

Fachhochschule Neubrandenburg

Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit

- Sommersemester 1999 -

SEXUALITÄT UND SEXUALERZIEHUNG VON GEISTIG BEHINDERTEN FRAUEN UND MÄNNERN

Eine Studie in Einrichtungen der Behindertenhilfe in
Mecklenburg-Vorpommern (M-V)

Diplomarbeit

vorgelegt von:

Ute Wiesner

18146 Rostock

G.-A.-Demmler Str. 1 0

Gutachter:

1. Prof. Dr. B. Halfar

2. Dr. A. Sohns

Inhaltsverzeichnis

1	EINLEITUNG	1
2	SOZIALWISSENSCHAFTLICHER AUSGANGSPUNKT UND BEGRIFFSBESTIMMUNGEN	2
3	METHODENBESCHREIBUNG UND UNTERSUCHUNGSGEGENSTAND	4
4	EXKURS: SKANDINAVISCHER UND DEUTSCHER SOZIAL-POLITISCHER RAHMENBEDINGUNGEN	6
5	BEFRAGUNG DER LEITER UND LEITERINNEN ZU DEN INSTITUTIONELLEN RAHMENBEDINGUNGEN	8
5.1	WOHNSITUATION	9
5.2	SEXUALPÄDAGOGISCHE KONZEPTION UND UMGANG MIT DER SEXUALITÄT DER HEIMBEWOHNER	22
5.3	WÜNSCHE FÜR DIE ZUKUNFT BEZÜGLICH DES UMGANGS MIT DER SEXUALITÄT VON BEHINDERTEN MENSCHEN	27
5.4	BERUFE DER LEITER UND LEITERINNEN	30
6	ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSANSÄTZE: TEIL 1	31
7	EINSTELLUNGEN UND HANDLUNGSGRUNDSÄTZE DER BETREUENDEN MITARBEITER UND MITARBEITERINNEN	33
7.1	SEXUALERZIEHUNG	34
7.2	VERHÜTUNG UND STERILISATION	48
7.3	SEXUELLE WÜNSCHE UND BEDÜRFNISSE DER BETREUTEN FRAUEN UND MÄNNER	50
7.4	PROBLEME DER BETREUENDEN MITARBEITER UND MITARBEITERN IM UMGANG MIT DER SEXUALITÄT DER BEHINDERTEN FRAUEN UND MÄNNER	67
7.5	HIV/ AIDS	71
7.6	VORSTELLUNGEN ZUR UNTERSTÜTZUNG DER ARBEIT	80
8	BEFRAGUNG GEISTIG BEHINDERTER FRAUEN UND MÄNNER	85
9	DER EINFLUSS VON KONFESSIONELLER BINDUNG DER EINRICHTUNGEN AUF DEN UMGANG MIT DER SEXUALITÄT DER BEWOHNER	89
10	ZUSAMMENFASSUNG UND HANDLUNGSANSÄTZE: TEIL 2	90
	LITERATURVERZEICHNIS	96
	ANHANG 1	100

1 Einleitung

Das Mobile Aufklärungs-Team zu Sexualität und AIDS M-V (MAT) befindet sich seit 1996 in freier Trägerschaft der Sozialakademie M-V e.V. Der vorliegende Forschungsbericht wurde innerhalb des Projektes *Methodenentwicklung I Materialiengestaltung zur Sexualaufklärung und AIDS-Prävention im Behindertenbereich*, welches durch das Sozialministerium M-V gefördert wurde, begonnen und als Diplomarbeit im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit an der Fachhochschule Neubrandenburg fertig gestellt.

Aufgrund der Vielfalt und der jeweiligen Spezifik der Behinderungsarten entschieden wir uns, das Projekt auf die Gruppe der geistig behinderten Frauen und Männer zu begrenzen. Da uns so gut wie keine Informationen über die Rahmen- und Lebensbedingungen zugänglich waren, in denen Sexualität und Sexualerziehung geistig behinderter Frauen und Männer in M-V gelebt werden, entschlossen wir uns zu der hier vorgestellten explorativen Feldstudie. Wir wollten die institutionellen Rahmenbedingungen unter dem Gesichtspunkt der Sexualität geistig behinderter Frauen und Männer, die in Einrichtungen der Behindertenhilfe in M-V betreut werden, gemessen am Normalisierungsprinzip, untersuchen und entsprechende Handlungsansätze entwickeln.

2 Sozialwissenschaftlicher Ausgangspunkt und Begriffsbestimmungen

Orientierung und Maßstab für unsere Untersuchung entnehmen wir dem **Normalisierungsprinzip**¹, wonach

„[...] man richtig handelt, wenn man für alle Menschen mit geistigen oder anderen Beeinträchtigungen oder Behinderungen Lebensmuster und alltägliche Lebensbedingungen schafft, welche den gewohnten Verhältnissen und Lebensumständen ihrer Gemeinschaft oder ihrer Kultur entsprechen oder ihnen so nahe wie möglich kommen“ (Nirje 1994, 13).

Zu den von Nirje beschriebenen Elementen der Normalisierung gehören somit neben dem normalen Tages-, Wochen- und Jahresrhythmus, normalen Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus, normalem Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung, normalen ökonomischen Lebensmustern und Rechten im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten, normalen Umweltmustern und -standards auch normale sexuelle Lebensmuster (ebda).

In Deutschland wurde um das Normalisierungsprinzip seit der Veröffentlichung 1985 in *der Großen Schriftenreihe der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Geistig Behinderte* unter dem Titel *Ein Leben so normal wie möglich führen ...* [...] (Thimm 1985) eine heftige Auseinandersetzung geführt, und es ist inzwischen als allgemeines Leitbild in der Behindertenhilfe anerkannt (Beck/ Düe/ Wieland (Hrsg.) 1996; Hartmann-Kreis 1996). Der damit verbundene Paradigmenwechsel führte unter anderem zu einer veränderten Sichtweise von **Behinderung**, die Hartmann-Kreis (nach Baechtold 1990, 24f.) aus pädagogischer Sicht in vier Richtungen beschreibt:

- a) „von einer defizitorientierten zu einer entwicklungsorientierten Sichtweise
- b) von einer individuell schädigungsorientierten zu einer sozialisationsorientierten und institutionskritischen Perspektive
- c) von klinischer Pflegeroutine zu einer sozialemotional und kommunikativ orientierten Beziehungsgestaltung
- d) Hinwendung zu Interdisziplinarität und Kooperation verschiedener Professionen“ (1996,7).

Diese Dimensionen im Blick, sehen wir den Begriff der **Geistigen Behinderung** nach Speck bestimmt:

- „aus einer organischen Schädigung (Zentralnervensystem)
- aus individuellen Persönlichkeitsfaktoren und
- aus sozialen Bedingungen und Einwirkungen.

¹ In Deutschland wurden die skandinavischen (Bank-Mikkelson/Berg 1982; Nirje 1994) und nordamerikanischen (Wolfensberger/ Thomas 1980) Ursprünge des Normalisierungsprinzips vor allem von Thimm (1995, 1985) weiterentwickelt. Durch ihn erfolgte nach Beck eine theoretische Darstellung des praktischen Ansatzes. „Die wissenschaftlich - theoretische Begründung entwickelt sich aus der Analyse des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, von Prozessen der Interaktion und Kommunikation und der Störung und Behinderung dieser Prozesse“ (1996, 21).

Erst das Zusammenwirken dieser Teilfaktoren ergibt, was man hierzulande eine Behinderung nennt“ (1990, 40).

Die pädagogische Sichtweise steht dabei für uns im Vordergrund, muß aber nach der jeweiligen Zielstellung immer auch soziologische, psychologische und medizinische Aspekte einbeziehen. Grundlegende Annahme ist, daß Menschsein unteilbar ist. Behinderung ist ein natürliches menschliches Merkmal und Sexualität ein grundlegendes, zu jedem Menschen gehörendes Bedürfnis. Demzufolge lassen die „grundsätzlichen Aufgabenstellungen der Pädagogik [] keine Trennung von Sonder- und Regelpädagogik zu: Sie gelten für behinderte und nichtbehinderte Menschen gleich“ (Hahn 1996, 110). Akzentuierungen ergeben sich nach Hahn aus dem „Mehr“ an sozialer Abhängigkeit behinderter Menschen. Diese werden bestimmt durch:

- Reduktionsprozesse, die sich aus dem schädigungsbedingten, i.d.R. nicht beseitigbaren Anteil ergeben,
- die Verhinderung von Prozessen, die der Entstehung und Ausdehnung von Abhängigkeit dienen,
- Gestaltungsprozesse, d.h. Lebensgestaltung mit einem „Mehr“ an behinderungsbedingter Abhängigkeit (ebda).

Walter zitiert nach einer kontrovers geführten Diskussion des Begriffs **Sexualität** (1987, 96ff.) Kentler: „Sexualität ist das, was Menschen sich darunter vorstellen“ (1987, 105) und bringt damit die Schwierigkeit zum Ausdruck, diesen Begriff definitiv zu beschreiben. In Publikationen zur Sexualpädagogik und -erziehung geistig behinderter Erwachsener (Hartmann-Kreis 1996, 60; Walter 1996, 200) wird auf eine Definition des holländischen Medizinethikers Sporken hingewiesen, die heute in der Behindertenpädagogik allgemein anerkannt ist (Walter/ Hoyler-Herrmann 1987, 147). Danach ist Sexualität

„[...] die Möglichkeit zur Selbstverwirklichung als Mann oder Frau und zugleich die Möglichkeit zu und der Ausdruck von Kontakt, Beziehung und Liebe. Sexualität weist dann auf die Existenzweise des Menschen als Mann oder Frau und als gesellschaftliches Wesen hin. [...] Er umfaßt daher das ganze Gebiet von Verhaltensweisen in den allgemein menschlichen Beziehungen, im Mittelbereich von Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik und in der Genitalsexualität“ (1974,159).

In unserer Arbeit orientieren wir uns außerdem am Verständnis einer **emanzipatorischen Sexualerziehung**, deren Ziel es ist, „auch im sexuellen Bereich Selbständigkeit im Urteilen, Entscheiden und Handeln zu erreichen“ (Hoyler-Herrmann/ Walter 1994, 26) und damit bedürfnisorientierte Selbstverwirklichung geistig behinderter Frauen und Männer in sozialer Integration unter dem Aspekt ihrer Geschlechtlichkeit zu garantieren (Walter 1996, 133).

Im Zusammenhang mit den im folgenden dargestellten Ergebnissen möchten wir uns der in den *Sexualpädagogischen Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen* getroffenen Feststellung anschließen:

„Das Aufzeigen von Problemen im sozialen Umfeld behinderter Menschen soll nicht als Schuldzuweisung gegenüber Eltern und MitarbeiterInnen mißverstanden werden [...]. Letztendlich sind es fast immer Unsicherheiten, Ängste, fehlende Informationen und auch Schutzbedürfnisse, die das Verhalten der Bezugspersonen prägen“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995, 11).

3 Methodenbeschreibung und Untersuchungsgegenstand

- **Beschreibung des Untersuchungsgegenstandes**

Um einen möglichst umfangreichen Überblick über die Situation in M-V erarbeiten zu können, stellten alle Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in M-V, in denen geistig behinderte Frauen und Männer ambulant beziehungsweise stationär betreut werden, den Untersuchungsgegenstand unserer Feldstudie dar. Unseren Recherchen zufolge existiert in M-V zur Zeit keine Übersicht derartiger Angebote. 1995 gab es in M-V 59 Behinderteneinrichtungen (alle Behinderungsarten) frei-gemeinnütziger Träger und eines öffentlichen Trägers. Privat-gewerbliche Träger gab es nicht (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 6/95).

- **Wissenschaftliche Methoden und Instrumente**

Die Datenerhebung erfolgte über drei teilstandardisierte Fragebögen. Im einzelnen waren dies: Fragebögen für geistig behinderte Frauen und Männer, Fragebögen für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie Fragebögen für Leiter und Leiterinnen (Anhang 2). Um die Situation in M-V in die bundesweite fachliche Diskussion zum Thema Sexualität geistig behinderter Menschen einzuordnen und uns damit gleichzeitig am Normalisierungsprinzip orientieren zu können, wurden daneben Studien und Publikationen zur Auswertung herangezogen.

- **Durchführung der Befragung**

Wir haben alle Leiter und Leiterinnen der uns bekannten 36 frei-gemeinnützigen und öffentlichen Einrichtungen, in denen geistig behinderte Frauen und Männer betreut werden, telefonisch, teilweise über die Träger, um ihre Teilnahme gebeten.

Der Leiter einer Einrichtung hatte kein Interesse („haben keine Probleme damit“; „da läuft nichts“). Nach der Zusendung des Informationsmaterials erhielten wir von zwei Leiterinnen und zwei Leitern der angesprochenen Einrichtungen keine weitere Rückmeldung. Ein Leiter und eine Leiterin konnten aus zeitlichen Gründen nicht an der Untersuchung teilnehmen, und eine Leiterin lehnte die Durchführung ab.

Wir entschieden uns aus verschiedenen Gründen für eine schriftliche Befragung. Den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wollten wir die Gelegenheit geben, sich zur Beantwortung der Fragen zurückzuziehen. Jeder Fragebogen wurde in einem Umschlag versendet, so daß die Möglichkeit gegenüber Kollegen und Leitung anonym zu bleiben, eingeräumt wurde. Die persönliche Durchführung der Befragung der geistig behinderten Frauen und Männer war uns schon aus organisatorischen Gründen nicht möglich. Weil wir von einem Vertrauensverhältnis zwischen den einzelnen Befragten und mindestens einem betreuenden Mitarbeiter oder einer Mitarbeiterin ausgingen, entschieden wir uns auch in diesem Fall für eine schriftliche Befragung. Zusätzlich legten wir ein Begleitschreiben, einschließlich der Bitte, den behinderten Frauen und Männern die notwendige Hilfestellung zu geben, bei.

Insgesamt schickten wir im Dezember 1997 an die verbliebenen 28 Einrichtungen:

- 494 Fragebögen für behinderte Frauen und Männer
- 354 Fragebögen für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen
- 30 Fragebögen für Leiter und Leiterinnen der Einrichtungen.

Im Juli 1998 schlossen wir die Datenerhebung mit folgendem Rücklauf ab:

- 251 Fragebögen von behinderten Frauen und Männern (50,8%),
- 160 Fragebögen von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern (45,2%)
- 17 Fragebögen von Leiterinnen und Leitern der Einrichtungen (56,7%).

4 Exkurs: Skandinavische und deutsche sozialpolitische Rahmenbedingungen

„Generell wird angestrebt, bis ins Jahr 2000 alle Institutionen für Behinderte, von der kleinsten bis zu den größten, aufzulösen. Anstelle der Heime und Institutionen wurden und werden in den Gemeinden Dienstleistungsangebote für betroffene Menschen geschaffen, z.B. Familienunterstützungsdienste, Frühförderprogramme, integrierte Vorschulen, Schulungsmöglichkeiten für alle Kinder, auch für jene mit schweren und schwersten Beeinträchtigungen, Berufsbildungs- und Beschäftigungsprogramme, kleine Wohngruppen, unterstütztes Wohnen, Transportdienste, Erwachsenenbildungs- und Freizeitprogramme usw.“ (Nirje 1994, 16).

Das von Nirje für Schweden beschriebene Ziel zeigt, welche Möglichkeiten und Anforderungen eine konsequente Umsetzung des Normalisierungsgedankens mit sich bringt. Außerdem werden europäische sozialpolitische Entwicklungsunterschiede deutlich, da eine für diesen Zeitraum ähnlich formulierte Zielstellung für Deutschland utopisch wäre.

Frey beschreibt vier Entwicklungsmodelle des Dritten Sektors², von denen zwei für unsere Betrachtung am deutschen und skandinavischen Beispiel ausschlaggebend sind. Während in Deutschland das korporatistische Modell durch einen starken Staat mit hohem Sozialbudget, der den Dritten Sektor bewußt erhält und fördert, gekennzeichnet ist, entwickelte sich in Schweden das sozialdemokratische Modell, in dem der Dritte Sektor bei ebenfalls hohem Sozialbudget als Leistungsanbieter nur gering entwickelt ist (Frey 1998, 88).

Der entscheidende Unterschied besteht zum einen darin, daß in Deutschland überwiegend die großen Wohlfahrtsverbände beziehungsweise unter ihrem Dach organisierte freie Träger, bedingt durch das Subsidiaritätsprinzip Leistungsträger von Behinderteneinrichtungen sind, während der Staat als Finanzierungsträger auftritt.

In Schweden beziehungsweise Dänemark (Thimm 1995, 38) bieten vor allem staatliche Leistungs- und Finanzierungsträger diese Hilfen aus einer Hand an. Außerdem sind die Leistungsansprüche in Deutschland an individuelle, gesetzlich verankerte Voraussetzungen gebunden, während der Zugang zu Hilfsangeboten in den skandinavischen

² Nach Arnold existiert bis heute keine einheitliche Begriffsbestimmung von Non-Profit-Organisationen (NPO) und damit vom Dritten Sektor. „Unstrittig ist nur, daß NPO Institutionen darstellen, die zwischen „Staat und Markt“ angesiedelt sind. Es handelt sich daher weder um öffentliche Organisationen wie bspw. öffentliche Verwaltung, Körperschaften, Betriebe noch um erwerbswirtschaftliche, also gewinnorientierte Unternehmen. Da sie weder zum öffentlichen noch zum privatwirtschaftlichen Sektor gehören, bezeichnet man NPO auch als Dritte-Sektor-Organisationen“ (1998, 235).

Ländern für die Betroffenen einfacher ist. Die Dritte-Sektor-Organisationen sind hier vor allem als Interessenvertreter aktiv und bedeutungsvoll.

