeit, indem sie unter anderem gewährleisten, dass:

- a) Menschen mit Behinderungen das Recht haben, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben und ihre Staatsangehörigkeit zu wechseln, und dass ihnen diese nicht willkürlich oder aufgrund von Behinderung entzogen wird;
- b) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung die Möglichkeit versagt wird, Dokumente zum Nachweis ihrer Staatsangehörigkeit oder andere Identitätsdokumente zu erhalten, zu besitzen und zu verwenden oder einschlägige Verfahren wie Einwanderungsverfahren in Anspruch zu nehmen, die gegebenenfalls erforderlich sind, um die Ausübung des Rechts auf Freizügigkeit zu erleichtern;
- c) Menschen mit Behinderungen die Freiheit haben, jedes Land einschliesslich ihres eigenen zu verlassen;
- d) Menschen mit Behinderungen nicht willkürlich oder aufgrund von Behinderung das Recht entzogen wird, in ihr eigenes Land einzureisen.

(2) Kinder mit Behinderungen sind unverzüglich nach ihrer Geburt in ein Register einzutragen und haben das Recht auf einen Namen von Geburt an, das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben, und soweit möglich das Recht, ihre Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden.

Art. 19 Unabhängige Lebensführung und Einbeziehung in die Gemeinschaft

Die Vertragsstaaten dieses Übereinkommens anerkennen das gleiche Recht aller Menschen mit Behinderungen, mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben, und treffen wirksame und geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen den vollen Genuss dieses Rechts und ihre volle Einbeziehung in die Gemeinschaft und Teilhabe an der Gemeinschaft zu erleichtern, indem sie unter anderem gewährleisten, dass:

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt die Möglichkeit haben, ihren Aufenthaltsort zu wählen und zu entscheiden, wo und mit wem sie leben, und nicht verpflichtet sind, in besonderen Wohnformen zu leben;
- b) Menschen mit Behinderungen Zugang zu einer Reihe von gemeindenahen Unterstützungsdiensten zu Hause und in Einrichtungen sowie zu sonstigen gemeindenahen Unterstützungsdiensten haben, einschliesslich der persönlichen Assistenz, die zur Unterstützung des Lebens in der Gemeinschaft und der Einbeziehung in die Gemeinschaft sowie zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft notwendig ist;
- c) gemeindenahen Dienstleistungen und Einrichtungen für die Allgemeinheit Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung zur Verfügung stehen und ihren Bedürfnissen Rechnung tragen.

Art. 20 Persönliche Mobilität

Die Vertragsstaaten treffen wirksame Massnahmen, um für Menschen mit Behinderungen persönliche Mobilität mit grösstmöglicher Unabhängigkeit sicherzustellen, indem sie unter anderem:

- a) die persönliche Mobilität von Menschen mit Behinderungen in der Art und Weise und zum Zeitpunkt ihrer Wahl und zu erschwinglichen Kosten erleichtern;
- b) den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu hochwertigen Mobilitätshilfen, Geräten, unterstützenden Technologien und menschlicher und tierischer Hilfe sowie Mittelpersonen erleichtern, auch durch deren Bereitstellung zu erschwinglichen Kosten;
- c) Menschen mit Behinderungen und Fachkräften, die mit Menschen mit Behinderungen arbeiten, Schulungen in Mobilitätsfertigkeiten anbieten;
- d) Hersteller von Mobilitätshilfen, Geräten und unterstützenden Technologien ermutigen, alle Aspekte der Mobilität für Menschen mit Behinderungen zu berücksichtigen.

Art. 21 Recht der freien Meinungsäusserung, Meinungsfreiheit und
Zugang zu Informationen

Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie Meinungsäusserung und Meinungsfreiheit, einschliesslich der Freiheit, Informationen und Gedankengut sich zu beschaffen, zu empfangen und weiterzugeben, gleichberechtigt mit anderen und durch alle von ihnen gewählten Formen der Kommunikation im Sinne des Artikels 2 ausüben können, unter anderem indem sie:

- a) Menschen mit Behinderungen für die Allgemeinheit bestimmte Informationen rechtzeitig und ohne zusätzliche Kosten in zugänglichen Formaten und Technologien, die für unterschiedliche Arten der Behinderung geeignet sind, zur Verfügung stellen;
- b) im Umgang mit Behörden die Verwendung von Gebärdensprachen, Brailleschrift, ergänzenden und alternativen Kommunikationsformen und allen sonstigen selbst gewählten zugänglichen Mitteln, Formen und Formaten der Kommunikation durch Menschen mit Behinderungen akzeptieren und erleichtern;
- c) private Rechtsträger, die, einschliesslich durch das Internet, Dienste für die Allgemeinheit anbieten, dringend dazu auffordern, Informationen und Dienstleistungen in Formaten zur Verfügung zu stellen, die für Menschen mit Behinderungen zugänglich und nutzbar sind;
- d) die Massenmedien, einschliesslich der Anbieter von Informationen über das Internet, dazu auffordern, ihre Dienstleistungen für Menschen mit Behinderungen zugänglich zu gestalten;
- e) die Verwendung von Gebärdensprachen anerkennen und fördern.

Art. 22 Achtung der Privatsphäre

(1) Menschen mit Behinderungen dürfen unabhängig von ihrem Aufenthaltsort oder der Wohnform, in der sie leben, keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung oder ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation oder rechtswidrigen Beeinträchtigungen ihrer Ehre oder ihres Rufes ausgesetzt werden. Menschen mit Behinderungen haben Anspruch auf rechtlichen Schutz gegen solche Eingriffe oder Beeinträchtigungen.

(2) Die Vertragsstaaten schützen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen die Vertraulichkeit von Informationen über die Person, die Gesundheit und die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen.

Art. 23 Achtung der Wohnung und der Familie

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass:

- a) das Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schliessen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird;
- b) das Recht von Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersgemässer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt werden;
- c) Menschen mit Behinderungen, einschliesslich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten.

(2) Die Vertragsstaaten gewährleisten die Rechte und Pflichten von Menschen mit Behinderungen in Fragen der Vormundschaft, Pflegschaft¹⁰, Personen- und Vermögenssorge, Adoption von Kindern oder ähnlichen Rechtsinstituten, soweit das innerstaatliche Recht solche kennt; in allen Fällen ist das Wohl des Kindes ausschlaggebend. Die Vertragsstaaten unterstützen Menschen mit Behinderungen in angemessener Weise bei der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung.

(3) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass Kinder mit Behinderungen gleiche Rechte in Bezug auf das Familienleben haben. Zur Verwirklichung dieser Rechte und mit dem Ziel, das Verbergen, das Aussetzen, die Vernachlässigung und die Absonderung von Kindern mit Behinderungen zu verhindern, verpflichten sich die Vertragsstaaten, Kindern mit Behinderungen und ihren Familien frühzeitig umfassende Informationen, Dienste und Unterstützung zur Verfügung zu stellen.

(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden.

(5) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, in Fällen, in denen die nächsten Familienangehörigen nicht in der Lage sind, für ein Kind mit Behinderungen zu sorgen, alle Anstrengungen zu unternehmen, um andere Formen der Betreuung innerhalb der weiteren Familie und, falls dies nicht möglich ist, innerhalb der Gemeinschaft in einem familienähnlichen Umfeld zu gewährleisten.

Art. 24 Bildung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen und lebenslanges Lernen mit dem Ziel:

- a) die menschlichen Möglichkeiten sowie das Bewusstsein der Würde und das Selbstwertgefühl des Menschen voll zur Entfaltung zu bringen und die Ach-

¹⁰ Schweiz: Beistandschaft

tung vor den Menschenrechten, den Grundfreiheiten und der menschlichen Vielfalt zu stärken;

- b) Menschen mit Behinderungen ihre Persönlichkeit, ihre Begabungen und ihre Kreativität sowie ihre geistigen und körperlichen Fähigkeiten voll zur Entfaltung bringen zu lassen;
 - c) Menschen mit Behinderungen zur wirklichen Teilhabe an einer freien Gesellschaft zu befähigen.
- (2) Bei der Verwirklichung dieses Rechts stellen die Vertragsstaaten sicher, dass:
- a) Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom allgemeinen Bildungssystem ausgeschlossen werden und dass Kinder mit Behinderungen nicht aufgrund von Behinderung vom unentgeltlichen und obligatorischen Grundschulunterricht oder vom Besuch weiterführender Schulen ausgeschlossen werden;
 - b) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen in der Gemeinschaft, in der sie leben, Zugang zu einem integrativen, hochwertigen und unentgeltlichen Unterricht an Grundschulen und weiterführenden Schulen haben;
 - c) angemessene Vorkehrungen für die Bedürfnisse des Einzelnen getroffen werden;
 - d) Menschen mit Behinderungen innerhalb des allgemeinen Bildungssystems die notwendige Unterstützung geleistet wird, um ihre erfolgreiche Bildung zu erleichtern;
 - e) in Übereinstimmung mit dem Ziel der vollständigen Integration wirksame individuell angepasste Unterstützungsmassnahmen in einem Umfeld, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet, angeboten werden.
- (3) Die Vertragsstaaten ermöglichen Menschen mit Behinderungen, lebenspraktische Fertigkeiten und soziale Kompetenzen zu erwerben, um ihre volle und gleichberechtigte Teilhabe an der Bildung und als Mitglieder der Gemeinschaft zu erleichtern. Zu diesem Zweck ergreifen die Vertragsstaaten geeignete Massnahmen; unter anderem:
- a) erleichtern sie das Erlernen von Brailleschrift, alternativer Schrift, ergänzenden und alternativen Formen, Mitteln und Formaten der Kommunikation, den Erwerb von Orientierungs- und Mobilitätsfertigkeiten sowie die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen und das Mentoring;
 - b) erleichtern sie das Erlernen der Gebärdensprache und die Förderung der sprachlichen Identität der Gehörlosen;
 - c) stellen sie sicher, dass blinden, gehörlosen oder taubblinden Menschen, insbesondere Kindern, Bildung in den Sprachen und Kommunikationsformen und mit den Kommunikationsmitteln, die für den Einzelnen am besten geeignet sind, sowie in einem Umfeld vermittelt wird, das die bestmögliche schulische und soziale Entwicklung gestattet.