Daß in den deutschen sozialpolitischen Rahmenbedingungen wesentliche Hemmnisse begründet liegen, die der von Nirje beschriebenen Zielstellung entgegenstellen, wird anhand der folgenden zwei Beispiele deutlich.

Zur Trennung der Finanzierung und tatsächlichen Ausführung des Betreuungsauftrages kommt die unterschiedliche Finanzierung von ambulanten und stationären Wohnformen durch örtliche beziehungsweise überörtliche Finanzierungsgeber erschwerend hinzu. Hierbei entsteht ein bereits in sich konträres Interessengeflecht aller beteiligten öffentlichen und freien Träger, das der Auflösung stationärer Betreuungsformen hemmend gegenübersteht. Da der Dritte-Sektor hier stark involviert ist, kann er die Rolle des Interessenvertreters der behinderten Menschen nicht voll ausfallen (Halfar 1998, 414; Halfar/ Glasl 1998, 67). Ähnlich wirkt der individuelle gesetzliche Anspruch auf Hilfen als Voraussetzung für eine diesbezügliche Bereitstellung von Mlfsangeboten in Deutschland. Da dieser Anspruch nur in bezug auf Hilfen für behinderte Menschen vorhanden ist, nicht aber in Form von familienentlastenden Ehlfsangeboten, werden diese wichtigen Voraussetzungen für die Realisierung ambulant betreuter Wohnformen lediglich als freiwillige Aufgaben finanziert. Dementsprechend schwierig gestaltet sich der Aufbau dieser sozialen Dienste (Hupasch-Labohm/ Meyners 1996).

Eine Entwicklung zeigt sich derzeit in beiden Ländern: Private Anbieter werden gefördert beziehungsweise es werden Rahmenbedingungen geschaffen, in denen es auch für privatwirtschaftliche Unternehmen immer interessanter wird, auf diesem Sektor tätig zu werden. In Deutschland kommt diese Entwicklung zum Beispiel in der Neuregelung des § 93 BSHG (Bundessozialhilfegesetz) zum Ausdruck, durch den private Träger, soweit sie nicht kostenaufwendiger arbeiten, den freien Trägern gleichgestellt wurden. Die hierdurch geförderte Konkurrenzsituation wird unserer Meinung nach die Entwicklung in die Richtung normalisierter Wohnangebote für behinderte Menschen in Deutschland beschleunigen.

5 Befragung der Leiter und Leiterinnen zu den institutionellen Rahmen-Bedingungen

Für die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse konnten wir 17 Fragebögen von Leiterinnen und Leitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe in M-V auswerten.

Zur Beschreibung der institutionellen Rahmenbedingungen beziehen wir uns im folgenden wiederholt auf ein Instrument zur Qualitätsentwicklung in Wohnstätten für erwachsene Frauen und Männer mit geistiger Behinderung von Schwarte / Oberste-Ufer: *LEWO. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung (1997)*³. Die Autoren arbeiten auf der Grundlage des Normalisierungsprinzips. Sie weisen darauf hin, daß ihr Meßinstrument „grundsätzlich für alle wohnbezogenen Dienste für Erwachsene mit geistiger Behinderung, also zum Beispiel auch für Dienste mit alten, schwer- und mehrfachbehinderten oder sogenannten verhaltensauffälligen Menschen, verwendbar ist“ (ebda, 10). Auch wenn der Schwerpunkt auf Formen des gruppengegliederten Wohnens in Wohnstätten gelegt wurde, kann es somit in Wohneinrichtungen jeder Größenordnung ebenfalls angewendet werden.

Ausgehend vom Normalisierungsgedanken müssen sich Institutionen, in denen geistig behinderte Menschen betreut werden, daran messen und messen lassen, inwieweit sie den Bewohnern Lebensbedingungen bieten, die dem gesamtgesellschaftlichen Standard entsprechen. Einige im Instrument zur Qualitätsentwicklung LEWO (190) unter dem Kapitel „Gegenstandsbereich: Gruppengröße und Gruppenzusammensetzung“ für Wohnstätten genannte Vergleichsdaten sollen deshalb auch uns als Orientierungsgrößen dienen:

- Grundsätzlich sollte sich die Größe von Wohngruppen nicht von den in Deutschland üblichen Haushaltsgrößen unterscheiden. Nach Silbermann [1991, 23f.] leben in den alten Bundesländern weit über die Hälfte der Menschen in zwei bis drei Personenhaushalten, während mehr als fünf Personen nur noch in 7% der Haushalte vorzufinden sind. Demgegenüber stehen Gruppengrößen in Wohnstätten mit acht, zwölf oder noch mehr geistig behinderten Menschen.

³ wird im folgenden nur noch als Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO bezeichnet

- Nach einer Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe [1988, 3] sollen in einer Wohnheimgruppe nicht mehr als sechs bis acht behinderte Menschen betreut werden. Außerdem sollte ein Wohnheim nur in Ausnahmefällen bis zu drei Gruppen umfassen.
- Demgegenüber leben einer bundesweiten Erhebung zufolge [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 1994, 23ff.] in einer Einrichtung durchschnittlich 61 Menschen. In nur knapp ¼ der Wohngruppen werden weniger als acht Menschen, in 1/3 dagegen noch mehr als 11 Menschen betreut. In fast 8 % der Gruppen leben sogar mehr als 16 Personen.

5.1 Wohnsituation

- Alter der Bewohner

Uns interessierte das Alter der Bewohner in den einzelnen Einrichtungen. Auch wenn wir davon ausgehen, dass Sexualität in jeder Lebensphase eine Rolle spielt, untersuchen wir in dieser Arbeit Sexualität und Sexualerziehung von Frauen und Männern und gehen daher von einem Alter ab 17 Jahren aus. Natürlich ist diese Einteilung nicht optimal und sollte daher auch nicht starr betrachtet werden. Wenn wir in dieser Arbeit von betreuten Frauen und Männern sprechen, beziehen wir uns dementsprechend auf Menschen in diesem Alter. Wir können aus der folgenden Tabelle entnehmen, dass zumindest ¾ der betreuten Menschen in einem Alter sind, in dem Partnerschaft und Sexualität eine bedeutende Rolle spielt. Damit verbinden wir die Notwendigkeit der sexualpädagogischen Betreuung wie beispielsweise Beratung in Fragen zur Verhütung und Partnerschaft überhaupt. Frauen und Männer dieser Altersgruppe leben in allen Einrichtungen. Diese Tatsache ist neben der Beurteilung der Ergebnisse in diesem Kapitel auch für die im Kapitel 7 dargestellten Ergebnisse von Bedeutung.

Tabelle 1: **Alter der betreuten Bewohner**

Alter	bis 10 J	11-16 J	17-50 J.	älter
Anzahl der Bewohner	15	47	1040	313
in %	1,06	3,32	73,5	22,12

(n=1415; 16 Einrichtungen und einmal keine diesbezüglichen Angaben)

- **Zusammenleben von Bewohnern mit verschiedenen Behinderungsarten**

Mit Hilfe des Instrumentes zur Qualitätsentwicklung: LEWO (196) können angebotsbezogene Indikatoren für die Gruppenzusammensetzung überprüft werden. Wichtige Kriterien sind danach unter anderem die Wünsche und Bedürfnisse der Bewohner sowie Möglichkeiten für diese, voneinander zu lernen und sich gegenseitig zu unterstützen.

„Gruppen werden grundsätzlich nicht nach organisationsbezogenen Kriterien zusammengesetzt (z.B. vergleichbarer Pflege- und Betreuungsaufwand: „Rollstuhlgruppe“, Gruppe schwerbehinderter oder verhaltensauffälliger Nutzer, Zuteilung von Menschen mit Körperbehinderungen oder psychischen Störungen im Rahmen von Enthospitalisierungsprogrammen usw.)“ (ebda).

Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, dass diese organisationsbezogenen Kriterien zumindest in einigen untersuchten Einrichtungen noch eine Rolle spielen.

Tabelle 2: **Behinderungsarten der Bewohner**

Anzahl der Einrichtungen	Geistige B. bzw. geistige und Mehrfachbehinderung	Psychische Behinderung	Körperbehinderung	Sinnesbehinderung
6	241	Keine	Keine	Keine
8	875	197	9	3
3	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben	keine Angaben

(n= 1444; fehlende Werte ergeben sich aus fehlenden Angaben)

In 6 der 17 untersuchten Einrichtungen leben ausschließlich Menschen mit geistiger Behinderung beziehungsweise geistig und mehrfachbehinderte Menschen. In diesen Einrichtungen werden insgesamt 241 (durchschnittlich 40) Menschen betreut. In weiteren 8 der untersuchten Einrichtungen werden 1084 Menschen mit geistiger Behinderung, geistiger- und Mehrfachbehinderung, psychischer Behinderung, Körperbehinderung und Sinnesbehinderung betreut. Da in einer dieser Einrichtungen allein über die Hälfte dieser Menschen leben, wird sie in der folgenden Tabelle extra dargestellt.

Tabelle 3: **Einrichtungen, in denen Bewohner mit verschiedenen Behinderungsarten betreut werden**

Einrichtungen	Geistig Beh.	Geistige u. Mehrfachbeh.	Psychische Beh.	Körperbehinderung	Sinnesbehinderung	Durchschn. Bewohnerzahl
7	302	192	53	9	3	80
1	381		144	0	0	525

(n=1084)

Die Frage nach Bewohnern mit verschiedenen Behinderungsarten in einer Wohneinrichtung beinhaltet die These, daß in Wohneinrichtungen mit anteilig sehr wenigen geistig behinderten Menschen, den Anforderungen durch diese Klientel nicht ausreichend Fachkompetenz gegenüberstehen kann. Diese Frage stellt sich jetzt genau umgekehrt.

Kann den individuellen Förder- und Integrationsbedürfnissen der Menschen mit einer Körper-, Sinnes- oder psychischen Behinderung (die oftmals vereinzelt in den Wohneinrichtungen mit überwiegend geistig behinderten Menschen zusammenleben) entsprochen werden, oder handelt es sich in diesen Fällen um Fehlbelegungen, die durch unzureichende alternative Angebote hervorgerufen werden.

Diese Folgerung führt uns direkt wieder zu dem Personenkreis der geistig behinderten Menschen. Streng genommen fehlen nach dem Normalisierungsprinzip diese Angebote für alle Bewohner (Kapitel 4), da die Betreuung und Pflege in stationären Einrichtungen heute nicht mehr allein mit der Behinderung begründet werden kann. Auch nach heute in Deutschland üblichen Maßstäben leben in den Wohneinrichtungen behinderte Menschen, die in diesen stationären Einrichtungen überversorgt und damit fehlplaziert sind. Beschrieben wird diese Tatsache am Rostocker Beispiel in: Halfar / Glasl (1998, 66ff.). Eine Antwort auf die Frage nach möglichen Fehlbelegungen und alternativen Betreuungsangeboten sollte innerhalb von Einzelfallhilfeplanverfahren nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG), die grundsätzlich für jeden Heimbewohner durchgeführt werden sollten, gefunden werden.

Daß außerdem ein Zusammenleben von Menschen mit geistiger Behinderung und psychisch kranker Menschen zusätzliche Probleme in sich birgt, wird auch durch den Wunsch der Leiterin eines relativ kleinen Wohnheimes nach der „Abgrenzung der [6] psychisch Kranken von den [20] geistig Behinderten“ deutlich. Wir vermuten, daß Integrationsbemühungen oder grundsätzlich Kontakte außerhalb der Einrichtung besonders in dem Großheim (525 Bewohner) durch die Betreuung dieser unterschiedlichen Klientel zusätzlich erschwert werden. Diese Vermutung begründen wir unter anderem mit einem negativen Imagetransfer (Instrument zur Qualitätssicherung: LEWO, 19 1).

- **Größe und Wohnform der Einrichtungen**

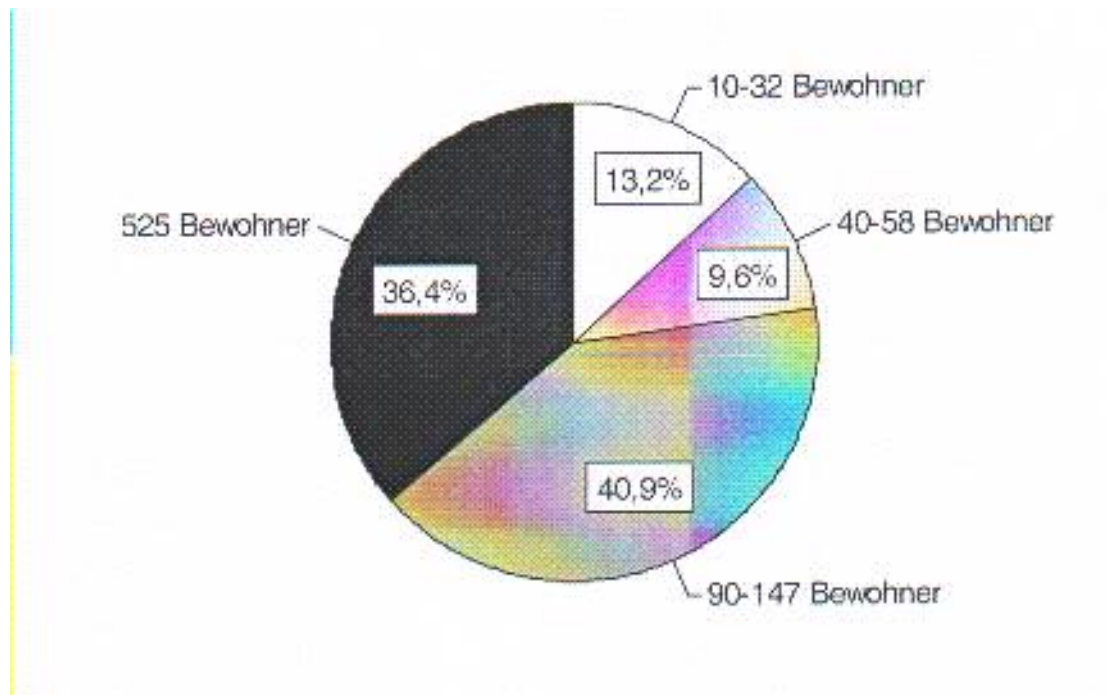
In der folgenden Tabelle sind die Wohnformen und die jeweilige Anzahl der betreuten Menschen dargestellt. Die Abbildung 1 veranschaulicht die unterschiedlichen Größenordnungen. Insgesamt leben in den von uns untersuchten 17 Einrichtungen 1444, also durchschnittlich 85 behinderte Menschen (S. 10: Bundesweit 61 Menschen). In den einzelnen Wohneinrichtungen werden zwischen 10 und 525 behinderte Menschen betreut. Es handelt sich hierbei um eine einzige ambulant betreute Wohnform, während in allen anderen Einrichtungen behinderte Menschen stationär betreut werden.

Tabelle 4: **Untersuchte Einrichtungen der Behindertenhilfe in M-V**

Wohnform	Anzahl der Einrichtungen	Bewohner je Einrichtung	Gesamte Anzahl der Bewohner	Durchschnitt
einmal betreutes (ambulantes) Wohnen einmal betreutes (stationäres) Wohnen	2	10 - 12	22	11
Vier Wohnheime Eine Wohnstätte einmal keine Angaben	6	24 – 32	168	28
ein Behinderten- und Pflegeheim zwei Wohnheime	3	40 – 58	139	46
Großheime	5	90 – 147	590	118
Großheim	1	525	525	525
Gesamt	N=17		1444	85

Legen wir die oben genannte Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe von maximal 24 betreuten Menschen in einer Einrichtung (falls drei Gruppen existieren) als Maßstab zugrunde, leben 46 Bewohner (3%) in drei Einrichtungen, welche dieses Kriterium erfüllen. Aus der folgenden Abbildung ist auch zu erkennen, daß der überwiegende Teil der Bewohner derzeit noch immer in Großheimen lebt.

Abbildung 1: Bewohner nach Einrichtungsgrößen (n=1444)



Da alle untersuchten Großheime (90-525 Bewohner) konfessionell gebunden sind und einer älteren Untersuchung zufolge dies oftmals mit einer konservativen Einstellung und damit verbundenen repressiven Haltung bezüglich des Umgangs mit der Sexualität der Bewohner korrespondierte (Walter/ Hoyler-Herrmann 1987), werden wir unsere Daten auch in dieser Hinsicht prüfen. Aus diesem Grund erscheint uns die folgende Übersicht nützlich.

Tabelle 5: **Anzahl der betreuten Bewohner in konfessionell gebundenen und ungebundenen Einrichtungen**

Träger	Anzahl der Einrichtungen	Bewohner pro Einrichtung	Bewohner gesamt
konfessionell gebunden	10	12 – 525	1255
konfess. ungebunden	6	10 – 40	164
keine Angaben	1	25	25

(n= 1444)

- **Wohngemeinschaften/ Wohngruppen**

Wir haben nicht explizit nach der Gruppengröße gefragt, sondern danach, ob die Bewohner in wenig strukturierten Einheiten oder in relativ autonomen Einheiten/Familien leben. Da auch im Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO (372)

begrifflich Wohneinheiten und Wohngruppen gleichgesetzt werden und wir aus einigen Antworten entnehmen, daß auch die Befragten von einer inhaltlichen Übereinstimmung dieser Begriffe ausgehen, verwenden wir sie im Folgenden synonym.

In der folgenden Tabelle sind die Wohngruppengrößen und ihr Vorkommen in den einzelnen Einrichtungen dargestellt.