(4) Um zur Verwirklichung dieses Rechts beizutragen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Massnahmen zur Einstellung von Lehrkräften, einschliesslich solcher mit Behinderungen, die in Gebärdensprache oder Brailleschrift ausgebildet sind, und zur Schulung von Fachkräften sowie Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen auf allen Ebenen des Bildungswesens. Diese Schulung schliesst die Schärfung des Bewusstseins für Behinderungen und die Verwendung geeigneter ergänzender und alternativer Formen, Mittel und Formate der Kommunikation sowie pädagogische Verfahren und Materialien zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen ein.

(5) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen Zugang zu allgemeiner Hochschulbildung, Berufsausbildung, Erwachsenenbildung und lebenslangem Lernen haben. Zu diesem Zweck stellen die Vertragsstaaten sicher, dass für Menschen mit Behinderungen angemessene Vorkehrungen getroffen werden.

Art. 25 Gesundheit

Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung. Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Massnahmen, um zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu geschlechtsspezifischen Gesundheitsdiensten, einschliesslich gesundheitlicher Rehabilitation, haben. Insbesondere:

- a) stellen die Vertragsparteien Menschen mit Behinderungen eine unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard zur Verfügung wie anderen Menschen, einschliesslich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen und der Gesamtbevölkerung zur Verfügung stehender Programme des öffentlichen Gesundheitswesens;
- b) bieten die Vertragsstaaten die Gesundheitsleistungen an, die von Menschen mit Behinderungen speziell wegen ihrer Behinderungen benötigt werden, soweit angebracht, einschliesslich Früherkennung und Frühintervention, sowie Leistungen, durch die, auch bei Kindern und älteren Menschen, weitere Behinderungen möglichst gering gehalten oder vermieden werden sollen;
- c) bieten die Vertragsstaaten diese Gesundheitsleistungen so gemeindenah wie möglich an, auch in ländlichen Gebieten;
- d) erlegen die Vertragsstaaten den Angehörigen der Gesundheitsberufe die Verpflichtung auf, Menschen mit Behinderungen eine Versorgung von gleicher Qualität wie anderen Menschen angedeihen zu lassen, namentlich auf der Grundlage der freien Einwilligung nach vorheriger Aufklärung, indem sie unter anderem durch Schulungen und den Erlass ethischer Normen für die staatliche und private Gesundheitsversorgung das Bewusstsein für die Menschenrechte, die Würde, die Autonomie und die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen schärfen;
- e) verbieten die Vertragsstaaten die Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen in der Krankenversicherung und in der Lebensversicherung, soweit

eine solche Versicherung nach innerstaatlichem Recht zulässig ist; solche Versicherungen sind zu fairen und angemessenen Bedingungen anzubieten;

- f) verhindern die Vertragsstaaten die diskriminierende Vorenthaltung von Gesundheitsversorgung oder -leistungen oder von Nahrungsmitteln und Flüssigkeiten aufgrund von Behinderung.

Art. 26 Habilitation und Rehabilitation

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Massnahmen, einschliesslich durch die Unterstützung durch andere Menschen mit Behinderungen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmass an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren. Zu diesem Zweck organisieren, stärken und erweitern die Vertragsstaaten umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und -programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste, und zwar so, dass diese Leistungen und Programme:

- a) im frühestmöglichen Stadium einsetzen und auf einer multidisziplinären Bewertung der individuellen Bedürfnisse und Stärken beruhen;
- b) die Einbeziehung in die Gemeinschaft und die Gesellschaft in allen ihren Aspekten sowie die Teilhabe daran unterstützen, freiwillig sind und Menschen mit Behinderungen so gemeindenah wie möglich zur Verfügung stehen, auch in ländlichen Gebieten.

(2) Die Vertragsstaaten fördern die Entwicklung der Aus- und Fortbildung für Fachkräfte und Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Habilitations- und Rehabilitationsdiensten.

(3) Die Vertragsstaaten fördern die Verfügbarkeit, die Kenntnis und die Verwendung unterstützender Geräte und Technologien, die für Menschen mit Behinderungen bestimmt sind, für die Zwecke der Habilitation und Rehabilitation.

Art. 27 Arbeit und Beschäftigung

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf Arbeit; dies beinhaltet das Recht auf die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen, die in einem offenen, integrativen und für Menschen mit Behinderungen zugänglichen Arbeitsmarkt und Arbeitsumfeld frei gewählt oder angenommen wird. Die Vertragsstaaten sichern und fördern die Verwirklichung des Rechts auf Arbeit, einschliesslich für Menschen, die während der Beschäftigung eine Behinderung erwerben, durch geeignete Schritte, einschliesslich des Erlasses von Rechtsvorschriften, um unter anderem:

- a) Diskriminierung aufgrund von Behinderung in allen Angelegenheiten im Zusammenhang mit einer Beschäftigung gleich welcher Art, einschliesslich der Auswahl-, Einstellungs- und Beschäftigungsbedingungen, der Weiterbe-

schäftigung, des beruflichen Aufstiegs sowie sicherer und gesunder Arbeitsbedingungen, zu verbieten;

- b) das gleiche Recht von Menschen mit Behinderungen auf gerechte und günstige Arbeitsbedingungen, einschliesslich Chancengleichheit und gleichen Entgelts für gleichwertige Arbeit, auf sichere und gesunde Arbeitsbedingungen, einschliesslich Schutz vor Belästigungen, und auf Abhilfe bei Missständen zu schützen;
- c) zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderungen ihre Arbeitnehmer- und Gewerkschaftsrechte gleichberechtigt mit anderen ausüben können;
- d) Menschen mit Behinderungen wirksamen Zugang zu allgemeinen fachlichen und beruflichen Beratungsprogrammen, Stellenvermittlung sowie Berufsausbildung und Weiterbildung zu ermöglichen;
- e) für Menschen mit Behinderungen Beschäftigungsmöglichkeiten und beruflichen Aufstieg auf dem Arbeitsmarkt sowie die Unterstützung bei der Arbeitssuche, beim Erhalt und der Beibehaltung eines Arbeitsplatzes und beim beruflichen Wiedereinstieg zu fördern;
- f) Möglichkeiten für Selbständigkeit, Unternehmertum, die Bildung von Genossenschaften und die Gründung eines eigenen Geschäfts zu fördern;
- g) Menschen mit Behinderungen im öffentlichen Sektor zu beschäftigen;
- h) die Beschäftigung von Menschen mit Behinderungen im privaten Sektor durch geeignete Strategien und Massnahmen zu fördern, wozu auch Programme für positive Massnahmen, Anreize und andere Massnahmen gehören können;
- i) sicherzustellen, dass am Arbeitsplatz angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen getroffen werden;
- j) das Sammeln von Arbeitserfahrung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt durch Menschen mit Behinderungen zu fördern;
- k) Programme für die berufliche Rehabilitation, den Erhalt des Arbeitsplatzes und den beruflichen Wiedereinstieg von Menschen mit Behinderungen zu fördern.

(2) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass Menschen mit Behinderungen nicht in Sklaverei oder Leibeigenschaft gehalten werden und dass sie gleichberechtigt mit anderen vor Zwangs- oder Pflichtarbeit geschützt werden.

Art. 28 Angemessener Lebensstandard und sozialer Schutz

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf einen angemessenen Lebensstandard für sich selbst und ihre Familien, einschliesslich angemessener Ernährung, Bekleidung und Wohnung, sowie auf eine stetige Verbesserung der Lebensbedingungen und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung.

(2) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf sozialen Schutz und den Genuss dieses Rechts ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung und unternehmen geeignete Schritte zum Schutz und zur Förderung der Verwirklichung dieses Rechts, einschliesslich Massnahmen, um:

- a) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zur Versorgung mit sauberem Wasser und den Zugang zu geeigneten und erschwinglichen Dienstleistungen, Geräten und anderen Hilfen für Bedürfnisse im Zusammenhang mit ihrer Behinderung zu sichern;
- b) Menschen mit Behinderungen, insbesondere Frauen und Mädchen sowie älteren Menschen mit Behinderungen, den Zugang zu Programmen für sozialen Schutz und Programmen zur Armutsbekämpfung zu sichern;
- c) in Armut lebenden Menschen mit Behinderungen und ihren Familien den Zugang zu staatlicher Hilfe bei behinderungsbedingten Aufwendungen, einschliesslich ausreichender Schulung, Beratung, finanzieller Unterstützung sowie Kurzzeitbetreuung, zu sichern;
- d) Menschen mit Behinderungen den Zugang zu Programmen des sozialen Wohnungsbaus zu sichern;
- e) Menschen mit Behinderungen gleichberechtigten Zugang zu Leistungen und Programmen der Altersversorgung zu sichern.

Art. 29 Teilhabe am politischen und öffentlichen Leben

Die Vertragsstaaten garantieren Menschen mit Behinderungen die politischen Rechte sowie die Möglichkeit, diese gleichberechtigt mit anderen zu geniessen, und verpflichten sich:

- a) sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend am politischen und öffentlichen Leben teilhaben können, sei es unmittelbar oder durch frei gewählte Vertreter oder Vertreterinnen, was auch das Recht und die Möglichkeit einschliesst, zu wählen und gewählt zu werden; unter anderem:
 - i) stellen sie sicher, dass die Wahlverfahren, -einrichtungen und -materialien geeignet, zugänglich und leicht zu verstehen und zu handhaben sind,
 - ii) schützen sie das Recht von Menschen mit Behinderungen, bei Wahlen und Volksabstimmungen in geheimer Abstimmung ohne Einschüchterung ihre Stimme abzugeben, bei Wahlen zu kandidieren, ein Amt wirksam innezuhaben und alle öffentlichen Aufgaben auf allen Ebenen staatlicher Tätigkeit wahrzunehmen, indem sie gegebenenfalls die Nutzung unterstützender und neuer Technologien erleichtern,
 - iii) garantieren sie die freie Willensäusserung von Menschen mit Behinderungen als Wähler und Wählerinnen und erlauben zu diesem Zweck im Bedarfsfall auf Wunsch, dass sie sich bei der Stimmabgabe durch eine Person ihrer Wahl unterstützen lassen;

- b) aktiv ein Umfeld zu fördern, in dem Menschen mit Behinderungen ohne Diskriminierung und gleichberechtigt mit anderen wirksam und umfassend an der Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten mitwirken können, und ihre Mitwirkung an den öffentlichen Angelegenheiten zu begünstigen, unter anderem:
 - i) die Mitarbeit in nichtstaatlichen Organisationen und Vereinigungen, die sich mit dem öffentlichen und politischen Leben ihres Landes befassen, und an den Tätigkeiten und der Verwaltung politischer Parteien,
 - ii) die Bildung von Organisationen von Menschen mit Behinderungen, die sie auf internationaler, nationaler, regionaler und lokaler Ebene vertreten, und den Beitritt zu solchen Organisationen.

Art. 30 Teilhabe am kulturellen Leben sowie an Erholung, Freizeit und Sport

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen, gleichberechtigt mit anderen am kulturellen Leben teilzunehmen, und treffen alle geeigneten Massnahmen, um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen:

- a) Zugang zu kulturellem Material in zugänglichen Formaten haben;
- b) Zugang zu Fernsehprogrammen, Filmen, Theatervorstellungen und anderen kulturellen Aktivitäten in zugänglichen Formaten haben;
- c) Zugang zu Orten kultureller Darbietungen oder Dienstleistungen, wie Theatern, Museen, Kinos, Bibliotheken und Tourismusdiensten, sowie, so weit wie möglich, zu Denkmälern und Stätten von nationaler kultureller Bedeutung haben.

(2) Die Vertragsstaaten treffen geeignete Massnahmen, um Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit zu geben, ihr kreatives, künstlerisches und intellektuelles Potenzial zu entfalten und zu nutzen, nicht nur für sich selbst, sondern auch zur Bereicherung der Gesellschaft.

(3) Die Vertragsstaaten unternehmen alle geeigneten Schritte im Einklang mit dem Völkerrecht, um sicherzustellen, dass Gesetze zum Schutz von Rechten des geistigen Eigentums keine ungerechtfertigte oder diskriminierende Barriere für den Zugang von Menschen mit Behinderungen zu kulturellem Material darstellen.

(4) Menschen mit Behinderungen haben gleichberechtigt mit anderen Anspruch auf Anerkennung und Unterstützung ihrer spezifischen kulturellen und sprachlichen Identität, einschliesslich der Gebärdensprachen und der Gehörlosenkultur.

(5) Mit dem Ziel, Menschen mit Behinderungen die gleichberechtigte Teilnahme an Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten zu ermöglichen, treffen die Vertragsstaaten geeignete Massnahmen:

- a) um Menschen mit Behinderungen zu ermutigen, so umfassend wie möglich an breiten sportlichen Aktivitäten auf allen Ebenen teilzunehmen, und ihre Teilnahme zu fördern;
- b) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen die Möglichkeit haben, behinderungsspezifische Sport- und Erholungsaktivitäten zu organisie-

ren, zu entwickeln und an solchen teilzunehmen, und zu diesem Zweck die Bereitstellung eines geeigneten Angebots an Anleitung, Training und Ressourcen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen zu fördern;

- c) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Sport-, Erholungs- und Tourismusstätten haben;
- d) um sicherzustellen, dass Kinder mit Behinderungen gleichberechtigt mit anderen Kindern an Spiel-, Erholungs-, Freizeit- und Sportaktivitäten teilnehmen können, einschliesslich im schulischen Bereich;
- e) um sicherzustellen, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu Dienstleistungen der Organisatoren von Erholungs-, Tourismus-, Freizeit- und Sportaktivitäten haben.

Art. 31 Statistik und Datensammlung

(1) Die Vertragsstaaten verpflichten sich zur Sammlung geeigneter Informationen, einschliesslich statistischer Angaben und Forschungsdaten, die ihnen ermöglichen, politische Konzepte zur Durchführung dieses Übereinkommens auszuarbeiten und umzusetzen. Das Verfahren zur Sammlung und Aufbewahrung dieser Informationen muss:

- a) mit den gesetzlichen Schutzvorschriften, einschliesslich der Rechtsvorschriften über den Datenschutz, zur Sicherung der Vertraulichkeit und der Achtung der Privatsphäre von Menschen mit Behinderungen im Einklang stehen;
- b) mit den international anerkannten Normen zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten und den ethischen Grundsätzen für die Sammlung und Nutzung statistischer Daten im Einklang stehen.

(2) Die im Einklang mit diesem Artikel gesammelten Informationen werden, soweit angebracht, aufgeschlüsselt und dazu verwendet, die Umsetzung der Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen durch die Vertragsstaaten zu beurteilen und die Hindernisse, denen sich Menschen mit Behinderungen bei der Ausübung ihrer Rechte gegenübersehen, zu ermitteln und anzugehen.

(3) Die Vertragsstaaten übernehmen die Verantwortung für die Verbreitung dieser Statistiken und sorgen dafür, dass sie für Menschen mit Behinderungen und andere zugänglich sind.

Art. 32 Internationale Zusammenarbeit

(1) Die Vertragsstaaten anerkennen die Bedeutung der internationalen Zusammenarbeit und deren Förderung zur Unterstützung der einzelstaatlichen Anstrengungen für die Verwirklichung des Zwecks und der Ziele dieses Übereinkommens und treffen diesbezüglich geeignete und wirksame Massnahmen, zwischenstaatlich sowie, soweit angebracht, in Partnerschaft mit den einschlägigen internationalen und regionalen Organisationen und der Zivilgesellschaft, insbesondere Organisationen von Menschen mit Behinderungen. Unter anderem können sie Massnahmen ergreifen, um:

- a) sicherzustellen, dass die internationale Zusammenarbeit, einschliesslich internationaler Entwicklungsprogramme, Menschen mit Behinderungen einbezieht und für sie zugänglich ist;
- b) den Aufbau von Kapazitäten zu erleichtern und zu unterstützen, unter anderem durch den Austausch und die Weitergabe von Informationen, Erfahrungen, Ausbildungsprogrammen und vorbildlichen Praktiken;
- c) die Forschungszusammenarbeit und den Zugang zu wissenschaftlichen und technischen Kenntnissen zu erleichtern;
- d) soweit angebracht, technische und wirtschaftliche Hilfe zu leisten, unter anderem durch Erleichterung des Zugangs zu zugänglichen und unterstützenden Technologien und ihres Austauschs sowie durch Weitergabe von Technologien.

(2) Dieser Artikel berührt nicht die Pflicht jedes Vertragsstaats, seine Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen zu erfüllen.

Art. 33 Innerstaatliche Durchführung und Überwachung

(1) Die Vertragsstaaten bestimmen nach Massgabe ihrer staatlichen Organisation eine oder mehrere staatliche Anlaufstellen für Angelegenheiten im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Übereinkommens und prüfen sorgfältig die Schaffung oder Bestimmung eines staatlichen Koordinierungsmechanismus, der die Durchführung der entsprechenden Massnahmen in verschiedenen Bereichen und auf verschiedenen Ebenen erleichtern soll.

(2) Die Vertragsstaaten unterhalten, stärken, bestimmen oder schaffen nach Massgabe ihres Rechts- und Verwaltungssystems auf einzelstaatlicher Ebene für die Förderung, den Schutz und die Überwachung der Durchführung dieses Übereinkommens eine Struktur, die, je nachdem, was angebracht ist, einen oder mehrere unabhängige Mechanismen einschliesst. Bei der Bestimmung oder Schaffung eines solchen Mechanismus berücksichtigen die Vertragsstaaten die Grundsätze betreffend die Rechtsstellung und die Arbeitsweise der einzelstaatlichen Institutionen zum Schutz und zur Förderung der Menschenrechte.

(3) Die Zivilgesellschaft, insbesondere Menschen mit Behinderungen und die sie vertretenden Organisationen, wird in den Überwachungsprozess einbezogen und nimmt in vollem Umfang daran teil.

Art. 34 Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen

(1) Es wird ein Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen (im Folgenden als «Ausschuss» bezeichnet) eingesetzt, der die nachstehend festgelegten Aufgaben wahrnimmt.

(2) Der Ausschuss besteht zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Übereinkommens aus zwölf Sachverständigen. Nach 60 weiteren Ratifikationen oder Beitritten zu dem Übereinkommen erhöht sich die Zahl der Ausschussmitglieder um sechs auf die Höchstzahl von 18.

(3) Die Ausschussmitglieder sind in persönlicher Eigenschaft tätig und müssen Persönlichkeiten von hohem sittlichen Ansehen und anerkannter Sachkenntnis und Erfahrung auf dem von diesem Übereinkommen erfassten Gebiet sein. Die Vertragsstaaten sind aufgefordert, bei der Benennung ihrer Kandidaten oder Kandidatinnen Artikel 4 Absatz 3 gebührend zu berücksichtigen.

(4) Die Ausschussmitglieder werden von den Vertragsstaaten gewählt, wobei auf eine gerechte geografische Verteilung, die Vertretung der verschiedenen Kulturkreise und der hauptsächlichlichen Rechtssysteme, die ausgewogene Vertretung der Geschlechter und die Beteiligung von Sachverständigen mit Behinderungen zu achten ist.

(5) Die Ausschussmitglieder werden auf Sitzungen der Konferenz der Vertragsstaaten in geheimer Wahl aus einer Liste von Personen gewählt, die von den Vertragsstaaten aus dem Kreis ihrer Staatsangehörigen benannt worden sind. Auf diesen Sitzungen, die beschlussfähig sind, wenn zwei Drittel der Vertragsstaaten vertreten sind, gelten diejenigen Kandidaten oder Kandidatinnen als in den Ausschuss gewählt, welche die höchste Stimmenzahl und die absolute Stimmenmehrheit der anwesenden und abstimmenden Vertreter beziehungsweise Vertreterinnen der Vertragsstaaten auf sich vereinigen.