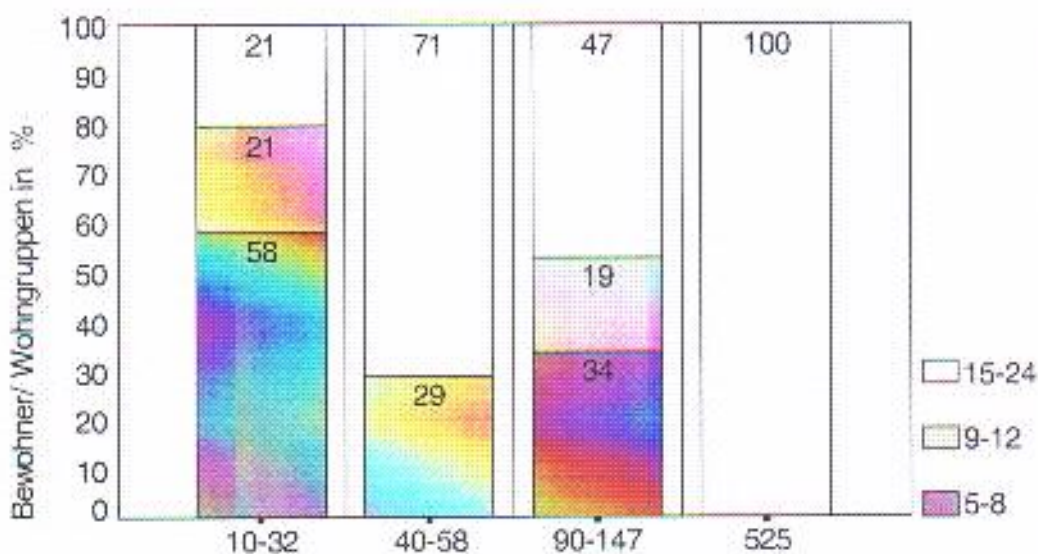
Tabelle 6: **Wohngruppen in den Einrichtungen**

Anzahl der Einrichtungen	Bewohner pro Einheit	Alle Nutzer (absolut)	Alle Nutzer (in %)
5	5 – 8	267	18,49
3	9 – 12	178	12,33
7	15 – 24	926	64,13
3	ungenau angeben	73	5,05
Gesamt: 17 (1x 2 Nennungen)		1444	100,00

Auch hier vergleichen wir wiederum mit der oben erwähnten Richtlinie. Erfüllen können die Forderung nach Gruppengrößen bis zu maximal acht Personen fünf der untersuchten Einrichtungen (wobei in einer dieser Einrichtungen auch zwei Gruppen mit 24 betreuten Menschen bestehen). Etwas weniger als 20% (S. 10: Bundesweit knapp ¼) der betreuten Menschen leben in diesen Gruppen, während mehr als 60% der betreuten Menschen in Wohngruppen mit 15-24 Personen leben (S. 10: Bundesweit leben fast 8% in Gruppen mit mehr als 16 Personen).

Aus der folgenden Abbildung ist ersichtlich, in welchen Wohngruppengrößen die Bewohner innerhalb der Wohneinrichtungen verschiedener Größen betreut werden.

Abbildung 2: **Bewohner pro Wohngruppengröße - nach der Einrichtungsgröße**



Bewohner pro Einrichtung

Wohngruppen mit bis zu acht Personen bestehen lediglich in den untersuchten Wohneinrichtungen mit 10 bis 32 beziehungsweise 90 bis 147 Bewohnern. Betrachten wir jetzt die Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe in ihrer Gesamtheit, so wird deutlich, daß in kleineren Wohneinrichtungen (auch wenn wir die Bewohnerzahl auf 32 erhöht haben) auch die Forderung nach Wohngruppen mit maximal acht Personen am häufigsten erfüllt werden (Abbildung 2).

- **Zimmeraufteilung/ Gruppenzusammensetzung**

Im Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO befindet sich ein Mittel zur Ersteinschätzung wohnbezogener Dienste (398ff.). Unter dem Gesichtspunkt der Selbstbestimmung kann unter anderem folgendes evaluiert werden: „Jeder Nutzer verfügt mindestens über ein eigenes Zimmer mit Duschbad und Toilette oder lebt, wenn er dies wünscht, mit einer Partnerin/ einem Partner in einem Zwei-ZimmerAppartement zusammen. [...]“ (ebda, 400).

Um die folgenden Ergebnisse in einen Entwicklungsprozeß eingebunden sehen zu können, ist hier ein weiterer Hinweis auf die Untersuchung von Walter aus dem Jahr 1977 sinnvoll (1987, 74f.). Für den damaligen Zeitpunkt wurde festgestellt, daß 83% der Heimbewohner in geschlechtsgetrennten Gruppen (beziehungsweise in Frauen- oder Männerhäusern) lebten, Einzel- und Doppelzimmer selten vorhanden waren, während 67% der geistig behinderten Erwachsenen in Drei-, Vier- oder Mehrbettzimmern lebten. Walter stellt 1987 fest, daß bei vielen Verbesserungen in der Zwischenzeit die beschriebenen Bedingungen noch häufig anzutreffen waren (ebda, 74f.). Dieselbe Untersuchung 1977 ergab, daß in keinem der untersuchten Heime Möglichkeiten des Zusammenlebens von Paaren bestanden (ebda, 146).

Nun wieder zur heutigen Situation in M-V. Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß weniger als 20% der Bewohner über ein eigenes Zimmer verfügen, während mehr als 60% der betreuten Menschen zu zweit ein Zimmer bewohnen. Etwas weniger als 10% der Bewohner leben in den untersuchten Einrichtungen noch heute in Drei- oder Mehrbettzimmern. Einschränkend zur Zimmerbelegung müssen wir sagen, daß wir die Wohnungen beziehungsweise Zimmer für Paare in unsere Betrachtung nicht einbezogen haben. Wir nehmen aber an, daß sich die Bewohneranzahl pro Zimmer hierdurch nur geringfügig verändern wird.

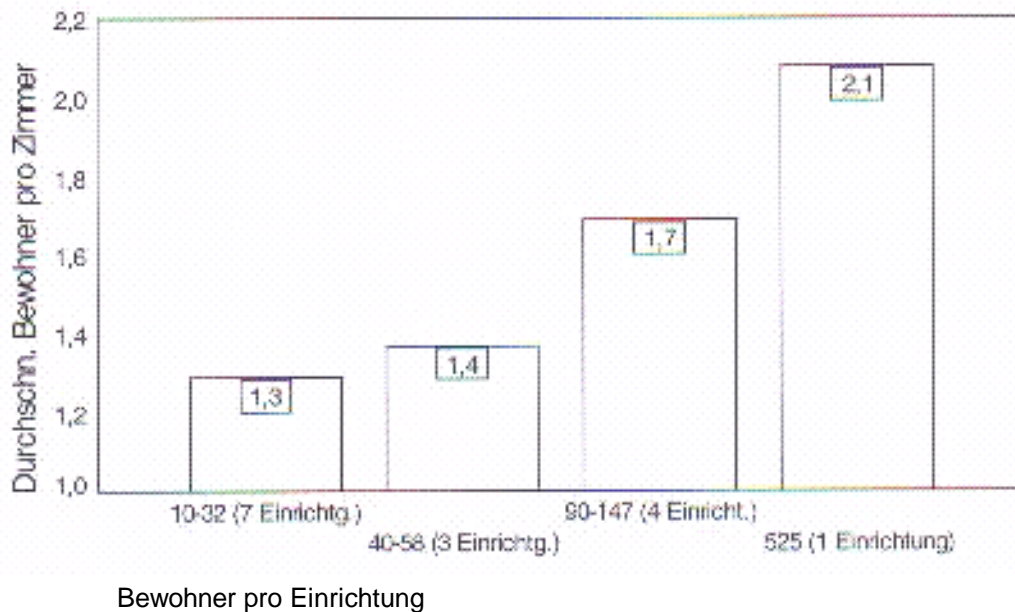
Tabelle 7: **Bewohner pro Zimmer**

Bewohner in:	Einbett-Zimmern	Zweibett-Zimmern	Dreibett-Zimmern	Mehrbett-Zimmern	keine Angaben
absolut	269	932	78	40	125
in %	18,63	64,54	5,4	2,77	8,66

(n=1444; 17 Einrichtungen)

Die folgende Grafik zeigt den Zusammenhang zwischen der Größe der Einrichtungen und der durchschnittlichen Bewohneranzahl je Zimmer. Es ist deutlich zu erkennen: Bewohner verfügen über ein eigenes Zimmer um so seltener, je größer die Einrichtungen werden.

Abbildung 3: **Bewohner pro Zimmer - nach der Einrichtunggröße**



Weiterhin interessierte uns, inwieweit heute die oben beschriebene Geschlechtertrennung überwunden wurde. Das Zusammenleben von Frauen und Männern innerhalb von Wohngruppen ist in den untersuchten Einrichtungen heute überwiegend Realität. In insgesamt 10 der 17 Einrichtungen gibt es außerdem separate Wohnungen beziehungsweise Zimmer für Paare.

Von 17 Leiterinnen und Leitern geben zwei eine getrennte Betreuung von männlichen und weiblichen Bewohnern in der stationären Betreuung an, wobei in diesen Fällen **stationär** wahrscheinlich als stationäre Pflege verstanden wurde ⁴, da weitere Angaben einer rigorosen Trennung in diesen Wohneinrichtungen widersprechen.

Wir vermuten hier neben der nach Geschlechtern getrennten Betreuung und Pflege ein weiteres Defizit: Eine Gruppenzusammensetzung, organisiert nach gleichem Betreuungs- und Pflegeaufwand oder ähnlich schwerem Grad der Behinderung, widerspricht normalisierten Lebensbedingungen. Vielmehr sollte in betreuten Gruppen der Anteil der leichter behinderten gegenüber dem der stärker behinderten Menschen überwiegen (Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO, 196).

⁴ und nicht wie von uns, als vollstationäre Wohneinrichtung im Unterschied zur ambulanten Wohnform des Betreuten Wohnens

Durch bisherige Kontakte des MATs zu einzelnen Einrichtungen ist besonders das Interesse am Thema Sexualität schwer geistig- und mehrfachbehinderter Menschen deutlich geworden. Wir werden an gegebener Stelle noch darauf zurückkommen. Hier nur soviel: Mit den Bemühungen um normalisierte Lebensbedingungen sollte nach Schiller gerade bei diesen Menschen begonnen werden (1996, 75ff.). Wichtige Voraussetzungen für sexuelles Erleben im Sporkenschen Sinne werden so erst geschaffen, und alle weiteren Unterstützungsangebote können im Grunde erst darauf aufbauen.

- **Ausstattung des Sanitärbereiches**

Im Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO heißt es weiterhin: „Intimität muß möglich sein. Neben Einzelzimmern gehören dazu auch abschließbare Toiletten und Badezimmer“ (254). Unsere Frage nach der Ausstattung des Sanitärbereiches bleibt insofern hinter den Forderungen an normalisierte Wohnbedingungen zurück, als wir nicht sagen können, zu wie vielen Einzelzimmern Sanitäreinrichtungen gehören oder wie viele Bewohner sich Sanitäreinrichtungen in welchen Größenordnungen teilen müssen. Die folgende Darstellung zeigt lediglich, ob es in den Einrichtungen abschließbare Türen im Sanitärbereich gibt.

Tabelle 8: **Ausstattung des Sanitärbereiches**

Nicht abschließbare Türen	1 Einrichtung
teils / teils	3 Einrichtungen
verschießbare Türen	13 Einrichtungen

(n=17)

Verschließbare Türen im Sanitärbereich sind im überwiegenden Teil der Einrichtungen vorhanden. Eine Einrichtung hat keine verschließbaren Türen, und in drei Wohneinrichtungen sind nur teilweise verschließbare Türen vorhanden. Die folgenden Bemerkungen der Leiter und Leiterinnen stützen die These: Je kleiner die Wohneinrichtungen sind, desto eher entsprechen sie auch in diesem für Intimität bedeutsamen Lebensbereich normalisierten Wohnbedingungen.

Bemerkungen zur Ausstattung des Sanitärbereiches:

- je Wohngruppe / 6-7 BewohnerInnen: zwei Bäder (26 Bewohner)
- jedes Zimmer hat eine eigene Sanitärzelle (12 Bewohner)
- mehr als 3 Betten / Zimmer Schlafräume für Kinder; alles offen im Sanitärbereich der Kindergruppen; differenziertere Möglichkeiten, wenn aus den Kindern langsam Jugendliche werden (140 Bewohner)
- teilweise separate Sanitärzellen zu den Wohneinheiten (41 Bewohner)
- Duschen mit Vorhang / Bäder zu schließen (147 Bewohner)

Fazit

In den untersuchten Einrichtungen leben 3% der insgesamt betreuten Menschen in drei Einrichtungen, die gemessen an der Bewohnerzahl normalisierten Wohnverhältnissen entsprechen. $\frac{3}{4}$ der betreuten Menschen leben noch heute in Großheimen. Diese Tatsache schlägt sich auch in der durchschnittlichen Bewohnerzahl pro Einrichtung nieder, die den Bundesdurchschnitt um mehr als 20 Bewohner übersteigt.

In lediglich fünf Einrichtungen existieren Gruppen mit bis zu maximal acht Personen. Weniger als 20% der betreuten Menschen leben in diesen Gruppen, das sind etwas weniger als im Bundesvergleich. Mit fast 60% der Bewohner in Wohngruppen mit maximal acht Personen wird diese Forderung vor allem in Einrichtungen erfüllt, die nicht mehr als 32 Menschen betreuen. Weit über die Hälfte der Nutzer der untersuchten Einrichtungen, und damit wesentlich mehr als im bundesweiten Vergleich, leben zur Zeit in viel zu großen Wohngruppen mit 15-24 Personen.

Im Vergleich zu 1977 beziehungsweise 1987 ist die Verbesserung der Wohnsituation enorm: Die überwiegende Mehrheit der Bewohner lebt heute in Ein- oder Zweibettzimmern. In kleineren Wohneinrichtungen leben weniger betreute Menschen zu zweit oder mit mehreren in einem Zimmer. Dieser Anteil steigt mit der Größe der Einrichtungen. Gemessen an normalisierten Wohnbedingungen mit einem Intimbereich, der ein eigenes Zimmer einschließt, müssen die Bedingungen aber noch als unzureichend beschrieben werden.

Intimität im Sanitärbereich wird in einem Großteil der Einrichtungen durch verschließbare Türen realisiert. In vier Einrichtungen sind diese wohnlichen Voraussetzungen bisher nicht beziehungsweise nur teilweise gegeben. Aufgrund der zusätzlichen Bemerkungen der Leiter und Leiterinnen nehmen wir an, daß auch die Bedingungen in kleineren Einrichtungen hinsichtlich gemeinsam zu nutzender Sanitäreinrichtungen günstiger sind als in größeren Einrichtungen.

Die getrennte Betreuung in Wohngruppen von Frauen und Männern ist heute eher die Ausnahme. Auch hierin sehen wir eine deutliche Entwicklung in die Richtung der Umsetzung des Normalisierungsgedankens. Während in etlichen Einrichtungen inzwischen Zimmer beziehungsweise Wohnungen für Paare eingerichtet wurden, bleibt die Tatsache, daß dies in mindestens fünf Einrichtungen noch aussteht.

Für uns stellt sich damit die Frage, ob diesbezügliche Forderungen ausreichende Berücksichtigung in den jährlichen Pflegesatzverhandlungen nach § 93 BSHG gefunden haben. Hiernach werden auf der Grundlage der Rahmenleistungsvereinbarungen und der Konzeptionen der Einrichtungen einrichtungsbezogene Leistungsvereinbarungen abgeschlossen⁵ (Halfar 1998, 424) und damit Pflegesätze vereinbart. Der Bedarf an Wohnformen für geistig behinderte Paare muß demzufolge in den Konzeptionen formuliert sein.

Die bisherigen Ergebnisse geben erste Hinweise darauf, daß in den untersuchten Einrichtungen, in denen 10-32 behinderte Menschen leben, die Forderungen an normalisierte Wohnbedingungen zwar nicht durchgehend erfüllt werden, die Bedingungen hierfür aber im Gegensatz zu größeren Wohneinrichtungen günstiger sind. Wir werden die weiteren Ergebnisse demzufolge auf der Grundlage dieser These prüfen.

- **Beurteilung der gegenwärtigen Wohnsituation durch die Leiter und Leiterinnen**

Wir haben die Leiter und Leiterinnen gebeten, die Wohnsituation in ihrer Einrichtung mit einer Schulnote (auf einer Skala von 1 für „sehr gut“ bis 5 für „ungenügend“) zu beurteilen. Außerdem interessierte uns, was sie bezüglich der Wohnsituation zuerst ändern würden.

Die Antworten sind in der folgenden Tabelle sowie in der Aufzählung dargestellt.

Tabelle 9: **Beurteilung der Wohnsituation**

Gesamt	sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	ungenügend
17	1	12	2,5	0,5	1
Mittelwert: 2,324					

⁵ Diese Vereinbarungen werden zwischen dem überörtlichen Träger der öffentlichen Sozialverwaltung als Finanzierungsträger stationärer Wohneinrichtungen und den öffentlichen, freien oder privaten Trägern als Leistungsträger abgeschlossen

Wünsche zur Verbesserung der Wohnsituation

- Note 2, da Einzelzimmer und gemeindenah, aber eine Neumöblierung, farbliche Gestaltung und eine größere Gartenfläche wären erforderlich (Abgrenzung der psychisch Kranken von den geistig Behinderten)
- Dezentralisierung mit Außenwohngruppen
- mehr Einbettzimmer
- Einzelzimmer
- sozialen Wohnraum schaffen
- kleinere Wohneinheiten mit integrierten Sanitärbereichen
- einige Zimmer etwas vergrößern
- keine Wünsche, Haus wurde nach unseren Vorstellungen projektiert und auch gebaut
- Gruppengröße weiter verringern (differenzieren)
- mehr Einzelzimmer; mehr Zimmer für Paare
- die letzten großen Zimmer auflösen; zwei große Einheiten mit je 24 Bewohnern in 8er Gruppen separieren
- Grundsätzliche Verbesserung der vorhandenen Altbausubstanz
- Ausschließlich Einbettzimmer
- Einbettzimmer für alle Bewohner

Mit der Note „sehr gut“ wurde eine Einrichtung beurteilt, die nach eigenen Wünschen projektiert und gebaut wurde. Mit 40 betreuten Frauen und Männern in Wohneinheiten mit je 10 Personen werden die Richtlinien der Bundesvereinigung Lebenshilfe (als unser Maßstab für normalisierte Wohnbedingungen) selbst hier nicht erfüllt. Durch diesen Vergleich wird deutlich, wie wichtig das Aufstellen von Qualitätskriterien seitens der Leistungs- und Finanzierungsträger bereits in der Planungsphase von Projekten ist.

Der am häufigsten geäußerte Wunsch der Leiter und Leiterinnen, welche die gegenwärtige Wohnsituation als „gut“ beurteilen, bezieht sich in fünf Einrichtungen auf zusätzliche Einzelzimmer beziehungsweise auf Einzelzimmer für alle Bewohner.

Wünsche der Leiterin und des Leiters, von denen die Wohnsituation als „befriedigend“ beschrieben wird, sind kleinere Wohneinheiten (in diesem Fall bisher 17 Bewohner) beziehungsweise eine Dezentralisierung mit Außenwohngruppen (insgesamt 90 Bewohner).

Eine grundsätzliche Verbesserung der vorhandenen Altbau-Substanz steht für den Leiter einer Einrichtung im Vordergrund (Beurteilung „befriedigend“ bis „ausreichend“). Wir nehmen an, daß es sich hierbei um Folgen aus der Zeit der DDR handelt, mit denen vor allem Großheime auch heute noch zu kämpfen haben. Wichtige Aspekte normalisierter Wohnverhältnisse werden somit unweigerlich zweitrangig.

Die als „ungenügend“ bezeichnete Wohnsituation einer Einrichtung (ambulant Betreutes Wohnen) wurde mit der Forderung begründet, sozialen Wohnraum zu schaffen. Interpretiert man dies als fehlende Akzeptanz des sozialen Umfeldes wird deutlich, daß eine Voraussetzung für gemeindeintegriertes und normalisiertes Wohnen geistig behinderter Menschen Wahrnehmungsveränderungen nichtbehinderter Menschen hinsichtlich dieser Thematik sind (Hahn 1996, 112ff.). Ein Defizit in der Angebotsstruktur wird deutlich, da sich ambulante Wohnformen nur sehr zögerlich entwickeln (Halfar / Glasl 1998, 77ff.), aber wiederum auch eine Voraussetzung für diese Wahrnehmungsveränderungen und damit für mehr Akzeptanz behinderter Menschen sind (Speck 1990, 55). Auch wir haben mit unserer Untersuchung nur eine ambulante Einrichtung erfaßt, und hierin spiegelt sich unserer Meinung nach das derzeitige Verhältnis der angebotenen Wohnformen relativ genau wider.

Zusammenfassend stellen wir fest, daß trotz der Tatsache, daß auch heute noch normalisierte Wohnbedingungen in der Behindertenhilfe (bezogen auf unsere Daten) die Ausnahme sind, die Wohnsituation von der überwiegenden Mehrheit der Leiter und Leiterinnen als „gut“ beurteilt wird. Die Richtung der genannten Wünsche ist durch den Normalisierungsgedanken bestimmt. Je nach vorhandenen Bedingungen treten substantielle Wünsche wie grundlegende Sanierungsarbeiten oder der Wunsch nach Einzelzimmern, der bereits einen Aspekt normalisierten Wohnens erfüllt, in den Vordergrund. Für die überwiegend positive Selbsteinschätzung sehen wir folgende Ursachen:

- Die Wohnsituation hat sich in den letzten Jahren wesentlich verbessert.
- Durch kognitive Dissonanzreduktionsleistungen (Diekmann 1995) werden vorhandene Bedingungen versus anerkannte Forderungen an normalisierte Lebensbedingungen relativiert.
- Betriebswirtschaftliche Notwendigkeiten und sozialpolitische Rahmenbedingungen fördern ein „Festhalten“ an der Klientel (S. 8., S. 12).
- Qualitätskriterien und Instrumente zur Qualitätssicherung sind unzureichend bekannt. Fachliche sowie betriebswirtschaftliche (Wettbewerbs-)Vorteile werden dadurch noch nicht ausreichend erkannt.

5.2 Sexualpädagogische Konzeption und Umgang mit der Sexualität der Heimbewohner

Die Entwicklung der letzten Jahre in die Richtung einer emanzipatorischen Sexualerziehung stellt betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen vor neue, oftmals schwierige Aufgaben. Für fachlich qualifizierte sexualpädagogische Begleitung geistig behinderter Frauen und Männer ist eine gemeinsam von Mitarbeitern und Leitung erarbeitete sexualpädagogische Konzeption Voraussetzung. Der „Gegenstandsbereich: Geschlechtliche Identität, Sexualität und Partnerschaft“ im Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO (250ff.) beinhaltet neben dieser Forderung nutzer- sowie angebotsbezogene Indikatoren zur Qualitätskontrolle und -entwicklung. Hiermit läßt sich beispielsweise der Bedarf an sexualpädagogischer Begleitung für jede betreute Frau und für jeden betreuten Mann feststellen.

Wir haben den Leiterinnen und Leitern zu diesem Thema die sechs folgenden Fragen gestellt.

- **Gibt es in Ihrer Einrichtung so etwas wie Handlungsrichtlinien für den Umgang mit Sexualität und/oder eine sexualpädagogische Orientierungskonzeption als Grundlage für eine behindertengerechte Sexualerziehung?** Wenn es eine Konzeption bzw. Richtlinie gibt, dann legen Sie diese bitte bei, oder beschreiben Sie den Ansatz in Stichpunkten auf einem extra Blatt!

In der folgenden Tabelle sind die Antworten der Leiter und Leiterinnen auf diese Frage dargestellt:

Tabelle 10: **Sexualpädagogische Konzeption in den Einrichtungen**

ja, liegt in schriftlicher Form vor	0
ja aber nur in mündlicher Form	10
nein, weder mündlich noch schriftlich	6
ist in Vorbereitung	1

(n=17)

Eine schriftliche sexualpädagogische Konzeption gibt es in keiner der untersuchten Einrichtungen. Während 10 Leiter und Leiterinnen angeben, nach einem mündlich vereinbarten Ansatz zu arbeiten, kam nur eine Leiterin unserer Bitte nach kurzer Beschreibung des Ansatzes folgendermaßen nach: „Die Lebenshilfe-Richtlinien gelten auch hier. Arbeit nach dem Normalisierungs- und Integrationsprinzip (gilt auch für den Bereich „Sexualität und Partnerschaft“)“. In einer Einrichtung wird derzeit eine Konzeption vorbereitet, in gut 1/3 der Einrichtungen existiert weder in mündlicher noch in schriftlicher Form eine solche Konzeption.

- **Gibt es in Ihrer Einrichtung für die Bewohner Gelegenheiten, um allein zu sein, Zärtlichkeiten mit einem Partner auszutauschen bzw. miteinander zu schlafen?**

Für die betreuten Frauen und Männer gibt es in allen 17 untersuchten Einrichtungen Möglichkeiten, um allein zu sein. Gelegenheiten, um Zärtlichkeiten mit einem Partner oder einer Partnerin auszutauschen und miteinander zu schlafen, gibt es in 14 Einrichtungen. In den restlichen drei Einrichtungen müßten erst wichtige Voraussetzungen geklärt sein, um diesen sexuellen Wünschen zu entsprechen. In einer Einrichtung gibt es Möglichkeiten, allein zu sein oder miteinander zu schlafen, „nicht immer“.

- **Ist es aus Ihrer Sicht z. Z. notwendig, das Thema HIV/ AIDS anzusprechen?**

Die folgende Tabelle zeigt, daß für 2/3 der Leiter und Leiterinnen das Thema HIV/ AIDS (mehr oder weniger) aktuell ist. Es fällt auf, daß alle vier Befragten, für die dies Thema zur Zeit nicht wichtig ist, konfessionell gebundene Einrichtungen leiten.

Tabelle 11: **HIV als Thema in den Einrichtungen**

	ja, auf jeden Fall	im Prinzip ja	nein, kein Bedarf
absolute Angaben	7	6	4

(n=17)

Auf unsere offene Frage, welche Themen bezüglich HIV/ AIDS besonders interessant wären, bezogen sich 3 Leiter und 6 Leiterinnen auf grundlegende Informationen zu HIV/ AIDS und Prävention. Ein Leiter und zwei Leiterinnen nannten auch in diesem Zusammenhang Verhütungsmittel und -methoden, und jeweils einmal erhielten wir die folgenden Themenvorschläge: Aufklärungsarbeit mit den behinderten Menschen, Sexualität, Geschlechtskrankheiten, Besuch der Werkstatt für Behinderte (WfB), Informationen über Forschungsergebnisse sowie die Forderung nach einem Umgang mit diesem Thema wie in jeder anderen Bevölkerungsschicht auch.

- **Wurde im Mitarbeiterkreis, z.B. während Teambesprechungen, im Zeitraum eines Jahres das Thema Sexualität behinderter Menschen besprochen?**

In knapp ¾ der 17 Einrichtungen wurden (im Zeitraum eines Jahres) Themen in bezug auf Sexualität und Behinderung besprochen. In der folgenden Aufzählung sind die von den Befragten genannten Themen dargestellt, wobei in zwei Fällen keine Themen beschrieben wurden. In einer Einrichtung wurde das Thema teilweise, und zwar „Sexualität speziell bei Jungen“, besprochen. Zwei weitere Leiterinnen geben an, daß dieses Thema im angegebenen Zeitraum nicht besprochen wurde, und ein Leiter sowie eine Leiterin wußten es nicht. Die letzteren vier Einrichtungen fallen um so mehr ins Gewicht, als es sich in drei Fällen um Großheime handelt und insgesamt 25% der betreuten Menschen in diesen Einrichtungen leben.

Übersicht der besprochenen Themen (n= 1 0)

- Freundschaft, Liebe und Partnerschaft (6x)
- Verhütung (4x)
- Homosexualität (2x)
- Selbstbefriedigung
- HIV
- Drogen
- Normen und Grenzen bei Minderjährigen
- Sexualität bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung
- Aufklärung in sauberer Form
- Normen und Werte
- Sexualität bei Menschen mit Behinderung
- Beziehungen innerhalb des Hauses
- Möglichkeiten sex. Intimität für Schwerstbehinderte
- Rolle des Mitarbeiters als Vertrauensperson
- Motivation über Sexualität
- Akzeptanz der Bedürfnisse von Behinderten
- Akzeptanz der Sexualität unter den Heimbewohnern
- Sexuelle Gewalt
- Sexueller Mißbrauch durch Außenstehende

- **Sind Sie der Meinung, daß Ihr Personal fachlich und persönlich dazu in der Lage ist, den Bewohnern auch zu intimen Fragen ausreichende Hilfe anzubieten?**

In drei Einrichtungen werden diese Kompetenzen allen betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zugewiesen. Gut $\frac{3}{4}$ der 17 Leiter und Leiterinnen sind der Meinung, daß ihr Personal „teils/teils“ fachlich und persönlich dazu in der Lage ist, den betreuten Frauen und Männern auch in intimen Fragen ausreichend Hilfe anzubieten, und eine Leiterin gibt an, daß in ihrer Einrichtung diese Kompetenzen „eher nicht“ verfügbar sind.

- Bekommen Sie Unterstützung von außen zum Umgang mit dem Thema Sexualität?

$\frac{2}{3}$ der Leiter und Leiterinnen erhalten außerhalb ihrer Einrichtung Hilfe zum Thema. Eine Leiterin und zwei Leiter der 17 Einrichtungen finden genügend Unterstützung zum Thema Sexualität. Fast die Hälfte (acht) aller Leiter und Leiterinnen geben an, zu wenig Unterstützung zu finden. $\frac{1}{3}$ findet überhaupt keine Unterstützung.

Weiterhin wollten wir wissen, woher die Unterstützung kommt:

Tabelle 12: **Unterstützung zum Thema Sexualität durch:**

	absolute Angaben
allgemeine Fortbildungen	5
Fortbildungen des Trägerverbandes	5
Supervision	1
Literatur	9
Medien (z.B. Presse)	6
anderes	4

n=11

Mehrfachantworten möglich

$\frac{4}{5}$ der Befragten greifen auf Literatur zurück, und gut die Hälfte orientiert sich an anderen Medien. Mit jeweils knapp 50% werden allgemeine Fortbildungen sowie Fortbildungen des Trägerverbandes angegeben. Supervision wird in nur einer Einrichtung als Hilfe zum Umgang mit diesem Thema benannt.

Jeweils zwei Leiter und Leiterinnen gaben außerdem auf eine offene Frage („Anderes“): Dozenten einer Universität, Vortragsreihen durch Referenten, eine Weiterbildung von Pro Familia („ist aber zu wenig“), sowie ein gemeinsam mit Universitäten geplantes Modellprojekt⁶ als Möglichkeiten an.

Fazit

Da bisher in keiner der untersuchten Einrichtungen eine schriftliche sexualpädagogische Konzeption erarbeitet wurde, gehen wir davon aus, daß die diesbezügliche fachliche Auseinandersetzung in allen Einrichtungen noch am Anfang steht. Dieser Eindruck wird bestärkt, da wir keine konkreten Angaben zu mündlich vereinbarten Konzeptionen erhalten haben.

Der Weg vom Beginn einer Thematisierung der Sexualität der Bewohner bis hin zur Entwicklung und Umsetzung einer schriftlichen sexualpädagogischen Konzeption gestaltet sich schwierig und in den einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. So wurde in zwei Einrichtungen trotz vorhandener mündlich vereinbarter Konzeption das Thema Sexualität im Zeitraum des letzten Jahres nicht im Mitarbeiterkreis besprochen.

In den meisten Einrichtungen wird heute Sexualität im Leben der betreuten Menschen akzeptiert. Es werden institutionelle Möglichkeiten geschaffen, um diesen Bedürfnissen zu entsprechen, und es wird versucht, durch eine Thematisierung im Mitarbeiterkreis, die Kompetenzen der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen diesbezüglich zu stärken.

Charakteristisch für die Schwierigkeit, aus dieser grundlegend bejahenden Haltung gegenüber der Sexualität der Bewohner praktische sexualpädagogische Begleitung zu entwickeln, ist der Umgang mit HIV/ AIDS. Zwar ist der überwiegende Teil der Leiter und Leiterinnen grundsätzlich der Meinung, daß HIV/ AIDS ein Thema sein sollte, folgt man jedoch den genannten Themen, wurde es bisher nur im Mitarbeiterkreis einer Einrichtung besprochen.

Für die bereits aufgestellte These (S. 20f.), daß Voraussetzungen für Intimität mit zunehmender Größe der Einrichtungen schwieriger geschaffen werden können, ergeben sich unter dem Gesichtspunkt der sexualpädagogischen Betreuung weitere Anhaltspunkte:

- Es handelt sich überwiegend um Großheime (3 von 4), in denen das Thema Sexualität bisher nicht besprochen wurde beziehungsweise hierzu keine Aussagen getroffen werden konnten.
- In den drei Einrichtungen, in denen dem gesamten Personal die Kompetenzen für ausreichende fachliche und persönliche Betreuung der Bewohner zu intimen Fragen zugewiesen werden, leben maximal 40 Menschen. Es existiert eine mündlich vereinbarte sexualpädagogische Konzeption, beziehungsweise sie ist in Vorbereitung und das Thema wurde im Mitarbeiterkreis besprochen.

⁶ Sexualität von Kindern und Jugendlichen mit geistigen Behinderungen in Wohnheimen; Weitere Informationen sind uns nicht bekannt.

In diesen Ergebnissen sehen wir einen Hinweis, soweit dies bei der geringen Fallzahl möglich ist, auf die Gültigkeit der Thesen, wonach sexualpädagogische Handlungskompetenz durch fachliche Thematisierung steigt und sich dieser Prozeß in Großheimen, wahrscheinlich schon aus organisatorischen Gründen, problematischer als in kleineren Wohneinrichtungen gestaltet.

Die Ergebnisse machen deutlich, daß ein bezüglich dieser Thematik mündlich vereinbarter Handlungsansatz lediglich zum Ausdruck bringt, daß in der jeweiligen Einrichtung die Sexualität der Bewohner grundsätzlich wahrgenommen wird. Über die Qualität und Quantität einer sexualpädagogischen Begleitung erhalten wir hiermit noch keine Aussage.

Die Mehrheit der Leiter und Leiterinnen geben an, keine beziehungsweise nicht genügend Unterstützung zum Thema außerhalb ihrer Einrichtungen vorzufinden. Für uns ist dies ein erster Hinweis darauf, daß sie sich der Schwierigkeiten und Defizite bewußt sind und Angebote zur fachlichen Begleitung in diesem Prozeß unzureichend vorhanden, aber dringend erforderlich sind.

5.3 Wünsche für die Zukunft bezüglich des Umgangs mit der Sexualität von behinderten Menschen

Um Anhaltspunkte für den Bedarf der Leiter und Leiterinnen an Unterstützungsangeboten zu erhalten, interessierte uns, in welchen Bereichen sie erhebliche Defizite bezüglich des Umgangs mit der Sexualität der Bewohner sehen, und ob sie konkrete Vorstellungen über geeignete derartige Angebote haben.