(6) Die erste Wahl findet spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Übereinkommens statt. Spätestens vier Monate vor jeder Wahl fordert der Generalsekretär der Vereinten Nationen die Vertragsstaaten schriftlich auf, innerhalb von zwei Monaten ihre Benennungen einzureichen. Der Generalsekretär fertigt sodann eine alphabetische Liste aller auf diese Weise benannten Personen an, unter Angabe der Vertragsstaaten, die sie benannt haben, und übermittelt sie den Vertragsstaaten.

(7) Die Ausschussmitglieder werden für vier Jahre gewählt. Ihre einmalige Wiederwahl ist zulässig. Die Amtszeit von sechs der bei der ersten Wahl gewählten Mitglieder läuft jedoch nach zwei Jahren ab; unmittelbar nach der ersten Wahl werden die Namen dieser sechs Mitglieder von dem oder der Vorsitzenden der in Absatz 5 genannten Sitzung durch das Los bestimmt.

(8) Die Wahl der sechs zusätzlichen Ausschussmitglieder findet bei den ordentlichen Wahlen im Einklang mit den einschlägigen Bestimmungen dieses Artikels statt.

(9) Wenn ein Ausschussmitglied stirbt oder zurücktritt oder erklärt, dass es aus anderen Gründen seine Aufgaben nicht mehr wahrnehmen kann, ernennt der Vertragsstaat, der das Mitglied benannt hat, für die verbleibende Amtszeit eine andere sachverständige Person, die über die Befähigungen verfügt und die Voraussetzungen erfüllt, die in den einschlägigen Bestimmungen dieses Artikels beschrieben sind.

(10) Der Ausschuss gibt sich eine Geschäftsordnung.

(11) Der Generalsekretär der Vereinten Nationen stellt dem Ausschuss das Personal und die Einrichtung zur Verfügung, die dieser zur wirksamen Wahrnehmung seiner Aufgaben nach diesem Übereinkommen benötigt, und beruft seine erste Sitzung ein.

(12) Die Mitglieder des nach diesem Übereinkommen eingesetzten Ausschusses erhalten mit Zustimmung der Generalversammlung der Vereinten Nationen Bezüge

aus Mitteln der Vereinten Nationen zu den von der Generalversammlung unter Berücksichtigung der Bedeutung der Aufgaben des Ausschusses zu beschliessenden Bedingungen.

(13) Die Ausschussmitglieder haben Anspruch auf die Erleichterungen, Vorrechte und Immunitäten der Sachverständigen im Auftrag der Vereinten Nationen, die in den einschlägigen Abschnitten des Übereinkommens über die Vorrechte und Immunitäten der Vereinten Nationen vorgesehen sind.

Art. 35 Berichte der Vertragsstaaten

(1) Jeder Vertragsstaat legt dem Ausschuss über den Generalsekretär der Vereinten Nationen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieses Übereinkommens für den betreffenden Vertragsstaat einen umfassenden Bericht über die Massnahmen, die er zur Erfüllung seiner Verpflichtungen aus dem Übereinkommen getroffen hat, und über die dabei erzielten Fortschritte vor.

(2) Danach legen die Vertragsstaaten mindestens alle vier Jahre und darüber hinaus jeweils auf Anforderung des Ausschusses Folgeberichte vor.

(3) Der Ausschuss beschliesst gegebenenfalls Leitlinien für den Inhalt der Berichte.

(4) Ein Vertragsstaat, der dem Ausschuss einen ersten umfassenden Bericht vorgelegt hat, braucht in seinen Folgeberichten die früher mitgeteilten Angaben nicht zu wiederholen. Die Vertragsstaaten sind gebeten, ihre Berichte an den Ausschuss in einem offenen und transparenten Verfahren zu erstellen und dabei Artikel 4 Absatz 3 gebührend zu berücksichtigen.

(5) In den Berichten kann auf Faktoren und Schwierigkeiten hingewiesen werden, die das Ausmass der Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Übereinkommen beeinflussen.

Art. 36 Prüfung der Berichte

(1) Der Ausschuss prüft jeden Bericht; er kann ihn mit den ihm geeignet erscheinenden Vorschlägen und allgemeinen Empfehlungen versehen und leitet diese dem betreffenden Vertragsstaat zu. Dieser kann dem Ausschuss hierauf jede Information übermitteln, die er zu geben wünscht. Der Ausschuss kann die Vertragsstaaten um weitere Angaben über die Durchführung dieses Übereinkommens ersuchen.

(2) Liegt ein Vertragsstaat mit der Vorlage eines Berichts in erheblichem Rückstand, so kann der Ausschuss dem betreffenden Vertragsstaat notifizieren, dass die Durchführung dieses Übereinkommens im betreffenden Vertragsstaat auf der Grundlage der dem Ausschuss zur Verfügung stehenden zuverlässigen Informationen geprüft werden muss, falls der Bericht nicht innerhalb von drei Monaten nach dieser Notifikation vorgelegt wird. Der Ausschuss fordert den betreffenden Vertragsstaat auf, bei dieser Prüfung mitzuwirken. Falls der Vertragsstaat daraufhin den Bericht vorlegt, findet Absatz 1 Anwendung.

(3) Der Generalsekretär der Vereinten Nationen stellt die Berichte allen Vertragsstaaten zur Verfügung.

(4) Die Vertragsstaaten sorgen für eine weite Verbreitung ihrer Berichte im eigenen Land und erleichtern den Zugang zu den Vorschlägen und allgemeinen Empfehlungen zu diesen Berichten.

(5) Der Ausschuss übermittelt, wenn er dies für angebracht hält, den Sonderorganisationen, Fonds und Programmen der Vereinten Nationen und anderen zuständigen Stellen Berichte der Vertragsstaaten, damit ein darin enthaltenes Ersuchen um fachliche Beratung oder Unterstützung oder ein darin enthaltener Hinweis, dass ein diesbezügliches Bedürfnis besteht, aufgegriffen werden kann; etwaige Bemerkungen und Empfehlungen des Ausschusses zu diesen Ersuchen oder Hinweisen werden beigefügt.

Art. 37 Zusammenarbeit zwischen den Vertragsstaaten und dem Ausschuss

(1) Jeder Vertragsstaat arbeitet mit dem Ausschuss zusammen und ist seinen Mitgliedern bei der Erfüllung ihres Mandats behilflich.

(2) In seinen Beziehungen zu den Vertragsstaaten prüft der Ausschuss gebührend Möglichkeiten zur Stärkung der einzelstaatlichen Fähigkeiten zur Durchführung dieses Übereinkommens, einschliesslich durch internationale Zusammenarbeit.

Art. 38 Beziehungen des Ausschusses zu anderen Organen

Um die wirksame Durchführung dieses Übereinkommens und die internationale Zusammenarbeit auf dem von dem Übereinkommen erfassten Gebiet zu fördern:

- a) haben die Sonderorganisationen und andere Organe der Vereinten Nationen das Recht, bei der Erörterung der Durchführung derjenigen Bestimmungen des Übereinkommens, die in ihren Aufgabenbereich fallen, vertreten zu sein. Der Ausschuss kann, wenn er dies für angebracht hält, Sonderorganisationen und andere zuständige Stellen einladen, sachkundige Stellungnahmen zur Durchführung des Übereinkommens auf Gebieten abzugeben, die in ihren jeweiligen Aufgabenbereich fallen. Der Ausschuss kann Sonderorganisationen und andere Organe der Vereinten Nationen einladen, ihm Berichte über die Durchführung des Übereinkommens auf den Gebieten vorzulegen, die in ihren Tätigkeitsbereich fallen;
- b) konsultiert der Ausschuss bei der Wahrnehmung seines Mandats, soweit angebracht, andere einschlägige Organe, die durch internationale Menschenrechtsverträge geschaffen wurden, mit dem Ziel, die Kohärenz ihrer jeweiligen Berichterstattungsleitlinien, Vorschläge und allgemeinen Empfehlungen zu gewährleisten sowie Doppelungen und Überschneidungen bei der Durchführung ihrer Aufgaben zu vermeiden.

Art. 39 Bericht des Ausschusses

Der Ausschuss berichtet der Generalversammlung und dem Wirtschafts- und Sozialrat alle zwei Jahre über seine Tätigkeit und kann aufgrund der Prüfung der von den Vertragsstaaten eingegangenen Berichte und Auskünfte Vorschläge machen und

allgemeine Empfehlungen abgeben. Diese werden zusammen mit etwaigen Stellungnahmen der Vertragsstaaten in den Ausschussbericht aufgenommen.

Art. 40 Konferenz der Vertragsstaaten

(1) Die Vertragsstaaten treten regelmässig in einer Konferenz der Vertragsstaaten zusammen, um jede Angelegenheit im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Übereinkommens zu behandeln.

(2) Die Konferenz der Vertragsstaaten wird vom Generalsekretär der Vereinten Nationen spätestens sechs Monate nach Inkrafttreten dieses Übereinkommens einberufen. Die folgenden Treffen werden vom Generalsekretär alle zwei Jahre oder auf Beschluss der Konferenz der Vertragsstaaten einberufen.

Art. 41 Verwahrer¹¹

Der Generalsekretär der Vereinten Nationen ist Verwahrer¹² dieses Übereinkommens.

Art. 42 Unterzeichnung

Dieses Übereinkommen liegt für alle Staaten und für Organisationen der regionalen Integration ab dem 30. März 2007 am Sitz der Vereinten Nationen in New York zur Unterzeichnung auf.

Art. 43 Zustimmung, gebunden zu sein

Dieses Übereinkommen bedarf der Ratifikation durch die Unterzeichnerstaaten und der förmlichen Bestätigung durch die unterzeichnenden Organisationen der regionalen Integration. Es steht allen Staaten oder Organisationen der regionalen Integration, die das Übereinkommen nicht unterzeichnet haben, zum Beitritt offen.