- **In welchen Bereichen sehen Sie erhebliche Defizite?**

Die Antworten der Leiter und Leiterinnen auf diese Frage sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tabelle 13: **Defizite bezüglich des Umgangs mit der Sexualität der Bewohner**

	absolute Werte
rechtliche Rahmenbedingungen	6
bauliche Rahmenbedingungen	8
Ausstattung der Zimmer	2
pädagogische Fortbildung	13
keine Defizite	1

(n= 17)

Mehrfachantworten möglich

Fehlende pädagogische Fortbildung ist für die Leiter und Leiterinnen deutlich das größte Defizit im Umgang mit der Sexualität der betreuten Menschen. Diese Aussage schließt sich an den letzten Punkt an (3/4 der Leiter und Leiterinnen erhalten keine beziehungsweise zu wenig Unterstützung außerhalb ihrer Einrichtung) und zeigt eine regionale Schwachstelle. Auch wir haben auf der Suche nach geeigneter Fortbildung zum Thema Sexualität geistig behinderter Menschen lediglich ein Angebot in der Nähe von Göttingen (Niedersachsen) gefunden. Aus der Literatur (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995, Wunder 1996) entnehmen wir, daß es weitere Angebote in Schlüchtern (Hessen), Neuerkerode⁷ und Hamburg gibt. Der mit diesen Entfernungen verbundene zeitliche und finanzielle Aufwand wird von den Einrichtungen nur schwer erbracht werden können.

Weiterhin fällt auf, daß die Verbesserung der baulichen Rahmenbedingungen für fast die Hälfte der Befragten, vor allem aber für die Leiter und Leiterinnen der konfessionell gebundenen Einrichtungen, entscheidend ist. Auch das ist vermutlich ein Hinweis auf die Hinterlassenschaft der Jahre vor 1989 und den damit verbundenen Schwierigkeiten der Umsetzung von Ansprüchen an normalisierte Wohnbedingungen.

Eine Leiterin antwortete auf die Frage nach Defiziten bezüglich des Umgangs mit der Sexualität der Bewohner mit der folgenden Bemerkung: „Das sie als Normalität angesehen wird und nicht Gegenstand von wissenschaftlichen Arbeiten sein oder werden muß. Das größte Problem: Akzeptanz und Toleranz aller Nichtbehinderten.

Defizit: Humanistische Rahmenbedingungen“. Hier schließt sich die oben genannte (S. 22) Forderung, „sozialen Wohnraum [zu] schaffen“, einer Leiterin an, die ebenfalls in keinem der von uns genannten Bereiche Defizite sieht. Außerdem wurden „Möglichkeiten des Kennenlernens bei schwerer Behinderung“ als schwierig beschrieben.

⁷ Das Bundesland ist uns nicht bekannt.

- **Wenn sie drei Wünsche frei hätten, welche konkreten Arbeitshilfen sollten dann aus diesem Projekt entstehen?**

Auf diese offene Frage erhielten wir von den Leiterinnen und Leitern folgende Antworten (n=12):

Wünsche für Arbeitshilfen:

- Arbeitsmaterial zur Sexualerziehung (5x)
- Mitarbeiterschulung mit folgenden Themen (4x):
 - Sexualverhalten geistig Behinderter
 - Umgang mit sex. Wünschen Schwerstbehinderter
 - Schulung der Sensibilität
 - Rechtliche Fragen
- Sexualpädagogische Konzeption (3x)
- Fachliche Unterstützung beim Umgang mit Sexualität
- Sexualerziehung von 0 bis ins Alter
- Arbeitshilfe für Nichtbehinderte, um Bedürfnisse der behinderten Mitmenschen zu akzeptieren
- Sozialpädagogisch ausgearbeitetes Material zu Spätfolgen sex. Mißhandlung im Kindesalter
- Aufklärung bei geistig Behinderten und schwer geistig Behinderten
- Sexualität schwerstmehrfachbehinderter Menschen
- Erfahrungsaustausch zwischen Einrichtungen
- Geschlechtermischung unter Betreuten und Betreuern
- Taktvoll offener Umgang mit dem Thema unter Mitarbeitern
- Vertrauensvoll-offener Umgang mit dem Thema unter Heimbewohnern/Mitarbeitern
- Herausbildung von Werten
- Lerne nur, das zu tun, was Du willst. Gefahr der Ausnutzbarkeit und Benutzung
- Sexualität und Gewalt
- Umgang mit Gefühlen und Bedürfnissen
- Schamgefühl, Intimität bewahren bzw. bei behinderten Menschen entwickeln

Die Leiter und Leiterinnen haben konkrete Vorstellungen über notwendige Fortbildungsthemen und Unterstützungsangebote. Überwiegend liegt das Interesse auf dem Gebiet der Mitarbeiterschulung. Daneben sind Arbeitsmaterialien zur Sexualerziehung geistig behinderter Menschen für die Befragten von Bedeutung. Gewünscht wird von den Leiterinnen und Leitern ebenso eine externe Begleitung bei der Erarbeitung einer sexualpädagogischen Konzeption. Wir entnehmen den Wünschen weiterhin einen Bedarf an sexualpädagogischer Arbeit mit den behinderten Menschen selbst.

5.4 Berufe der Leiter und Leiterinnen

Da wir den Umgang mit der Sexualität der Heimbewohner in den untersuchten Einrichtungen auch unter dem Gesichtspunkt ihrer konfessionellen Bindung betrachten, ist die folgende Aufzählung interessant. Es fällt auf, daß die beruflichen Qualifikationen der Leiter und Leiterinnen aus konfessionell gebundenen und ungebundenen Einrichtungen fast identisch sind. Mögliche, unterschiedliche Herangehensweisen bezüglich unseres Themas lassen sich demzufolge nicht mit diesem Kriterium begründen.

nicht konfessionell gebundene Einrichtungen

Sozialpädagogin/ Erzieherin für Jugendheime
Krankenschwester/ Heimleiterin
Kinderkrankenschwester
Sozialpädagoge
Diplom Lehrerin mit sonderpädagogischer Zusatzausbildung
Rehabilitationspädagogin

konfessionell gebundene Einrichtungen

Dipl. Theaterwissenschaftlerin, Dipl. Päd. (noch nicht abgeschlossen)
Rehabilitationspädagogin
Diplom-Sozialarbeiterin
Diplom-Sozialpädagoge
Krankenpfleger, Diakon, Altenpfleger, Pflegedienstleiter und Unterricht
Heilerzieher
Diakon, Heilerziehungspfleger, Heimleiter
Krankenschwester
Sozialpädagogin
Theologe und Sozialpädagoge

keine Angaben

Erzieherin

6 Zusammenfassung und Handlungsansätze: Teil 1

Die wohnlichen Rahmenbedingungen (bezüglich der Größe der Wohnheime, der Größe der Wohngruppen, der Anzahl der privaten Zimmer der Nutzer und der Sanitäreinrichtungen) in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in M-V, in denen geistig behinderte Menschen betreut werden, entsprechen nur in Ausnahmefällen in ihrer Gesamtheit den Forderungen, welche sich aus dem Normalisierungsgedanken ergeben. Auch wenn diese Bedingungen in der bundesweiten Behindertenhilfe insgesamt zur Zeit nicht erfüllt werden können, zeigt der Vergleich mit einer bundesweiten Erhebung, daß in den von uns untersuchten Einrichtungen M-Vs durchschnittlich mehr Menschen pro Heim betreut werden und die Wohngruppen größer sind als im Bundesdurchschnitt. Die trotz dieser Vergleiche überwiegend gute Beurteilung der Wohnsituation durch die Leiter und Leiterinnen der Einrichtungen weist unter anderem darauf hin, daß Instrumente zur Qualitätsentwicklung und -kontrolle wenig beziehungsweise nicht bekannt sind oder angewandt werden.

Die hohe Bereitschaft der Einrichtungen (neben der täglichen Arbeit), an dieser Untersuchung teilzunehmen, zeigt das Interesse am Thema Sexualpädagogik geistig behinderter Menschen und verdeutlicht gleichzeitig, daß eine fachliche Auseinandersetzung mit diesem Thema noch am Anfang steht. Gestützt wird diese These auch dadurch, daß bisher in keiner Einrichtung eine schriftliche sexualpädagogische Konzeption erarbeitet wurde, es schwerfiel mündlich vereinbarte Ansätze zu formulieren und in nur $\frac{3}{4}$ der Einrichtungen das Thema Sexualität im Mitarbeiterkreis (im Zeitraum eines Jahres) besprochen wurde.

Der von den Leiterinnen und Leitern beschriebene ungewöhnlich hohe Fortbildungsbedarf in $\frac{2}{3}$ der Einrichtungen ergibt sich unter anderem aus diesen grundlegenden Bedingungen. Diesem Bedarf stehen fast keine entsprechenden Angebote gegenüber. Besonders groß ist die Nachfrage in bezug auf Mitarbeiterschulungen. Daneben besteht Interesse an externen Hilfen zur Erarbeitung einer schriftlichen Konzeption. Die aus unserer Sicht dringend erforderlichen erwachsenenpädagogischen Bildungsangebote für geistig behinderte Frauen und Männer werden als solche bisher von den Leiterinnen und Leitern nicht explizit eingefordert. Dies ist für uns ein Hinweis darauf, daß kaum

Kenntnisse über den Nutzen und die Existenz derartiger Angebote in den untersuchten Einrichtungen vorhanden sind.

Im Behindertenplan Rostock (Halfar /Glasl 1998, 77) wurde die Forderung nach einer Erarbeitung von Einzelfallhilfeplänen nach dem BSHG für jeden Bewohner durch die Leistungsträger als Voraussetzung für den Abschluß von Leistungsvereinbarungen mit den Finanzierungsträgern formuliert. Dies sollte auch die Ermittlung des individuellen Bedarfes an sexualpädagogischer Begleitung einschließen und landesweit angewandt werden. Eine schriftliche sexualpädagogische Konzeption ist hierfür Vorbedingung.

Da normalisierte Lebensumstände eine Grundlage für Intimität und Inklusion darstellen, ist ebenso die Forderung (ebda), in jedem individuellen Hilfeplan Alternativen zur Heimunterbringung aufzuzeigen, von Bedeutung.

Wünsche der Leiter und Leiterinnen, wie die Schaffung von sozialem Wohnraum oder eine Dezentralisierung durch Außenwohngruppen, sollten durch sozialpolitische Steuerung der Landesregierung aufgegriffen werden. Eine Möglichkeit wäre die Realisierung eines, ebenfalls im Behindertenplan der Stadt Rostock (ebda, 77f.) vorgeschlagenen kostenneutralen Modellversuches für die Stadt Rostock, der stationären Einrichtungen finanzielle Anreize für den Aufbau betreuter Wohnformen bieten würde. Das im Kapitel 4 beschriebene Problem der widerstreitenden finanziellen Interessen der Leistungs- und Finanzierungsträger kann damit überwunden werden.

Da die Änderung von sozialpolitischen Rahmenbedingungen langwierig sein kann, ist die Pflegegemeinschaft als eine weitere Alternative zur stationären Betreuung interessant. Besonders geeignet zur Gewährleistung von Intimität erscheint sie uns, da im Gegensatz zum ambulant betreuten Wohnen der institutionelle Charakter entfällt. Inwieweit es diese Form der Pflege und Betreuung in M-V gibt, ist uns unbekannt, daß aber ein Bedarf an ambulant betreuten Wohnformen vorhanden ist, wurde bereits erwähnt (S. 12). Die Wohnform der Pflegegemeinschaft findet ihre gesetzliche und damit finanzielle Berechtigung im Vorrang der häuslichen Pflege (Sozialgesetzbuch (SGB) IX § 3) und im Vorrang der offenen Hilfe (BSHG § 3 a.)⁸.

⁸ Ähnlich argumentiert Zander in einem noch unveröffentlichten Manuskript unter dem Titel: Finanzierungs- und Kostenstrukturen von Wohnformen für Menschen mit Pflegebedarfen, Behinderungen und Psychiatrieerfahrungen.

7 Einstellungen und Handlungsgrundsätze der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Die Ergebnisse in diesem Kapitel wurden auf der Grundlage von 160 Fragebögen betreuender Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus 15 Einrichtungen erarbeitet.

Innerhalb der institutionellen Rahmenbedingungen sind die Einstellungen und Handlungsgrundsätze der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen entscheidend für Möglichkeiten geistig behinderter Frauen und Männer, Sexualität zu erleben. Menschen, die in diesem Arbeitsgebiet tätig sind, sollten sich daher ihrer Einstellung zur eigenen Sexualität und zur Sexualität geistig behinderter Menschen bewußt sein (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995; Hoyler-Herrmann/ Walter 1994) und außerdem über ein solides sexualpädagogisches Grundwissen verfügen. Eine gemeinsam von der Leitung und Mitarbeitern erarbeitete schriftliche sexualpädagogische Konzeption ist für diesen Prozeß unverzichtbar. Da eine solche Konzeption bisher in keiner der untersuchten Einrichtungen, als Handlungsgrundlage für den Umgang mit der Sexualität der betreuten geistig behinderten Menschen existiert, nehmen wir an, daß oftmals unreflektiertes Handeln und mangelndes sexualpädagogisches Wissen eine emanzipatorische Sexualerziehung behindern. Der von den Leiterinnen und Leitern festgestellte hohe Fortbildungsbedarf stützt diese These. Gleichzeitig gehen wir aber auch davon aus, daß im Zuge allgemeiner Liberalisierungs- und Normalisierungsprozesse die Akzeptanz von sexuellen und partnerschaftlichen Bedürfnissen behinderter Menschen wächst. Im letzten Kapitel haben wir herausgearbeitet, daß die wohnlichen Rahmenbedingungen in den untersuchten Einrichtungen mit bis zu 32 betreuten Menschen für das Entstehen von Möglichkeiten sexuellen Erlebens der Bewohner am günstigsten sind. Außerdem fanden wir erste Anzeichen dafür, daß sich auch der Prozeß der Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität der betreuten Frauen und Männer um so schwieriger gestaltet, je mehr Menschen in einer Einrichtung betreut werden. Um die aufgestellten Thesen zu überprüfen, werden wir die von uns erhobenen Daten mit verschiedenen Studien zum Thema vergleichen.

Walter untersuchte 1977: „Die Einstellung der Mitarbeiter als Bedingungsrahmen zur Unterdrückung oder Nominalisierung in Behinderteneinrichtungen“ (Walter/ Hoyler-Herrmann 1987, 144ff.). Dabei wurde festgestellt, daß ältere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit krankenpflegerischer, hauswirtschaftlicher beziehungsweise keiner Berufsausbildung und längerer Berufserfahrung in traditionell kirchlichen Einrichtungen eher eine konservative Haltung, verbunden mit einer restriktiven, tabuisierenden Sexualpädagogik, einnehmen. Bei jüngeren pädagogischen und therapeutischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurde dagegen häufiger eine progressive Haltung, verbunden mit einer liberalen oder sogar emanzipatorischen Sexualpädagogik, festgestellt.

1981 wurden im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen von Walter 39 Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen befragt. 2/3 der Befragten kannten keine geeignete Literatur oder andere Medien zum Thema, und 4/5 von ihnen fühlten sich in bezug auf Fragen zur Sexualität unvorbereitet (Walter/ Hoyler-Herrmann 1987, 143f.).

Schiffmann stellte die Ergebnisse einer Befragung von Heimerziehern aus 10 Einrichtungen des stationären und offenen Wohnbereiches 1986 in der *Zeitschrift Geistige Behinderung* vor (1986, 186). Hier wurde besonders bei älteren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit krankenschwermäÙigen oder ähnlidhen Berufen und mit lãngerer Berufserfahrung, die in getrennt geschlechtlichen stationãren Einrichtungen arbeiteten, ein eher konservativer, restriktiver Umgang mit der Sexualitãt der betreuten Menschen festgestellt. Dagegen war bei jãngeren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit heilpãdagogischen beziehungsweise akademischen Berufen und weniger Berufserfahrung, die in koedukativen Wohngruppen oder offenen Wohnangeboten arbeiteten, besonders hãufig eine permissive, liberale Einstellung festzustellen. Als Ursache fãur Unsicherheiten im Umgang mit sexuellen Fragen wurden Vorurteile die hemmend auf Handlungsintentionen wirken, und Informationsmãngel herausgearbeitet. Aufgrund dieser Ergebnisse kristallisierten sich zwei wichtige Voraussetzungen fãur eine vorurteilsfreie Einstellung heraus: Zum einen wurden bei heilpãdagogischen Mitarbeitern Vorurteile und Informationsmãngel am wenigsten festgestellt, und zum anderen boten „[o]ffene Wohnheime [...] allein durch ihre rãumlichen Gegebenheiten eine wesentliche Voraussetzung fãur das Entstehen partnerschaftlicher Beziehungen“ (Schiffmann 1986, 188).

7.1 Sexualerziehung

Mit Hilfe der folgenden fãnf Fragen zur Sexualerziehung werden wir Anhaltspunkte fãur vorhandenes Sexualwissen erarbeiten und die Sichtweise der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in bezug auf geistige Behinderung und Sexualitãt darstellen.