Art. 44 Organisationen der regionalen Integration

(1) Der Ausdruck «Organisation der regionalen Integration» bezeichnet eine von souveränen Staaten einer bestimmten Region gebildete Organisation, der ihre Mitgliedstaaten die Zuständigkeit für von diesem Übereinkommen erfasste Angelegenheiten übertragen haben. In ihren Urkunden der förmlichen Bestätigung oder Beitrittsurkunden erklären diese Organisationen den Umfang ihrer Zuständigkeiten in Bezug auf die durch dieses Übereinkommen erfassten Angelegenheiten. Danach teilen sie dem Verwahrer¹³ jede erhebliche Änderung des Umfangs ihrer Zuständigkeiten mit.

(2) Bezugnahmen auf «Vertragsstaaten» in diesem Übereinkommen finden auf solche Organisationen im Rahmen ihrer Zuständigkeit Anwendung.

¹¹ Österreich, Schweiz: Depositar

¹² Österreich, Schweiz: Depositar

¹³ Österreich, Schweiz: Depositar

(3) Für die Zwecke des Artikels 45 Absatz 1 und des Artikels 47 Absätze 2 und 3 wird eine von einer Organisation der regionalen Integration hinterlegte Urkunde nicht mitgezählt.

(4) Organisationen der regionalen Integration können in Angelegenheiten ihrer Zuständigkeit ihr Stimmrecht in der Konferenz der Vertragsstaaten mit der Anzahl von Stimmen ausüben, die der Anzahl ihrer Mitgliedstaaten entspricht, die Vertragsparteien dieses Übereinkommens sind. Diese Organisationen üben ihr Stimmrecht nicht aus, wenn einer ihrer Mitgliedstaaten sein Stimmrecht ausübt, und umgekehrt.

Art. 45 Inkrafttreten

(1) Dieses Übereinkommen tritt am 30. Tag nach Hinterlegung der 20. Ratifikations- oder Beitrittsurkunde in Kraft.

(2) Für jeden Staat und jede Organisation der regionalen Integration, der beziehungsweise die dieses Übereinkommen nach Hinterlegung der 20. entsprechenden Urkunde ratifiziert, förmlich bestätigt oder ihm beitrifft, tritt das Übereinkommen am 30. Tag nach Hinterlegung der eigenen Urkunde in Kraft.

Art. 46 Vorbehalte

(1) Vorbehalte, die mit Ziel und Zweck dieses Übereinkommens unvereinbar sind, sind nicht zulässig.

(2) Vorbehalte können jederzeit zurückgenommen werden.

Art. 47 Änderungen

(1) Jeder Vertragsstaat kann eine Änderung dieses Übereinkommens vorschlagen und beim Generalsekretär der Vereinten Nationen einreichen. Der Generalsekretär übermittelt jeden Änderungsvorschlag den Vertragsstaaten mit der Aufforderung, ihm zu notifizieren, ob sie eine Konferenz der Vertragsstaaten zur Beratung und Entscheidung über den Vorschlag befürworten. Befürwortet innerhalb von vier Monaten nach dem Datum der Übermittlung wenigstens ein Drittel der Vertragsstaaten eine solche Konferenz, so beruft der Generalsekretär die Konferenz unter der Schirmherrschaft der Vereinten Nationen ein. Jede Änderung, die von einer Mehrheit von zwei Dritteln der anwesenden und abstimmenden Vertragsstaaten beschlossen wird, wird vom Generalsekretär der Generalversammlung der Vereinten Nationen zur Genehmigung und danach allen Vertragsstaaten zur Annahme vorgelegt.

(2) Eine nach Absatz 1 beschlossene und genehmigte Änderung tritt am 30. Tag nach dem Zeitpunkt in Kraft, zu dem die Anzahl der hinterlegten Annahmearkunden zwei Drittel der Anzahl der Vertragsstaaten zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über die Änderung erreicht. Danach tritt die Änderung für jeden Vertragsstaat am 30. Tag nach Hinterlegung seiner eigenen Annahmearkunde in Kraft. Eine Änderung ist nur für die Vertragsstaaten, die sie angenommen haben, verbindlich.

(3) Wenn die Konferenz der Vertragsstaaten dies im Konsens beschliesst, tritt eine nach Absatz 1 beschlossene und genehmigte Änderung, die ausschliesslich die Artikel 34, 38, 39 und 40 betrifft, für alle Vertragsstaaten am 30. Tag nach dem

Zeitpunkt in Kraft, zu dem die Anzahl der hinterlegten Annahmeerkunden zwei Drittel der Anzahl der Vertragsstaaten zum Zeitpunkt der Beschlussfassung über die Änderung erreicht.

Art. 48 Kündigung

Ein Vertragsstaat kann dieses Übereinkommen durch eine an den Generalsekretär der Vereinten Nationen gerichtete schriftliche Notifikation kündigen. Die Kündigung wird ein Jahr nach Eingang der Notifikation beim Generalsekretär wirksam.

Art. 49 Zugängliches Format

Der Wortlaut dieses Übereinkommens wird in zugänglichen Formaten zur Verfügung gestellt.

Art. 50 Verbindliche Wortlaute

Der arabische, der chinesische, der englische, der französische, der russische und der spanische Wortlaut dieses Übereinkommens sind gleichermaßen verbindlich.

Zu Urkund dessen haben die unterzeichneten, von ihren Regierungen hierzu gehörig befugten Bevollmächtigten dieses Übereinkommen unterschrieben.

(Es folgen die Unterschriften)

Geltungsbereich am 1. April 2016¹⁴

Vertragsstaaten	Ratifikation Beitritt (B)	Inkrafttreten
Afghanistan	18. September 2012 B	18. Oktober 2012
Ägypten*	14. April 2008	14. Mai 2008
Albanien	11. Februar 2013	13. März 2013
Algerien	4. Dezember 2009	3. Januar 2010
Andorra	11. März 2014	10. April 2014
Angola	19. Mai 2014 B	18. Juni 2014
Antigua und Barbuda	7. Januar 2016	6. Februar 2016
Argentinien	2. September 2008	2. Oktober 2008
Armenien**	22. September 2010	22. Oktober 2010
Aserbaidshan*	28. Januar 2009	27. Februar 2009
Äthiopien	7. Juli 2010	6. August 2010
Australien*	17. Juli 2008	16. August 2008
Bahamas	28. September 2015	28. Oktober 2015
Bahrain	22. September 2011	22. Oktober 2011
Bangladesch	30. November 2007	3. Mai 2008
Barbados	27. Februar 2013 B	29. März 2013
Belgien* **	2. Juli 2009	1. August 2009
Belize	2. Juni 2011	2. Juli 2011
Benin	5. Juli 2012	4. August 2012
Bolivien	16. November 2009	16. Dezember 2009
Bosnien und Herzegowina	12. März 2010	11. April 2010
Brasilien	1. August 2008	31. August 2008
Bulgarien	22. März 2012	21. April 2012
Burkina Faso	23. Juli 2009	22. August 2009
Burundi	22. Mai 2014	21. Juni 2014
Chile	29. Juli 2008	28. August 2008
China	1. August 2008	31. August 2008
Hongkong*	1. August 2008	31. August 2008
Macau	1. August 2008	31. August 2008
Cook-Inseln	8. Mai 2009 B	7. Juni 2009
Costa Rica	1. Oktober 2008	31. Oktober 2008
Côte d'Ivoire	10. Januar 2014	9. Februar 2014
Deutschland**	24. Februar 2009	26. März 2009
Dominica	1. Oktober 2012	31. Oktober 2012
Dominikanische Republik	18. August 2009	17. September 2009
Dschibuti	18. Juni 2012 B	18. Juli 2012
Dänemark	24. Juli 2009	23. August 2009
Ecuador	3. April 2008	3. Mai 2008
El Salvador	14. Dezember 2007	3. Mai 2008
Estland*	30. Mai 2012	29. Juni 2012

¹⁴ AS 2014 1119 3269, 2015 3763 und 2016 1145. Eine aktualisierte Fassung des Geltungsbereiches findet sich auf der Internetseite des EDA (www.eda.admin.ch/vertraege).

Vertragsstaaten	Ratifikation Beitritt (B)	Inkrafttreten
Europäische Union*	23. Dezember 2010	22. Januar 2011
Frankreich* **	18. Februar 2010	20. März 2010
Gabun	1. Oktober 2007	3. Mai 2008
Gambia	6. Juli 2015 B	5. August 2015
Georgien*	13. März 2014	12. April 2014
Ghana	31. Juli 2012	30. August 2012
Grenada	27. August 2014	26. September 2014
Griechenland*	31. Mai 2012	30. Juni 2012
Guatemala	7. April 2009	7. Mai 2009
Guinea	8. Februar 2008	3. Mai 2008
Guinea-Bissau	24. September 2014	24. Oktober 2014
Guyana	10. September 2014	10. Oktober 2014
Haiti	23. Juli 2009 B	22. August 2009
Honduras	14. April 2008	14. Mai 2008
Indien	1. Oktober 2007	3. Mai 2008
Indonesien	30. November 2011	30. Dezember 2011
Irak	20. März 2013 B	19. April 2013
Iran*	23. Oktober 2009 B	22. November 2009
Israel*	28. September 2012	28. Oktober 2012
Italien	15. Mai 2009	14. Juni 2009
Jamaika	30. März 2007	3. Mai 2008
Japan*	20. Januar 2014	19. Februar 2014
Jemen	26. März 2009	25. April 2009
Jordanien	31. März 2008	3. Mai 2008
Kambodscha	20. Dezember 2012	19. Januar 2013
Kanada*	11. März 2010	10. April 2010
Kap Verde	10. Oktober 2011	9. November 2011
Kasachstan	21. April 2015	21. Mai 2015
Katar	13. Mai 2008	12. Juni 2008
Kenia	19. Mai 2008	18. Juni 2008
Kiribati	27. September 2013 B	27. Oktober 2013
Kolumbien	10. Mai 2011	9. Juni 2011
Kongo (Brazzaville)	2. September 2014	2. Oktober 2014
Kongo (Kinshasa)	30. September 2015 B	30. Oktober 2015
Korea (Süd-)*	11. Dezember 2008	10. Januar 2009
Kroatien	15. August 2007	3. Mai 2008
Kuba	6. September 2007	3. Mai 2008
Kuwait*	22. August 2013 B	21. September 2013
Laos	25. September 2009	25. Oktober 2009
Lesotho	2. Dezember 2008 B	1. Januar 2009
Lettland**	1. März 2010	31. März 2010
Liberia	26. Juli 2012	25. August 2012
Litauen*	18. August 2010	17. September 2010
Luxemburg	26. September 2011	26. Oktober 2011
Madagaskar	12. Juni 2015	12. Juli 2015

Vertragsstaaten	Ratifikation Beitritt (B)		Inkrafttreten	
Malawi	27. August	2009	26. September	2009
Malaysia*	19. Juli	2010	18. August	2010
Malediven	5. April	2010	5. Mai	2010
Mali	7. April	2008	7. Mai	2008
Malta*	10. Oktober	2012	9. November	2012
Marokko	8. April	2009	8. Mai	2009
Marshallinseln	17. März	2015 B	16. April	2015
Mauretanien	3. April	2012 B	3. Mai	2012
Mauritius*	8. Januar	2010	7. Februar	2010
Mazedonien	29. Dezember	2011	28. Januar	2012
Mexiko**	17. Dezember	2007	3. Mai	2008
Moldau	21. September	2010	21. Oktober	2010
Mongolei	13. Mai	2009 B	12. Juni	2009
Montenegro	2. November	2009	2. Dezember	2009
Mosambik	30. Januar	2012	29. Februar	2012
Myanmar	7. Dezember	2011 B	6. Januar	2012
Namibia	4. Dezember	2007	3. Mai	2008
Nauru	27. Juni	2012 B	27. Juli	2012
Nepal	7. Mai	2010	6. Juni	2010
Neuseeland ^a	25. September	2008	25. Oktober	2008
Nicaragua	7. Dezember	2007	3. Mai	2008
Niger	24. Juni	2008	24. Juli	2008
Nigeria	24. September	2010	24. Oktober	2010
Norwegen*	3. Juni	2013	3. Juli	2013
Österreich**	26. September	2008	26. Oktober	2008
Oman	6. Januar	2009	5. Februar	2009
Pakistan	5. Juli	2011	4. August	2011
Palau	11. Juni	2013	11. Juli	2013
Palästina	2. April	2014 B	2. Mai	2014
Panama	7. August	2007	3. Mai	2008
Papua-Neuguinea	26. September	2013	26. Oktober	2013
Paraguay	3. September	2008	3. Oktober	2008
Peru	30. Januar	2008	3. Mai	2008
Philippinen	15. April	2008	15. Mai	2008
Polen*	25. September	2012	25. Oktober	2012
Portugal**	23. September	2009	23. Oktober	2009
Ruanda	15. Dezember	2008 B	14. Januar	2009
Rumänien**	31. Januar	2011	2. März	2011
Russland	25. September	2012	25. Oktober	2012
Sambia	1. Februar	2010	3. März	2010
San Marino	22. Februar	2008	3. Mai	2008
São Tomé und Príncipe	5. November	2015 B	5. Dezember	2015
Saudi-Arabien	24. Juni	2008 B	24. Juli	2008
Schweden**	15. Dezember	2008	14. Januar	2009
Schweiz**	15. April	2014 B	15. Mai	2014

Vertragsstaaten	Ratifikation Beitritt (B)	Inkrafttreten
Senegal	7. September 2010	7. Oktober 2010
Serbien	31. Juli 2009	30. August 2009
Seychellen	2. Oktober 2009	1. November 2009
Sierra Leone	4. Oktober 2010	3. November 2010
Simbabwe	23. September 2013 B	23. Oktober 2013
Singapur*	18. Juli 2013	17. August 2013
Slowakei* **	26. Mai 2010	25. Juni 2010
Slowenien	24. April 2008	24. Mai 2008
Spanien**	3. Dezember 2007	3. Mai 2008
Sri Lanka	8. Februar 2016	9. März 2016
St. Vincent und die Grenadinen	29. Oktober 2010 B	28. November 2010
Sudan	24. April 2009	24. Mai 2009
Swasiland	24. September 2012	24. Oktober 2012
Syrien*	10. Juli 2009	9. August 2009
Südafrika	30. November 2007	3. Mai 2008
Tansania	10. November 2009	10. Dezember 2009
Thailand	29. Juli 2008	28. August 2008
Togo	1. März 2011	31. März 2011
Trinidad und Tobago	25. Juni 2015	25. Juli 2015
Tschechische Republik**	28. September 2009	28. Oktober 2009
Tunesien	2. April 2008	3. Mai 2008
Turkmenistan	4. September 2008 B	4. Oktober 2008
Tuvalu	18. Dezember 2013 B	17. Januar 2014
Türkei	28. September 2009	28. Oktober 2009
Uganda	25. September 2008	25. Oktober 2008
Ukraine	4. Februar 2010	6. März 2010
Ungarn**	20. Juli 2007	3. Mai 2008
Uruguay	11. Februar 2009	13. März 2009
Vanuatu	23. Oktober 2008	22. November 2008
Venezuela*	24. September 2013 B	24. Oktober 2013
Vereinigte Arabische Emirate	19. März 2010	18. April 2010
Vereinigtes Königreich*	8. Juni 2009	8. Juli 2009
Vietnam	5. Februar 2015	7. März 2015
Zypern*	27. Juni 2011	27. Juli 2011

* Vorbehalte und Erklärungen.

** Einwendungen.

Die Vorbehalte, Erklärungen und Einwendungen werden mit Ausnahme jener der Schweiz, in der AS nicht veröffentlicht. Die französischen und englischen Texte können auf der Internetseite der Vereinten Nationen: <http://treaties.un.org/> eingesehen oder bei der Direktion für Völkerrecht, Sektion Staatsverträge, 3003 Bern bezogen werden.

^a Das Übereinkommen gilt nicht für Tokelau.

Einwendungen

Schweiz

Am 15. April 2014 hat die Schweiz drei Einwendungen beim Generalsekretär der Vereinten Nationen hinterlegt und Einspruch gegen folgende Vorbehalte erhoben:

1) Gegen den Vorbehalt, den die Republik El Salvador bei der Unterzeichnung angebracht und bei der Ratifizierung bestätigt hat:

«Der Schweizerische Bundesrat hat den Vorbehalt geprüft, den die Regierung der Republik El Salvador bei der Ratifizierung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen angebracht hat.

Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass der Vorbehalt der Verfassung der Republik El Salvador den Vorrang vor dem Übereinkommen einräumt. Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass dieser Vorbehalt den Umfang der Ausnahmeregelung nicht klar darlegt. Infolgedessen ist der Vorbehalt nicht mit dem Ziel und Zweck des Übereinkommens vereinbar. Er ist daher gemäss Artikel 46 Absatz 1 des Übereinkommens unzulässig.

Es liegt im gemeinsamen Interesse der Staaten, dass Verträge, deren Vertragspartei zu werden sie beschlossen haben, nach Ziel und Zweck auch von allen Vertragsparteien eingehalten werden und dass die Staaten bereit sind, die zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten notwendigen Gesetzesänderungen vorzunehmen.

Der Schweizerische Bundesrat erhebt Einspruch gegen den Vorbehalt der Republik El Salvador. Dieser Einspruch steht dem vollständigen Inkrafttreten des Übereinkommens zwischen der Republik El Salvador und der Schweiz nicht entgegen.»

2) Gegen die Erklärung, die die Islamische Republik Iran anlässlich ihres Beitritts abgegeben hat:

«Der Schweizerische Bundesrat hat die Erklärung geprüft, die die Regierung der Islamischen Republik Iran anlässlich ihres Beitritts zum Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen abgegeben hat.

Der Schweizerische Bundesrat ruft in Erinnerung, dass eine Erklärung ungeachtet ihrer Bezeichnung einen Vorbehalt darstellt, wenn sie die Rechtswirkung gewisser Bestimmungen des Vertrags, auf den sie sich bezieht, ausschliesst oder einschränkt. Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass die Erklärung der Islamischen Republik Iran materiell einen Vorbehalt zum Übereinkommen darstellt.

Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass der Vorbehalt der Rechtsordnung der Islamischen Republik Iran den Vorrang vor dem Übereinkommen einräumt. Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass dieser Vorbehalt den Umfang der Ausnahmeregelung nicht klar darlegt, da er weder die entsprechenden Bestimmungen des Übereinkommens noch die innerstaatlichen Rechtsbestimmungen präzisiert, denen die Islamische Republik Iran den Vorrang einräumen will. Infolgedessen ist der Vorbehalt nicht mit dem Ziel und Zweck des Übereinkommens vereinbar. Er ist daher gemäss Artikel 46 Absatz 1 des Übereinkommens unzulässig.

Es liegt im gemeinsamen Interesse der Staaten, dass Verträge, deren Vertragspartei zu werden sie beschlossen haben, nach Ziel und Zweck auch von allen Vertragspar-

teien eingehalten werden und dass die Staaten bereit sind, die zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten notwendigen Gesetzesänderungen vorzunehmen.

Der Schweizerische Bundesrat erhebt Einspruch gegen den Vorbehalt der Islamischen Republik Iran. Dieser Einspruch steht dem vollständigen Inkrafttreten des Übereinkommens zwischen der Islamischen Republik Iran und der Schweiz nicht entgegen.»

3) Gegen den Vorbehalt, den Malaysia anlässlich der Ratifizierung angebracht hat:

«Der Schweizerische Bundesrat hat den Vorbehalt geprüft, den die Regierung Malaysias bei der Ratifizierung des Übereinkommens über die Rechte von Menschen mit Behinderungen angebracht hat.