Beginn von Sexualerziehung geistig behinderter und nichtbehinderter Menschen

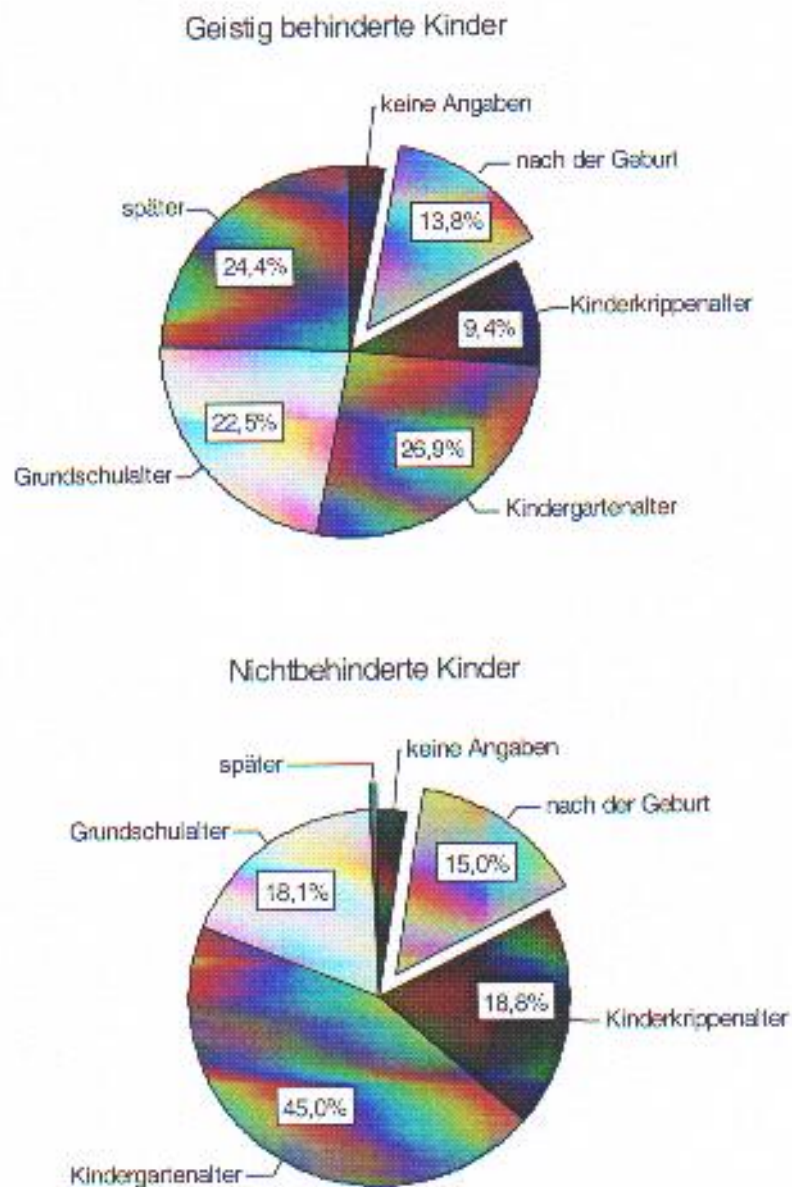
In den *Sexualpãdagogischen Materialien fãur die Arbeit mit geistig behinderten Menschen* heiÙt es: „Sexualitãt erstreckt sich auf alle Lebensphasen des Menschen, gewinnt also bereits in der frãhesten Kindheit an Bedeutung“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995, 10). Hieraus folgt: „Sexualerziehung sollte im frãhen Kindesalter beginnen. Da dies die meisten erwachsenen Geistigbehinderten nicht von Kindheit an gewãhnt sind, muÙ schrittweise das Versãumte nachgeholt werden“ (Hoyler-Herrmann/Walter 1994, 22). Theoretische Grundlagen fãur einen bereits nach der Geburt beginnenden sexuellen LernprozeÙ aus soziologischer Sichtweise beschreiben Walter/ Hoyler-Herrmann unter anderem wie folgt:

„Auch Erikson hat die Auswirkung der vertrauensvollen Zuwendung auf die effektiven, kognitiven und psychomotorischen Bereiche im Sinne des psychosozialen Wohlbefindens und Ur-Vertrauens hervorgehoben [Erikson 1981, 1968]. Die Art, wie ein Kind Zãrtlichkeit und Zuwendung beim Fãuttern, Wickeln, beim An- und Ausziehen erlebt, prãgt maÙgeblich sein eigenes sexuelles Verhaltensmuster“ (1987, 109).

- Wann ist Ihrer Meinung nach der richtige Zeitpunkt, um mit der Sexualerziehung eines Kindes zu beginnen?

In den folgenden Grafiken sind die Antworten auf unsere Frage dargestellt.

Abbildung 4 und Abbildung 5: **Beginn für den Zeitpunkt von Sexualerziehung** (n=160)



Den Zeitpunkt nach der Geburt für den Beginn von Sexualerziehung geistig behinderter und nichtbehinderter Kinder geben lediglich 13,8% (n=160) der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an. Es fällt auf, daß fast alle Befragten mit dieser Einstellung keine Unterscheidung zwischen geistig behinderten und nichtbehinderten Kindern vornehmen.

Fast die Hälfte (48,1%) der Befragten ist der Ansicht, Sexualerziehung sollte bei geistig behinderten Kindern erst später als bei nichtbehinderten Kindern beginnen. Die Begründung hierfür vermuten wir in der Abweichung der intellektuellen Entwicklung dieser Kinder von der dem Lebensalter entsprechenden Entwicklung. Diese defizitorientierte Sichtweise von Behinderung nehmen besonders die 39 (24,4%) betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ein, die sich für die Kategorie „später“ (als im Grundschulalter) aussprechen.

Wir entnehmen diesen Ergebnissen, daß Sexualerziehung hier oftmals auf Sexualaufklärung reduziert wurde. Unter diesem Gesichtspunkt fährt uns bereits diese Frage zur notwendigen Auseinandersetzung mit Vorstellungen zum Erwachsensein geistig behinderter Menschen (Walter / Hoyler-Herrmann 1987). Eine defizitorientierte Sichtweise von geistiger Behinderung kann schnell dazu führen, daß Sexualaufklärung weit in das Erwachsenenalter hinein verschoben beziehungsweise ganz unterlassen wird.

Eine erste Schlußfolgerung können wir demzufolge ziehen: Die eingangs erwähnten Defizite geistig behinderter Erwachsener sind unter anderem auf diese Einstellungen ihrer Bezugspersonen und darauf ausgerichtete beziehungsweise versäumte Sexualerziehung zurückzuführen.

• **Welche Literatur würden Sie uns zu diesem Thema empfehlen?**

Folgende Angaben erhielten wir auf unsere diesbezüglich offene Frage:

- „Mutter, Vater, Kind“ (3)
- Videofilme: Wo komme ich eigentlich her? Was ist eigentlich mit mir los? (3)
- Videofilme „Sexualität mit Behinderten“ (2)
- Wie bekommen Vater und Mutter ein Kind (Kinderbuch); Video (Name entfallen) = Zeichentrickfilm; aber auch Bücher, wo es um freundschaftliche Beziehungen und um Beziehungen in der Familie geht
- Kinderbücher, Jugendbücher und auch Literatur für Erwachsene, die über Sexualität und Liebe berichten und aufklären
- Bilderbuchgeschichten
- Janosch
- Sexualaufklärung geistig Behinderter
- Aufklärungsliteratur
- Aufklärungsbücher; Geschlechtskrankheiten
- Aufklärung/ Sexualität
- Aufklärungsbücher; Geschlechtskrankheiten, Sexualität Behinderter
- Sexualität Behinderter; Geschlechtskrankheiten
- Sexuelle Aufklärung für Kinder
- des holländischen Medizinethikers Sporken
- Entstehung und Entwicklung des Menschen
- Kinderlexika aus dem Handel
- Wie und wann man mit der Aufklärung beginnt, eventuell auch einfache Aufklärungsfilme

Bei einer Betrachtung der genannten Literaturhinweise fällt auf, daß bis auf den Hinweis auf Veröffentlichungen „des holländischen Medizinethikers Sporken“, keine der überwiegend in den letzten Jahren erschienenen Publikationen und Arbeitsmaterialien zur Sexualität, Sexualerziehung und Sexualpädagogik geistig behinderter Menschen von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genannt wurden. Vergleichen wir die uns genannten Literaturhinweise mit dem Ergebnis von Walter, wonach 1981 2/3 der Befragten keine geeignete Literatur kannten, können wir in dieser Beziehung keine positive Veränderung feststellen. Auch wird unsere Annahme, daß häufig Sexualerziehung mit Sexualaufklärung gleichgesetzt wird, bekräftigt. Die Literaturhinweise lassen uns weiterhin vermuten, daß teilweise auf Literatur zurückgegriffen wird, die einer emanzipatorischen Sexualerziehung geistig behinderter Erwachsener hemmend gegenübersteht. Auf eine diesbezüglich notwendige begriffliche und inhaltliche Auseinandersetzung haben wir bereits hingewiesen (S. 39).

Pubertät

Wie Walter (1996) in seinem Beitrag *Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung* feststellt, gibt es in der Fachliteratur keine einheitliche Begriffserklärung für Pubertät. Die Unterschiede in den Definitionen beziehen sich dabei vor allem auf die Dauer dieses Zeitraumes. Bisher erschienene Publikationen zur „Sexualentwicklung geistig behinderter Menschen betonen übereinstimmend, daß bis auf wenige Syndrome die sexualbiologische Reifeentwicklung altersgemäß und unabhängig von der Intelligenzminderung verlaufe“ (ebda, 164). Inwieweit auf eine generelle Früh- oder Spätreife sind nicht bekannt. Wir können demnach davon ausgehen, daß sich der Beginn der Pubertät, geistig behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher zeitlich nicht voneinander unterscheidet. Das zentrale Problem liegt für ein geistig behindertes Kind beziehungsweise Jugendlichen in seiner unterschiedlichen intellektuellen und körperlichen Entwicklung.

„Sieht man die Hauptaufgabe der Pubertätszeit im Erwerb einer ICH-Identität und in der integrierenden Bewältigung der Sexualität, so ist für den Geistigbehinderten eine beeinträchtigte psycho-sexuelle Entwicklung und eine entsprechend schwach ausgeprägte ICH-Identität vorhersagbar“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1994, 14).

Diese Faktoren sollten im sexualpädagogischen Alltag rechtzeitige und angemessene Berücksichtigung finden, oftmals auch über die Teenager-Zeit hinaus:

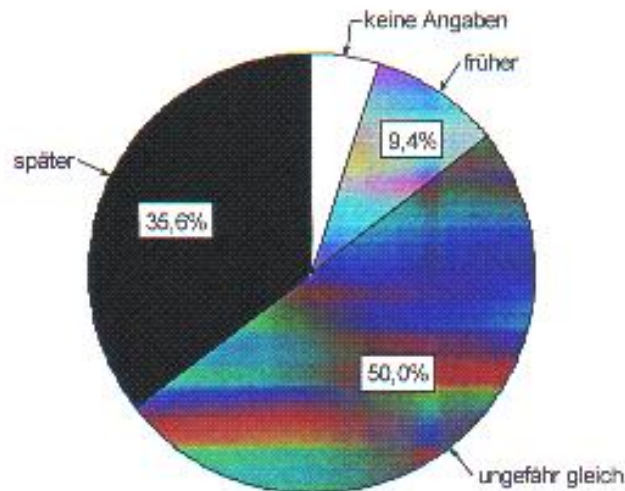
„Was nichtbehinderte Jugendliche im Durchschnitt in ihrer Pubertät durchleben und -arbeiten, die integrierende Bewältigung der Sexualität durch wachsende ICH-Identität, machen Menschen mit geistiger Behinderung als junge und mittlere Erwachsene durch, also später, länger andauernd, dramatischer...“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995, 11)⁹.

⁹ zitiert nach: Wunder (1990, 18)

- **Wann beginnt Ihrer Meinung nach ungefähr die Pubertät geistig behinderter Jugendlicher im Vergleich zu ihren nichtbehinderten Altersgefährten?**

In der folgenden Grafik und der Tabelle 14 sind die Antworten auf diese Frage dargestellt.

Abbildung 6: **Beginn der Pubertät** (n= 1 60)



Betrachten wir die Antworten aller befragten betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, dann geht lediglich die Hälfte von einem gleichzeitigen Beginn der Pubertät geistig behinderter und nichtbehinderter Kinder und Jugendlicher aus.

Ein ähnliches Bild ergab sich in der von Walter 1977 durchgeführten Befragung: 52% der Befragten waren nicht in der Lage, den ungefähren Zeitpunkt der Geschlechtsreife geistig behinderter Jugendlicher im Verhältnis zu nichtbehinderten Jugendlichen zu benennen.

Fast 10% der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind der Meinung, daß die Pubertät geistig behinderter Kinder und Jugendlicher früher beginnt als bei nichtbehinderten Kindern und Jugendlichen. Diese Meinung vertreten, außer Befragte mit päd. / soz.päd. / heilpäd. Ausbildung, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen. Konträr steht demgegenüber, daß der überwiegende Teil dieser Befragten (10 von 14) mit der Sexualerziehung behinderter Kinder später beginnen würde.

Gut 1/3 der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aller Berufsgruppen sind der Meinung, daß die Pubertät geistig behinderter Kinder und Jugendlicher später beginnt als bei nichtbehinderten Gleichaltrigen. Etwas mehr als die Hälfte dieser Befragten setzt den Zeitpunkt für den Beginn von Sexualerziehung später als bei nichtbehinderten Kindern an. Aber auch etwas weniger als die Hälfte der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die von einem gleichzeitigen Beginn der Pubertät behinderter und nichtbehinderter Kindern ausgehen,

würden mit dem Beginn der Sexualerziehung geistig behinderter Kinder später beginnen. Es handelt sich demzufolge um grundlegende Unsicherheiten, die darauf hinweisen, daß eine fachliche Begriffsbestimmung von Fragen hinsichtlich der Sexualerziehung und Pubertät bisher in den untersuchten Einrichtungen nicht stattgefunden hat.

Aus der folgenden Tabelle ist zu erkennen, daß die erfragte Meinung besonders durch die Lebenserfahrung der Befragten geprägt wird. 80% der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die älter als 45 Jahre sind, gehen von einem ungefähr gleichen Zeitpunkt der Pubertät geistig behinderter und nichtbehinderter Menschen aus.

Fehlendes Sexualwissen wird hier besonders bei Befragten deutlich, von denen wir keine oder unvollständige persönlichen Angaben erhielten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Angaben zum Beginn der Sexualerziehung. Auch hier sind besonders diese Befragten für einen diesbezüglich späteren Beginn bei geistig behinderten Menschen.

Tabelle 14: Beginn der Pubertät - nach dem Alter der Befragten

	früher	ungefähr gleich	später
keine Angaben (n=22)	2	6	14
20-27 Jahre (n=31)	2	17	12
28-35 Jahre (n=30)	4	17	9
36-45 Jahre (n=43)	6	19	18
älter (n=26)	1	21	4
gesamt	15 (9,9%)	80 (52,6%)	57 (37,5%)

(n= 152) Angaben in absoluten Zahlen; gesamt: Angaben in absoluten Zahlen und in Prozent

Für uns ist bei dieser Frage ausschlaggebend, daß die Antworten eher von persönlichen Eigenschaften wie der Lebenserfahrung beeinflusst werden und damit oftmals das Handeln durch Alltagswissen und Intuition und weniger durch sexualpädagogische Kenntnisse und reflektierte Einstellungen bestimmt wird.

Die Bedeutung einer fachlichen Standortklärung innerhalb der Institutionen wird anhand des folgenden Beispiels aus dem Wohnalltag eines Großheimes (90-147 Bewohner) ersichtlich: „Mehr als 3 Betten/Zimmer: Schlafräume für Kinder; alles offen im Sanitärbereich der Kindergruppen; differenziertere Möglichkeiten, wenn aus den Kindern langsam Jugendliche werden“ (Zitat eines Leiters). Das Mitbedenken eines sexuellen Lernprozesses bereits im frühen Kindesalter ist unter Berücksichtigung der Wohnbedingungen notwendig. Ohne diesbezügliche konzeptionelle Handlungsgrundsätze und damit verbundene Fortbildung des Personals werden unterschiedliche Auffassungen der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer emanzipatorischen Sexualerziehung auch weiterhin hemmend gegenüberstehen.