Der Schweizerische Bundesrat ist der Ansicht, dass der spezifische Vorbehalt zu Artikel 15 eine grundlegende Rechtsgarantie betrifft, die Menschen mit Behinderungen zusteht. Infolgedessen ist der Vorbehalt zu Artikel 15 nicht mit dem Ziel und Zweck des Übereinkommens vereinbar. Er ist daher gemäss Artikel 46 Absatz 1 des Übereinkommens unzulässig.

Es liegt im gemeinsamen Interesse der Staaten, dass Verträge, deren Vertragspartei zu werden sie beschlossen haben, nach Ziel und Zweck auch von allen Vertragsparteien eingehalten werden und dass die Staaten bereit sind, die zur Erfüllung ihrer Vertragspflichten notwendigen Gesetzesänderungen vorzunehmen.

Der Schweizerische Bundesrat erhebt Einspruch gegen den Vorbehalt Malaysias. Dieser Einspruch steht dem vollständigen Inkrafttreten des Übereinkommens zwischen Malaysia und der Schweiz nicht entgegen.»

Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aichele, Valentin (2014). Leichte Sprache – ein Schlüssel zu «Enthinderung» und Inklusion. *Politik und Zeitgeschichte*, 64 (9–11), 19–25.
- Antener, Gabriela & Calabrese, Stefania (2013). *Angebotsentwicklung unter Einbezug von Menschen mit kognitiven/kommunikativen Beeinträchtigungen*. SZH-Tagung: Was ist ein gutes Leben? Unveröffentlichte Präsentation. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Bender, Svenja (2012). *Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Buchner, Tobias; Koenig, Oliver & Schuppener, Saskia (2011). Gemeinsames Forschen mit Menschen mit intellektueller Behinderung. Geschichte, Status quo und Möglichkeiten im Kontext der UN-Behindertenrechtskonvention. *Teilhabe*, 50 (1), 4–10.
- Bude, Heinz (2015). Inklusion als sozialpolitischer Leitbegriff. Ein Essay. In: Degener, Theresia & Diehl, Elke (Hrsg.), *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (S. 388–398). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Bundesamt für Gesundheit (2006). *Vision sexuelle Gesundheit und reproduktive Gesundheit 2010. Ein Denkmodell*. Gefunden am 17.4.2015 unter http://www.bag.admin.ch/hiv_aids/03167/03469/index.html?lang=de
- Bundesamt für Statistik (2014a). *Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen – Daten, Indikatoren. Anzahl Menschen mit Behinderung*. Gefunden am 14.10.2014 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/01.html>
- Bundesamt für Statistik (2014b). *Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. Einführung*. Gefunden am 14.10.2014 unter <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/00.html>
- Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen (BehiG) vom 13. Dezember 2002 (AS 2003 4487).
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung*. Meckenheim: Autor.

- Bundesverfassung der Schweiz. Eidgenossenschaft vom 18. April 1999. SR 101. Artikel 8, Ausgabe 2011.
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2005). *Die «General Comments» zu den VN-Menschenrechtsverträgen*. Deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen. Baden-Baden: Nomos.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (EBGB) (2013). Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen: Frauen. Gefunden am 21.7.2015 unter http://www.egalite-handicap.ch/tl_files/Downloads/de/Varia/EBGB%2BDossier%2BFrauen_d.pdf
- EvaSys (2014). EvaSys Suite – Evaluation effizient umsetzen und Prozesse automatisieren. Gefunden am 21.7.2015 unter <http://www.evasys.de/uebersicht-evasys-suite.html>
- Fegert, Jörg M.; Jeschke, Karin; Thomas, Helgard & Lehmkuhl, Ulrike (Hrsg.) (2006). *Sexuelle Selbstbestimmung und sexuelle Gewalt. Ein Modellprojekt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim und München: Juventa.
- Goeke, Stephanie & Kubanski, Dagmar (2012). Menschen mit Behinderungen als GrenzgängerInnen im akademischen Raum – Chancen partizipatorischer Forschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 13 (1), 1–20.
- Gredig, Daniel; Goldberg, Daniel; Imhof, Christoph & Nideröst, Sibylle (2011). *Schutzstrategien, Risikoverhalten und Umstände der Infektion aus der Sicht von kürzlich mit HIV infizierten Personen aus der Schweiz. Schlussbericht zum Zyklus der CHAT-Studien 2008 bis 2011*. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Groce, Nora Ellen; Rohleder, Poul; Henning Eide, Arne; MacLachlan, Malcolm; Mall, Sumaya & Swartz, Leslie (2012). HIV issues and people with disabilities: A review and agenda for research. *Social Science & Medicine*, 77, 31–40.
- Guggisberg, Dorothee (2013). Soziale Dienste in der Schweiz – ein Überblick. In: Riedi Anna Maria et al. (2013) (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S. 228–237). Bern: Haupt.
- Henschel, Angelika (2001). Lebenslagen und Interessenvertretung behinderter Frauen. Demokratie und Differenz. *BZgA Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Heft 2/3, 9–15.
- Hermes, Gisela (2015). Mehrdimensionale Diskriminierung. In: Degener, Theresia & Diehl, Elke (Hrsg.), *Handbuch Behindertenrechtskonvention. Teilhabe als Menschenrecht – Inklusion als gesellschaftliche Aufgabe* (S. 253–268). Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Hirschberg, Marianne (2012). *Menschenrechtsbasierte Datenerhebung – Schlüssel für gute Behindertenpolitik. Anforderungen aus Artikel 31 der UN-Behindertenkonvention*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- Hirschberg, Marianne (2010). Partizipation – ein Querschnittsanliegen der UN-Behindertenrechtskonvention. *Positionen, Monitoring-Stelle zur UN-Behindertenrechtskonvention, 3/2010*. Berlin: Deutsches Institut für Menschenrechte.
- International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2009). *Sexuelle Rechte. Eine IPPF-Erklärung*. Gefunden am 31.07.2014 unter https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2013/04/pdf_ippf_sexual_rights_declaration_german.pdf
- Jackob, Nikolaus; Schoen, Harald & Zerback, Thomas (2009). *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kobi, Sylvie (2013). Behinderung – von individueller Beeinträchtigung zu Hindernisfreiheit und Selbstbestimmung. In: Riedi, Anna Maria et al. (2013) (Hrsg.), *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S. 169–181). Bern: Haupt.
- Lamnek, Siegfried (2005). *Qualitative Sozialforschung* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Leue-Käding, Susan (2004). *Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung*. Heidelberg: Winter.
- Lähmann, Lela (2011). *Inklusive Leidenschaft. Lesben, Schwule, transgeschlechtliche Menschen mit Behinderung. Dokumente lesbisch-schwuler Emanzipation 25*. Berlin: Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Landesstelle für Gleichbehandlung – gegen Diskriminierung.
- Matthiesen, Silja; Block, Karin; Mix, Svenja & Schmidt, Gunter (2009). *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*. Köln: BZgA.
- Mayrhofer, Hemma & Schachner, Anna (2013). Partizipative Fotobefragung in der Evaluationspraxis: Möglichkeiten und Grenzen des Arbeitens mit anspruchsvollen qualitativen Verfahren am Beispiel einer Projektevaluierung im Behindertenbereich. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 14 (2), 1–41.
- Mayring, Philipp (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (5. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Merrick, Joav; Talnir, Ruth; Gross, Samuel et al. (2010). Human Immunodeficiency Virus (HIV) and persons with disability/intellectual disability: A review. *International Public Health Journal*, Issue 3-Special Issue, 285–288.
- Müller, Jasmine & Ziegler, Therese (2011). «Wenn schlafende Hunde erwachen.» *Sexualität und Behinderung im Beratungskontext*. Bachelorarbeit. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Niehaus, Susanna; Krüger, Paula & Caviezel Schmitz, Seraina (2012). Chancen geistig behinderter Opfer sexueller Gewalt im Strafrechtssystem. *Schweiz. Zeitschrift für Heilpädagogik*, 18. Jg., 11–12, 15–21.
- Nussbaum, Martha (2010). *Die Grenzen der Gerechtigkeit*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Orthmann Bless, Dagmar (2013). Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung. *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN)*, 82. Jg. (1) 22–34.
- Ortland, Barbara (2008). *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Pelz, Corinna; Schmitt, Annette & Meis, Markus (2004). Knowledge Mapping als Methode zur Auswertung und Ergebnispräsentation von Fokusgruppen in der Markt- und Evaluationsforschung. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 5 (5), 1–14.
- pro infirmis, (2014). Wohnschulen – ein Bildungsangebot. Gefunden unter <http://www.proinfirmis.ch/de/subseiten/wohnschulen.html>
- Ruef, Mike (2008). Qualitative Forschungsmethoden bei Menschen mit geistiger Behinderung am Beispiel der Fokusgruppe. In: Nussbeck, Susanne; Biermann, Adrienne & Adam, Heidemarie (Hrsg.), *Sonderpädagogik der geistigen Entwicklung* (S. 650–664). Göttingen: Hogrefe.

- Schriber, Susanne (2011). *Würdigung des Schaffens von Dr. phil. Aiha Zemp*. Referat an der Fachtagung «Die Würde ist in allen Lebensbereichen unantastbar – von der Arbeit zum Thema Behinderung und Sexualität an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit vom 17. November 2011. Gefunden am 31.1.2016 unter <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/agenda/fachtagungen-kongresse/archiv/sexualaufklaerung/die-wuerde-ist-in-allen-lebensbereichen-unantastbar>
- Stocker, Monika (2011). Referat an der Fachtagung «Die Würde ist in allen Lebensbereichen unantastbar – von der Arbeit zum Thema Behinderung und Sexualität an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit vom 17. November 2011. Gefunden am 31.1.2016 unter <https://www.hslu.ch/de-ch/soziale-arbeit/agenda/fachtagungen-kongresse/archiv/sexualaufklaerung/die-wuerde-ist-in-allen-lebensbereichen-unantastbar>
- UBS Optimus Foundation (Hrsg.) (2012). *Optimus Study. Sexuelle Übergriffe an Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Formen, Verbreitung, Tatumstände*. Zürich: Autorin.
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Behindertenrechtskonvention, BRK) vom 13. Dezember 2006. Gefunden am 22.7.2015 unter <http://www.edi.admin.ch/ebgb/00564/00566/05493/index.html?lang=de>.
- UN-Hochkommissariat für Menschenrechte (2006). *Konvention zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderung*. Gefunden am 1.10.2012 unter <http://www2.ohchr.org/french/law/disabilities-convention.htm>
- Urwyler, Christoph; Bucher, Daniela; Luchsinger, Larissa & Meier, Jonas (2015): Bestandesaufnahme der Anlauf- und Fachstellen sexuelle Gewalt. Bericht zuhanden des Auftraggebers. Gefunden am 11.8.2015 unter https://www.sozialarbeit.bfh.ch/uploads/tx_frppublikationen/150702_Bericht_Best-aufn_Anlaufst_Fachst_sex_Gew_01.pdf
- Walter, Joachim (Hrsg.). (2005). *Sexualität und geistige Behinderung* (6., unveränderte Auflage). Heidelberg: Universitätsverlag Winter «Edition S». WHO-Regionalbüro für Europa und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2011). *Standards für die Sexualaufklärung in Europa*. Köln: BZgA.
- WHO (2006). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28–29 January 2002*. Genf. Gefunden unter http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf
- Wienholz, Sabine; Seidel, Anja; Michel, Marion & Müller, Martina (2013). *Jugendsexualität und Behinderung. Ergebnisse einer Befragung an Förderschulen in Sachsen*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Wohlgensinger, Corinne (2007). *Unerhörter Kinderwunsch. Die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung*. Zürich: Institut für Sonderpädagogik.
- Wright, Michael T. (2010). *Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention*. Bern: Hans Huber.
- Zemp, Aiha (2010). «Ich bestimme selbst!» Prävention von sexueller Gewalt bei Menschen mit einer Behinderung. *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung*, Heft 1, 27–31.
- Zemp, Aiha & Pircher, Erika (1996). «Weil das alles weh tut mit Gewalt». *Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung*. Wien: Schriftenreihe der Frauenministerin, Bd. 10.

Zemp, Aiha; Pircher, Erika & Schoibel, Heinz (1997). *Sexualisierte Gewalt im behinderten Alltag. Jungen und Männer mit Behinderung als Opfer und Täter*. Salzburg: GenderLink.

Ziegler, Holger; Schrödter, Mark & Oelkers, Nina (2012). Capabilities und Grundgüter als Fundament einer sozialpädagogischen Gerechtigkeitsperspektive. In: Thole, Werner (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 297–310). Ein einführendes Handbuch. Wiesbaden: VS Verlag.

Abbildungsverzeichnis

Seite

27	Abbildung 1: Gegenstand und Handlungsfelder sexueller Gesundheit und sexueller Rechte
42	Abbildung 2: Bildergeschichte «heterosexuelles Paar Marina und Sven»
43	Abbildung 3: Focusgroup Illustration Map «Verliebtheit»
45	Abbildung 4: Verteilung des kulturellen Hintergrunds der Teilnehmenden
51	Abbildung 5: Zugehörigkeit der teilnehmenden Stellen
52	Abbildung 6: Anzahl Dienstleistungsangebote in den Deutschschweizer Kantonen
53	Abbildung 7: Berufsgruppen (eingeschränkt repräsentativ)
54	Abbildung 8: Mitarbeitende nach Kategorie ihrer Fachlichkeit
55	Abbildung 9: Jährliche themenspezifische Weiterbildungen zur Adressat_innengruppe Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen
56	Abbildung 10: Expert_innen in eigener Sache und Gesamtanstellungen
58	Abbildung 11: Bildungsangebote gesamt
59	Abbildung 12: Beratungsangebote gesamt
60	Abbildung 13: Begegnungsangebote gesamt
61	Abbildung 14: Integration von Menschen mit kognitiven Einschränkungen in Regelangebote
63	Abbildung 15: Spektrum der Ansichten zu Selbst- und Fremdbestimmung in Sexualität und Partnerschaft von Menschen mit kognitiven Einschränkungen durch Fachpersonen
64	Abbildung 16: Zugänglichkeit von Informationen zur Organisation
65	Abbildung 17: Zugänglichkeit von Informationen zu den Angeboten
67	Abbildung 18: Barrierefreiheit der Räumlichkeiten
68	Abbildung 19: Finanzierung der Angebote
69	Abbildung 20: Kriterien zur Angebotszusammenstellung
71	Abbildung 21: Einbezug der Zielgruppe in verschiedenen Stadien
73	Abbildung 22: Häufigkeit und Rolle der kontaktaufnehmenden Person
73	Abbildung 23: Kontaktaufnehmende Personen nach Handlungsfeldern
96	Abbildung 24: Focusgroup Illustration Map «Homosexualität und Bedürfnis nach Unterstützung»
97	Abbildung 25: Focusgroup Illustration Map «Einstellungen zu Homosexualität»

Projektteam und Autorenschaft

Daniel Kunz, MSc Soziale Arbeit, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Professor für Methoden und Konzepte Sozialer Arbeit, ist seit 2001 Dozent und Projektleiter an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit und seit 2015 Leiter des Kompetenzzentrums Gesundheitsförderung und Teilhabe in Lebenswelten (vgl. www.hslu.ch/gutl). Schwerpunkte von Lehre, Forschung und Weiterbildung bilden die Beratungsmethodik in der Sozialen Arbeit sowie Methoden und Konzepte für Handlungsfelder der sexuellen Gesundheit. Er ist Studiengangleiter des MAS Sexuelle Gesundheit im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialbereich. Seit 25 Jahren tätig auf verschiedenen Ebenen als Fachperson und Berater zu Themen sexueller Gesundheit im Kontext öffentlicher Institutionen, z. B. Sozialarbeiter bei der Berliner Aidshilfe, Sexualpädagoge und Sozialarbeiter bei pro familia Berlin, Mitglied des Ausschusses für Medienentwicklung des pro familia Bundesverbandes 2001 bis 2010, Mitglied des Kompetenzzentrums Sexualpädagogik und Schule an der Pädagogischen Hochschule Zentralschweiz 2006 bis 2011, Mitglied der Arbeitsgruppe Prävention der Eidgenössischen Kommission für sexuelle Gesundheit 2012–2015, Mitglied der internationalen WHO-Expertengruppe zur Entwicklung von Standards für die Sexuaufklärung in Europa seit 2008 und seit 2010 Stiftungsratsmitglied von Sexuelle Gesundheit Schweiz.

Manuela Käppeli, MSc Soziale Arbeit, ist seit 2014 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit tätig. Sie ist in unterschiedliche Projekte zum Themenbereich Sexuelle Gesundheit involviert. Zudem widmet sie sich in ihrem Promotionsvorhaben der Professionsforschung Sozialer Arbeit und ist in unterschiedlichen Lehrtätigkeiten engagiert. Sie spezialisierte sich auf Forschungsprojekte mit qualitativem Design, insbesondere auf interpretative Sozialforschung.

Irene Müller, lic. phil. I, Studium in Soziale Arbeit, Pädagogik und Medienwissenschaften und dipl. Sozialarbeiterin, diverse Weiterbildungen in systemisch-lösungsorientierter Beratung, ist seit 2011 Dozentin und Projektleiterin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit mit den Schwerpunkten Sexualität und sexuelle Gesundheit mit Fokus auf Menschen mit Einschränkungen, Beratungsmethodik und häusliche Gewalt. Vorher tätig als Sozialarbeiterin in Frauenhäusern, auf einem polyvalenten Sozialdienst, in der Begleitung von Menschen mit mehrfachen Behinderungen, in Frauen- und Mädchenprojekten in Bildung und Beratung sowie Öffentlichkeitsarbeit zum Thema sexuelle Orientierung.

Katharina Lechner, MA Weltgesellschaft und Weltpolitik, ist seit 2013 als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit tätig. Im Bereich Bildungsmanagement beschäftigt sie sich mit der inhaltlichen und strukturellen Planung und Umsetzung von (Bildungs-) Angeboten. Inhaltliche Schwerpunkte liegen zudem auf Selbst- und Sozialkompetenzen und interkultureller Kommunikation. Sie führt die Stabsstelle Lernprozessbegleitung und engagiert sich in der Lehre des Studiengangs Soziale Arbeit.

Danksagung

Unser erster Dank gilt den Wohnschülerinnen und Wohnschülern von pro infirmis der Kantone Aargau und Zürich, die uns aktiv in der Bedürfnisanalyse unterstützt haben. Sie liessen uns an ihren interessanten Sichtweisen hinsichtlich der Angebote zu sexueller Gesundheit teilhaben. Ebenso danken wir den Mitarbeitenden der entsprechenden Wohnschulen, die unsere partizipatorische Forschung unterstützt und in ihren Einrichtungen ermöglicht haben. Weiter danken wir allen Mitarbeitenden von Einrichtungen der Behindertenhilfe, sexueller Gesundheit und der Opfer- bzw. Täterberatung, die sich Zeit genommen haben, den Fragebogen der quantitativen Erhebung auszufüllen und an uns zurückzusenden, damit wir ein Bild der aktuellen Angebote in der Deutschschweiz zeichnen konnten. Und abschliessend bedanken wir uns bei der Begleitgruppe, die konstruktiv und kritisch unsere Arbeit begleitet hat, indem sie uns immer wieder hilfreiche Anregungen zur Weiterarbeit in den verschiedenen Phasen des Forschungsprojekts gegeben hat. Mitglieder der Begleitgruppe waren Daniela Felber, Höhere Fachschule Gesundheit und Soziales, Studiengang Sozialpädagogik, Aarau; Sibylle Ming, SEXUELLE GESUNDHEIT Aargau, Aarau; Sandra Rettenmund, Expertin in eigener Sache; Christine Sieber, SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz, Bern und Annette Wilson, pro infirmis Zürich.