Sexuelle Auffälligkeiten

Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß Sexualität in einem lebenslangen Prozeß erlernt wird und dieser sich bei geistig behinderten Menschen meist schwieriger gestaltet als bei nichtbehinderten Menschen. Aufgrund der Behinderung fällt es oft schwer, allgemein übliche Verhaltensweisen zu erlernen, und für die Aufgaben während der Pubertäts-Zeit „fehlen ausreichende Möglichkeiten zur kompensatorischen Konfliktverarbeitung“ (Hoyler-Herrmann / Walter 1994, 14). Sexuelle Auffälligkeiten können insofern auch entwicklungsabhängig gesehen werden und stellen dann wiederum hohe Anforderungen an rechtzeitige fachlich und persönlich fundierte sexualpädagogische Begleitung. Fehlt diese Begleitung und kommen entsprechend defizitäre Sozialisationsbedingungen hinzu, beschreibt Hahn die Situation wie folgt: „Wenn wir normabweichende Äußerungen der Sexualität geistig behinderter Menschen untersuchen, stoßen wir in der Regel auf Ursachen, die in einer abnormen Situation bzw. Sozialisation - liegen“ (1996, 111)¹⁰

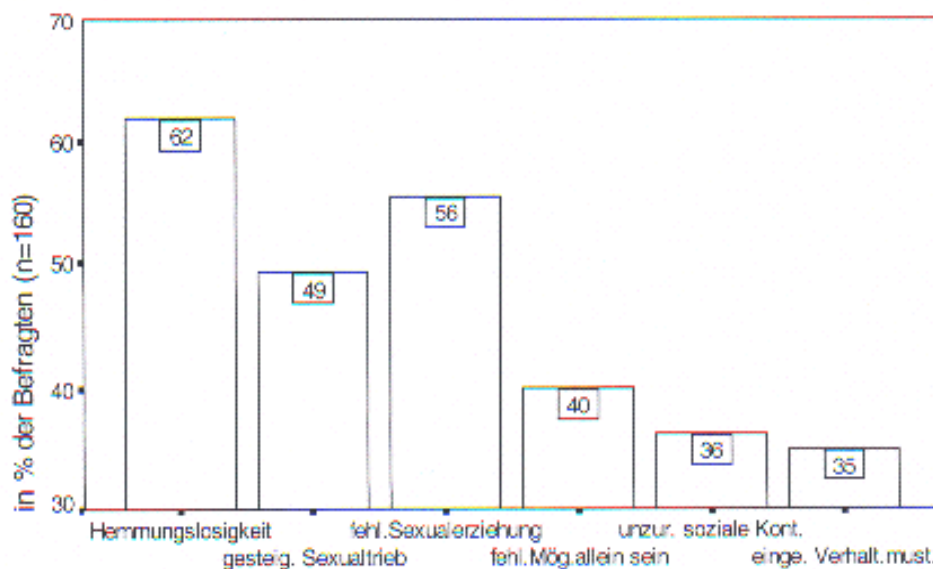
Definieren wir sexuelle Auffälligkeiten als Verhaltensweisen, die von der kulturell anerkannten Sexualmoral abweichen, wird außerdem unsere Wahrnehmung und Interpretation von Verhaltensweisen geistig behinderter Menschen von verschiedenen Faktoren beeinflusst. In seinem Beitrag *Pubertät und Adoleszenz beim geistigbehinderten Menschen* beschreibt Lempp unter anderem das Zusammentreffen des Tabus Behinderung mit dem Tabu Sexualität. Danach ist Behinderung ein Tabu, da sie eine Gefahr für die eigene Integrität und Identität darstellt. Das Tabu Sexualität begründet er mit ihrer fundamentalen Bedeutung für die eigene Identität und einem sie aus diesem Grund umgebenden Schambereich (1996, 174ff.). Das Zusammenspiel dieser Faktoren führt häufig zu Fehlinterpretationen des Verhaltens geistig behinderter Menschen und damit auch zu eingeschränkten Möglichkeiten für diese Menschen, das kulturell übliche Tabu Sexualität zu überwinden. Lempp stellt weiterhin fest: „Die Überwindung des Problems wird uns nur dort gelingen, wo wir trotz des Tabus der Behinderung mit diesem zu leben lernen und dadurch bereit werden, die Behinderten an unseren gesellschaftlichen Sexualtabus teilhaben zu lassen“ (1996, 185).

¹⁰ Eine Ursache sexueller Auffälligkeiten haben wir nicht in unsere Untersuchung einbezogen, da dies unsere Kompetenzen überschritten hätte. Sexuelle Auffälligkeiten können durch sexuellen Mißbrauch verursacht werden. Da geistig behinderte Menschen besonders von sexueller Gewalt betroffen sind, gehören zu einer sexualpädagogischen Konzeption auch dementsprechend präventive Maßnahmen und Handlungsstrategien für den Umgang mit einem Verdacht auf sexuellen Mißbrauch (Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO, 252f.).

- **Wo sehen Sie die Ursachen möglicher sexueller Auffälligkeiten geistig behinderter Menschen?**

In der folgenden Grafik sind zunächst die Antworten aller Befragten dargestellt. Anhand der Häufigkeit, mit der Hemmungslosigkeit und ein gesteigerter Sexualtrieb als Ursachen sexueller Auffälligkeiten genannt wurden, sehen wir, daß Vorurteile und Unsicherheiten im Umgang mit der Sexualität der betreuten Frauen und Männer auch in den von uns untersuchten Einrichtungen eine nicht unwesentliche Rolle spielen.

Abbildung 7: **Ursachen sexueller Auffälligkeiten**



Die folgende Tabelle zeigt, daß in dieser Frage betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedliche Standpunkte einnehmen. Hemmungslosigkeit und ein gesteigerter Sexualtrieb sind für deutlich weniger Mitarbeiter eine Ursache sexueller Auffälligkeiten als für die befragten Mitarbeiterinnen. Vielmehr sehen die Mitarbeiter häufiger fehlende Sexualerziehung und unzureichende soziale Kontakte sowie deutlich häufiger eingeschränkte Verhaltensmuster als diesbezügliche Ursachen im Vergleich zu ihren Kolleginnen.

Tabelle 15: **Ursachen sexueller Auffälligkeiten geistig behinderter Menschen - nach dem Geschlecht der Befragten**

Ursachen	Frauen (n=125) absolute Werte	Männer (n=21) absolute Werte
Hemimungslosigkeit	80	9
gesteigerter Sexualtrieb	64	7
fehlende Sexualerziehung	68	14
fehlende Möglichkeiten ungestört zu sein	50	9
unzureichende soziale Kontakte	47	10
eingeschränkte Verhaltensmuster	41	11

Mehrfachantworten möglich

Auch wenn wir aufgrund der geringen Fallzahl diese Ergebnisse nur sehr vorsichtig interpretieren können, kommt unserer Meinung nach hiermit die unterschiedliche geschlechterspezifische sexuelle Sozialisation der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zum Ausdruck. Historisch gewachsen durch das Patriarchat, haben es Männer bis heute leichter, die eigene Sexualität (und damit auch die Sexualität anderer) zu akzeptieren als Frauen (Dittli/ FuiTer 1996, 14f). Wir vermuten, daß daher auch die Ursachen sexueller Auffälligkeiten eher entwicklungsbedingt beziehungsweise durch soziale Faktoren beeinflußt gesehen werden. Bekräftigt wird damit die Notwendigkeit für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, sich mit der Einstellung zur eigenen Sexualität und zur Sexualität der betreuten Frauen und Männer auseinanderzusetzen.¹¹

„Sonstiges“:

- Einschüchterung und Verbote von Familie und Umwelt
- Fehlende Möglichkeiten, Sexualität mit einem Gleichgesinnten zu erleben
- Hemmungslosigkeit/niedrige Hemmschwelle/Distanzlosigkeit
- Unverständnis von Seiten der Nichtbehinderten
- Unterbringung in Gruppen (Schlafraum teilen mit mehreren; nur Männer oder nur Frauen)
- Vorleben im Elternhaus

Die Ursachen sexueller Verhaltensauffälligkeiten werden außerdem von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedlich beurteilt. Befragte mit päd./soz.päd./heilpäd. Ausbildung sehen überwiegend unzureichende soziale Kontakte als eine Ursache derartigen Verhaltens (11 von 13) und gehen nur sehr selten von einem gesteigerten Sexualtrieb aus (2 von 13). Demgegenüber werden unzureichende soziale Kontakte eher nicht von Befragten mit erzieherischer (8 von 29) und „sonstiger“ (tätigkeitsfremder, hauswirtschaftlicher oder keiner) Berufsausbildung¹² (6 von 26) als Ursachen sexueller Auffälligkeiten gesehen. Einen gesteigerten Sexualtrieb vermuten besonders Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit krankenpflegerischer (23 von 38) und „sonstiger“ (17 von 26) Berufsausbildung.

¹¹ Konkret stellen Dittl / Furrer im Zusammenhang mit Seminaren für geistig behinderte Frauen und Männer zum Thema Sexualität fest, daß bereits im kulturell gewachsenen Sprachgebrauch erkennbar wird, daß es nicht vorgesehen ist über weibliche Sexualität zu „reden“. Wir haben den Bogen hier ziemlich weit gespannt, denken aber, daß gerade dieser affektive Anteil im Umgang mit der Sexualität der Bewohner eine große Rolle spielt. Zum einen können „durch diese Brille gesehen“ Verhaltensmuster betreuender Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen verständlicher werden. Zum anderen wird deutlich, daß die geringe Anzahl betreuender Mitarbeiter als Nachteil angesehen werden kann.

¹² wird im folgenden nur noch als „sonstige“ Berufsausbildung bezeichnet

Fehlende Sexualerziehung wird von 56% der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als Ursache sexueller Auffälligkeiten angesehen. In Einrichtungen, die eine mündliche sexualpädagogische Konzeption vereinbart haben, ist der Anteil der Befragten, welche diese Ursache benannt haben (62,5%), deutlich höher als in Einrichtungen, in denen es Vereinbarungen dieser Art noch nicht gibt (42,9%).

In diesen Wohneinrichtungen sind es vor allem die Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. und heilerzieherischer Berufsausbildung, die fehlende Sexualerziehung als Ursache benennen, während Befragte mit erzieherischer Berufsausbildung insgesamt diese Meinung deutlich seltener vertreten (Tabelle 16).

Tabelle 16: **Fehlende Sexualerziehung als Ursache für sexuelle Aufrälligkeiten - nach mündlich vereinbarter sexualpädagogischer Konzeption der Einrichtung und den Berufen der Befragten**

Berufe	sexualpädagogische Konzeption in der Einr.:	
	mündlich vereinbart (n=104)	nicht vereinbart (n=56)
krankenschwägerische Berufe (n=38)	12 von 18	6 von 20
erzieherische Berufe (n=29)	11 von 24	1 von 5
heilerzieherische Berufe (n=24)	13 von 16	4 von 8
päd./sozialpäd./heilpäd. Berufe (n=13)	6 von 7	3 von 6
sonstige Berufe (n=26)	12 von 20	4 von 6
keine Angaben (n=30)	11 von 19	6 von 11
gesamt	65 (62,5%)	24 (42,9%)

Angaben in absoluten Zahlen (gesamt: in Klammern: Prozentangaben) Lesebeispiel: 12 von 18 Befragten mit krankenschwägerischer Berufsausbildung aus Einrichtungen, in denen eine mündliche sexualpädagogische Konzeption existiert, vertreten die Meinung, daß fehlende Sexualerziehung eine Ursache für mögliche sexuelle Auffälligkeiten geistig behinderter Menschen ist.

Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß fehlende Möglichkeiten, unbeobachtet und ungestört zu sein, um so häufiger von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als mögliche Ursachen sexueller Auffälligkeiten genannt werden, je mehr behinderte Menschen in den einzelnen Einrichtungen leben. Auch diese Aussagen unterstützen unsere These, daß Möglichkeiten sexuellen Erlebens in kleineren Einrichtungen eher gegeben sind.

Tabelle 17: **Fehlende Möglichkeiten ungestört zu sein als Ursache sexueller Auffälligkeiten - nach der Anzahl der Bewohner in den Einrichtungen**

Bewohner pro Einrichtung	absolut
10-32	9 von 46
40-58	7 von 20
90-147	39 von 80
525	9 von 14

Lesebeispiel: 9 von 46 Befragten aus Einrichtungen in denen 10-32 behinderte Menschen betreut werden sind der Meinung, daß fehlende Möglichkeiten ungestört zu sein eine Ursache für sexuelle Auffälligkeiten ist.

Die Bedeutung der Sexualität für die Entwicklungsmöglichkeiten geistig behinderter Menschen

Durch die weite Begriffsbestimmung der Sporkenschen Definition von Sexualität in einen äußeren, mittleren und engen Bereich¹³ wurde es möglich, jede individuelle Äußerungsform der Sexualität von behinderten Frauen und Männern in ihrer identitätsbildenden Bedeutung für den jeweiligen Menschen zu erkennen. Je nach Art und Schwere der Behinderung, aber auch zum Teil durch gesellschaftliche Rahmenbedingungen¹⁴, sind Verhaltensweisen des äußeren, mittleren oder engen Bereiches der Sexualität von unterschiedlich großer Bedeutung.

„Beim Zustandekommen menschlicher Identität spielt die Sexualität eine wesentliche Rolle. Bei ihrer Aufgabe, das heranwachsende Individuum zur Identitätsbalance zu befähigen, kann die Pädagogik deshalb den Bereich der Sexualität nicht ausklammern [...]“ (Hahn 1996, 120).

Wie bereits beschrieben und begründet (S. 41) gilt diese Aufgabe meist ebenso bei geistig behinderten **Erwachsenen**.

Die besonders große Bedeutung von Partnerschaften im Leben geistig behinderter Frauen und Männer begründet Walter mit der damit verbundenen Möglichkeit für diese Menschen, sich der eigenen Attraktivität und Normalität bewußt zu werden (1996, 295). Durch die erhöhte Hilfsbedürftigkeit geistig behinderter Menschen entstehen hierauf beruhend erhöhte soziale Abhängigkeiten von Eltern und Betreuern. Der Partner oder die Partnerin ist aber an der jeweiligen Frau beziehungsweise dem jeweiligen Mann als gleichberechtigtem Partner interessiert.

“Der identitätsstabilisierende, entwicklungsfördernde und auch therapeutische Effekt einer Partnerschaft geistigbehinderter Erwachsener hat obendrein eine ganz pragmatische Seite der gegenseitigen Hilfe bei der Alltagsbewältigung“ (ebda).

¹³ mit dem äußeren Bereich ist die Identität als erwachsene Frau beziehungsweise als erwachsener Mann gemeint, der mittlere Bereich umfaßt Freundschaften, Gefühle, Zärtlichkeiten und Erotik, während der enge Bereich Genitalsexualität meint (Hartmann-Kreis 1996, 60)

¹⁴ wie beispielsweise der in Deutschland schwer zu realisierende Kinderwunsch geistig behinderter Erwachsener

Thesen zur Bedeutung der Sexualität für Entwicklungsmöglichkeiten geistig behinderter Menschen

Die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen haben wir gebeten, zu diesem Thema folgende Thesen zu beurteilen. Die Ergebnisse sind in den folgenden Grafiken dargestellt.

Abbildung 8: **A) Sexualität spielt im Leben geistig behinderter Menschen eine eher untergeordnete Rolle**

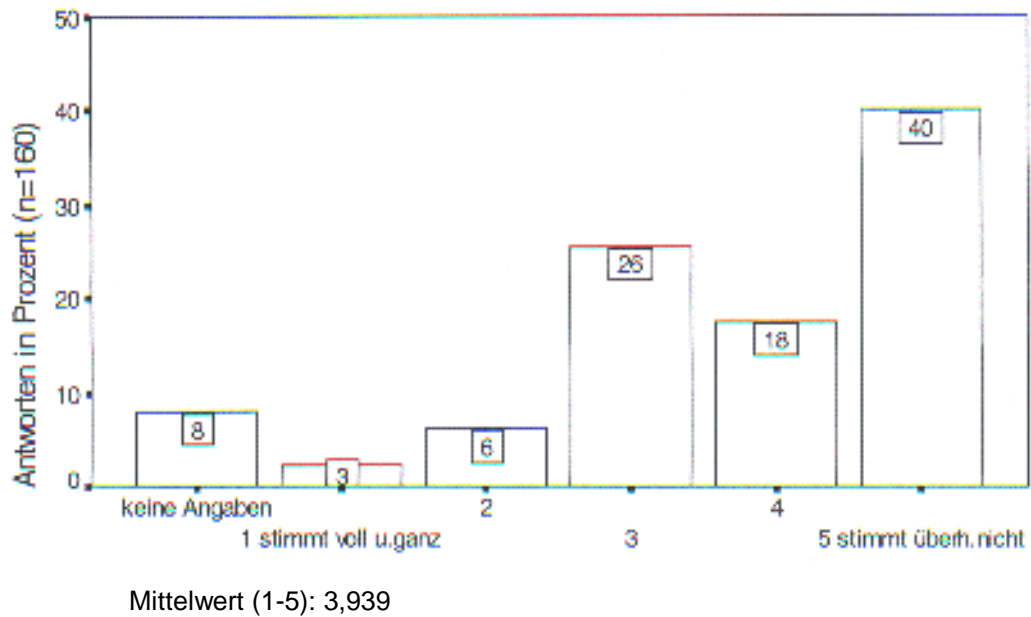


Abbildung 9: **B) Durch das Einräumen von Möglichkeiten für das Ausleben von Sexualität können wichtige Verhaltensmuster erlernt werden.**

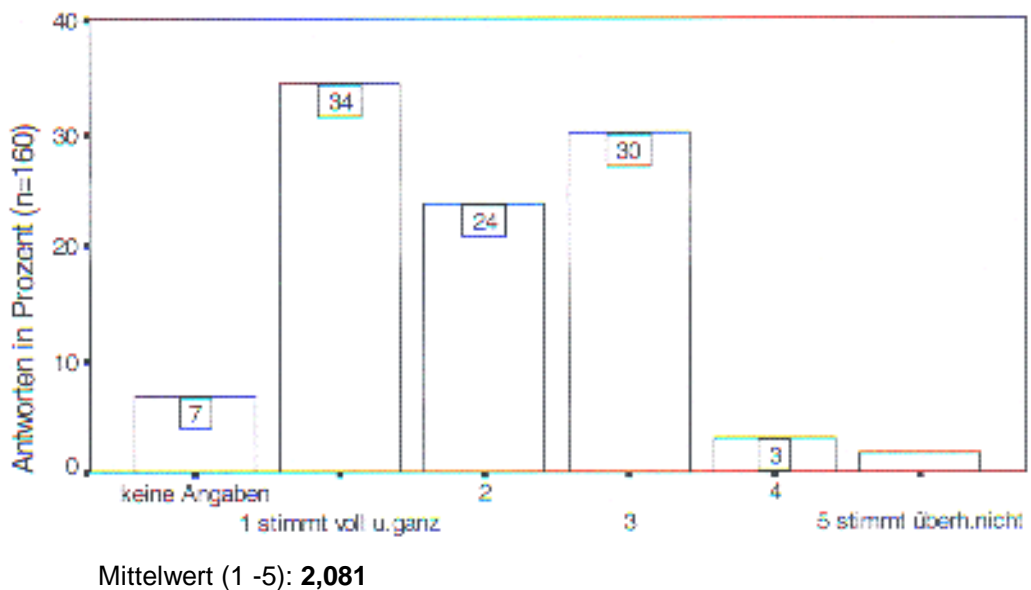
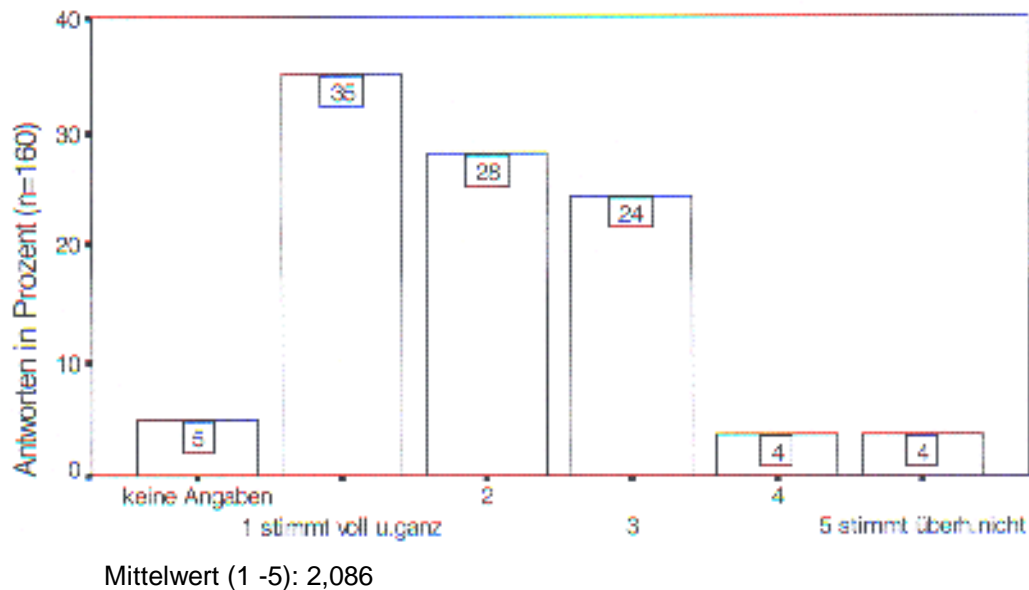


Abbildung 10: **C) Durch das Erleben von Sexualität wird das Selbstwertgefühl verbessert, und damit werden Möglichkeiten der Weiterentwicklung freigelegt.**



Der grundlegenden Bedeutung der Sexualität und ihrer identitätsbildenden Funktion im Leben geistig behinderter Menschen wird von der überwiegenden Mehrheit der Befragten zugestimmt. Einstellungen, in denen von einer untergeordneten Rolle der Sexualität bei geistig behinderter Menschen ausgegangen wird und dementsprechend Möglichkeiten sexuellen Erlebens nicht als entwicklungsfördernd angesehen werden, vertreten in den untersuchten Einrichtungen dagegen betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen eher selten.

Bei der Betrachtung aller drei Thesen fällt auf, daß sich relativ viele Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht konsequent dafür entscheiden konnten, die These A) abzulehnen beziehungsweise den Thesen B) und C) „voll und ganz“ zuzustimmen. Wir ziehen aus dieser Tatsache im Zusammenhang mit weiteren Ergebnissen folgende Schlußfolgerungen: Die mit einer 3 eher zurückhaltende Ablehnung der These A) von über der Hälfte (7 von 13) der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit päd./soz.päd./ heilpäd. Berufen (im Gegensatz zu den Befragten der anderen Berufsgruppen) läßt uns aufgrund der bisherigen Antworten aus dieser Berufsgruppe vermuten, daß diese Befragten hiermit die Meinung vertreten: Im Leben der betreuten Frauen und Männer spielt Sexualität teilweise bedingt durch die Lebenssituation eine untergeordnete Rolle. Ob sich dieser Gedanke bestätigt, werden wir anhand der nächsten Fragen prüfen.

Die These A) „stimmt Oberhaupt nicht“, vertreten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen um so eher, je kleiner die Einrichtung ist. Dies ist ein weiterer Hinweis darauf, daß in kleineren Einrichtungen sexuelle Bedürfnisse der Bewohner eher wahrgenommen werden (Tabelle 18).

Tabelle 18: **These A) stimmt überhaupt nicht**

Bewohner pro Einrichtung	10-32	40-58	90-147	525 11
	24 von 46 Befragten	8 von 20 Befragten	28 von 80 Befragten	4 von 14 Befragten

Auch die vorsichtige Zustimmung der These B) von 30% der Befragten sehen wir unter anderem darin begründet, daß von ihnen mehr als 60% (30 von 48) gleichzeitig von einem gesteigerten Sexualtrieb geistig behinderter Menschen als Ursache sexuelle Auffälligkeiten ausgehen. Hier wirken demnach Vorurteile und Unsicherheiten der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einer emanzipatorischen Sexualerziehung entgegen.

Fazit

Die grundlegende Akzeptanz der Bedeutung der Sexualität im Leben geistig behinderter Menschen von der überwiegenden Mehrheit der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sehen wir als ein Ergebnis allgemeiner Liberalisierungs- und Normalisierungsprozesse.

Anhand von Fragen zur Sexualerziehung geistig behinderter Menschen werden deutliche Defizite bezüglich des Sexualwissens der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sichtbar. Mem-iiit korrespondieren eine oftmals defizitorientierte Sichtweise von Behinderung und begriffliche Unsicherheiten (zum Beispiel Sexualerziehung, Erwachsensein).

Der Vergleich mit früheren Untersuchungen⁵ ergibt, daß sich das Sexualwissen der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen seit diesem Zeitpunkt nicht wesentlich verbessert hat und ihnen neuere Publikationen und Arbeitsmaterialien zur Sexualerziehung geistig behinderter Menschen nicht bekannt sind.

Auch unsere Ergebnisse bestätigen, daß fehlendes Sexualwissen und Vorurteile hemmend auf Handlungsintentionen wirken. Ebenso stellen auch wir diesbezüglich Unterschiede zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen fest. Besonders bei Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufen kristallisieren sich hier erste Anhaltspunkte für eine überwiegend entwicklungsorientierte Sichtweise von geistiger Behinderung und eine vorurteilsfreie Einstellung zur Sexualität der betreuten Frauen und Männer heraus. Die Meinung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit krankenschwägerischer, erzieherischer und „sonstiger“ Berufsausbildung ist demgegenüber häufiger von Vorurteilen und Unsicherheiten geprägt.

Die These, daß Möglichkeiten sexuellen Erlebens der betreuten Frauen und Männer um so stärker behindert werden, je größer die Einrichtungen sind, wird hier durch fehlende Möglichkeiten, allein zu sein, als Ursache sexueller Auffälligkeiten¹⁶ und durch die deutliche Ablehnung der These, daß Sexualität im Leben der betreuten Menschen eine eher untergeordnete Rolle spielt¹⁷ unterstützt.

7.2 Verhütung und Sterilisation

Die Beratung der Bewohner, auch zu Fragen der Verhütung von Schwangerschaften, durch die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gehört zu den Anforderungen des sexualpädagogischen Alltags in den Einrichtungen. Geistig behinderte Frauen und Männer, die Genitalsexualität erleben, sollten sich soweit wie möglich, ebenso wie nichtbehinderte Frauen und Männer, aufgrund von Kenntnissen über Verhütungsmittel und wichtiger Funktionen des menschlichen Körpers eigenverantwortlich für eine geeignete Verhütungsmethode entscheiden können.

Die folgenden zwei Fragen haben wir den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum Thema Verhütung und Sterilisation gestellt.

- **Welche der folgenden Verhütungsmittel und ihre Nebenwirkungen sind Ihnen bekannt?**

Die Tabelle 19 zeigt erwartungsgemäß, daß den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die verbreitetsten Verhütungsmittel wie die Pille, die Spirale sowie das Kondom mit den jeweiligen Nebenwirkungen bekannt sind. Während die Dreimonatsspritze nur für die Hälfte der Befragten ein Begriff ist, kennen noch weniger Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen chemische Verhütungsmittel, das Diaphragma sowie die Portiokappe. Auch wenn die zuletzt genannten Verhütungsmittel relativ selten bei geistig behinderten Frauen zur Anwendung kommen, sollte ihnen und den behinderten Männern das Wissen um diese Möglichkeiten nicht vorenthalten werden.

¹⁵ zum Teil aus dem Jahr 1977

¹⁶ um so mehr, desto größer die Einrichtung

¹⁷ um so mehr, desto kleiner die Einrichtung

Für die sexualpädagogische Begleitung der Bewohner fallen diese Defizite um so mehr ins Gewicht, da es unseres Wissens nach bisher keine regelmäßigen erwachsenenpädagogischen Seminare für geistig behinderte Frauen und Männer zum Thema Sexualität in M-V gibt¹⁸. Die Mehrzahl der Bewohner kann demnach lediglich auf bereits vorhandenes Wissen sowie auf das Wissen zurückgreifen, das ihnen durch ihre Bezugspersonen zugänglich wird.

Die Klärung der Frage nach geeigneter Verhütung ausschließlich dem Frauenarzt zu überlassen, ist ebenfalls nicht ausreichend. Dieser kann sicherlich ein passendes Verhütungsmittel empfehlen, aber den geistig behinderten Frauen kein Sexualwissen vermitteln (Neuhäuser/ Hentschel/ Rüschoff/ Schiffmann 1986, 184ff). Aber auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, die lückenlose Kenntnisse über Verhütungsmittel vorweisen können, dürften diese Aufgaben oftmals eine Überforderung darstellen, sollten zusätzliche Bildungsangebote für die Bewohner ausbleiben. Die Notwendigkeit erwachsenenpädagogischer Weiterbildungsangebote für geistig behinderte Frauen und Männer zum Thema Sexualität wird hier deutlich.

Tabelle 19: **Bekannte Verhütungsmittel - nach dem Geschlecht der Befragten**

Verhütungsmittel	Frauen(n=119) absolut	Männer (n=21) absolut
Pille	118	21
Kondom	115	21
Spirale	111	20
Dreimonatsspritz	59	12
Diaphragma	45	11
Chemische Verhütungsmittel	44	11
Portiokappe	37	4

• **Wie stehen Sie zur Möglichkeit der Sterilisation bei Frauen und Männern?**

Nach Walter ist

„aus ethischen und sexualpädagogischen Erwägungen nur dann einer Sterilisation zuzustimmen [...], wenn alle anderen Verhütungsmittel durchgeprüft und aufgrund fachärztlicher und sexualpädagogischer Beratung nicht einmal als vorübergehend und deshalb als absolut nicht anwendbar eingestuft werden“ (1996, 366).

Außerdem müssen sexuelle Kontakte mit der Möglichkeit einer Schwangerschaft bestehen, und der Betroffene muß über den mit einer Sterilisation verbundenen Eingriff aufgeklärt sowie mit ihm einverstanden sein (ebda, 370).

¹⁸ Durch den Landesverbandes der Lebenshilfe M-V wurden bis zum Jahr 1997 landesweit erwachsenenpädagogische Seminare zum Thema Sexualität und Partnerschaft für geistig behinderte Menschen ausgeschrieben und durchgeführt. Seit dem Jahr 1998 werden Veranstaltungen durch die Orts- und Kreisvereine organisiert.

Die Antworten auf diese Frage sind in der folgenden Tabelle abgebildet. Die Einstellung der Befragten zur Sterilisation geistig behinderter Frauen und Männer haben wir hiermit aber nicht präzise erfragt. Zum einen bezieht sich unsere Frage grundsätzlich auf die Sterilisation von Frauen und Männern, unabhängig von einer Behinderung. Zum anderen ist offen geblieben, welche Umstände (und mit welchen Ergebnissen) als Voraussetzung für eine Zustimmung geprüft werden sollen. Wir beschränken uns daher auf die Feststellung, daß die grundsätzliche Zustimmung mit rund 70% der Befragten zur Sterilisation von Frauen und Männern außergewöhnlich hoch ist. Als Vergleich: In der von Schiffmann durchgeführten Befragung stimmte jeder dritte Befragte grundsätzlich der Sterilisation zu (Neuhäuser/ Hentschel/ Rüschoff/ Schiffmann 1986, 187).

Tabelle 20: **Sterilisation bei Frauen und Männern**

	Sterilisation bei Frauen absolut (in Prozent)	Sterilisation bei Männern absolut (in Prozent)
befürworte ich voll und ganz	17 (10,6)	16 (10,0)
im Prinzip ja, nach Prüfung der Umstände	100 (62,5)	92 (57,5)
ich weiß nicht recht	17 (10,6)	24 (15,0)
lehne ich total ab	22 (13,8)	21 (13,1)
keine Angaben	4 (2,5)	7 (4,4)

n=160

7.3 Sexuelle Wünsche und Bedürfnisse der betreuten Frauen und Männer

Die Ergebnisse auf die in diesem Zusammenhang gestellten vier Fragen an die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stellen wir im folgenden vor.

Mindeststandards von Einrichtungen, um der Sexualität der betreuten Menschen gerecht werden zu können

Orientiert an kulturell üblichen Lebensbedingungen und sexuellen Lebensmustern, gehören abschließbare Einzelzimmer und, vorausgesetzt dieser Wunsch besteht, Zimmer für Paare zu den Standards, die Einrichtungen ihren erwachsenen Bewohnern bieten sollten (S. 16) um Intimität zu gewährleisten. Zu einer emanzipatorischen Sexualerziehung gehört auch das „Unterstellen“ von Erwachsensein der betreuten Frauen und Männer einschließlich einer dementsprechend gestalteten baulichen Umgebung (Wohlhüter 1996, 187).

- **Was ist für Sie der Mindeststandard einer Einrichtung, um der Sexualität der betreuten Menschen gerecht werden zu können?**

In der folgenden Tabelle sind zunächst alle Antworten auf diese Frage dargestellt. Die unserer Meinung nach nicht erwachsenengerechte Kuschelecke wird zwar ausschließlich nur noch vereinzelt (4 von 160) genannt, aber grundsätzlich sind heute noch 1/3 der Befragten dieser Meinung.

Tabelle 21: **Mindeststandarts einer Einrichtung bezüglich der Sexualität der Bewohner**

	Kuschelecke	Abschließbare Zimmer	Zimmer für Paare	Sonstiges
absolut	56	116	119	12
% der Fälle	35,0	72,5	74,4	7,5
	Abschließbare Zimmer und Zimmer für Paare			
absolut		82		
% der Fälle		51,3		

n=160

Mehrfachantworten möglich

In dieser Frage ist die Sichtweise vom Beruf der Befragten und ihrer Beschäftigung in verschiedenen Institutionen beeinflusst. Insgesamt wird in konfessionell gebundenen Einrichtungen mit 40,2% (n=112) wesentlich häufiger als in konfessionell ungebundenen Einrichtungen mit 22,9% (n=48) davon ausgegangen, daß die Kuschelecke für das sexuelle Erleben der Bewohner bedeutsam ist. Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß diese Forderung eher in den Großheimen (besonders in dem mit 525 betreuten Menschen), und in diesen wiederum von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit krankenpflegerischer und „sonstiger“ Berufsausbildung genannt wurde. Befragte mit erzieherischer Berufsausbildung sehen insgesamt eher die Bedeutung einer Kuschelecke als Befragte mit päd./soz.päd./heilpäd. Ausbildung. Institutionelle Einflüsse werden besonders dadurch deutlich, daß keiner der Befragten mit krankenpflegerischer Berufsausbildung in den kleineren Einrichtungen (10-32 Bewohner) diese Aussage trifft.

Tabelle 22: **Kuschelecke als Mindeststandard einer Einrichtung - nach dem Beruf der Befragten und Bewohnern pro Einrichtung**

Berufe (n=160)	Bewohner pro Einrichtung				
	10-32 (n=46)	40-58 (n=20)	90-147 (n=80)	525 (n=14)	gesamt (Berufe)
krankenpflegerische B. (n=38)	0 von 6	1 von 2	11 von 23	4 von 7	16
erzieherische Berufe (n=29)	7 von 15	1 von 5	3 von 7	2 von 2	13
heilzieherische Berufe (n=24)	2 von 9	1 von 5	2 von 8	1 von 2	6
päd./soz.päd./heilpäd. B. (n=13)	0 von 5	0 von 2	2 von 6	keine	2
sonstige Berufe (n=26)	3 von 9	2 von 5	5 von 10	1 von 2	11
keine Angaben (n=30)	1 von 2	0 von 1	6 von 26	1 von 1	8
gesamt (Bewohner pro E.)	13	5	29	9	56 (35%)

Lesebeispiel: 0 von 6 Befragten mit krankenpflegerischer Berufsausbildung in Einrichtungen, in denen 1032 behinderte Menschen betreut werden können, sind dieser Meinung.

Während jeweils 2/3 der Befragten abschließbare Zimmer beziehungsweise Zimmer für Paare als diesbezüglichen Mindeststandard bezeichnen, können sich lediglich die Hälfte der Befragten konsequent dazu entscheiden, beide Möglichkeiten zu benennen (Tabelle 21). Aus der folgenden Tabelle ist zu erkennen, daß es (neben den Befragten ohne persönliche Angaben) vor allem die älteren Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind, welche diese Anforderungen stellen. In der größten Einrichtung (525 betreute Menschen) werden diese Forderungen am wenigsten genannt.

Tabelle 23: **Abschließbare Zimmer und Zimmer für Paare als Mindeststandards nach dem Alter der Befragten und Bewohnern pro Einrichtung**

Alter (n=160)	Bewohner pro Einrichtung				gesamt (Alter)
	10-32 (n=46)	40-58 (n=20)	90-147 (n=80)	525 (n= 14)	
20-27 Jahre (n=33)	1 von 8	2 von 4	7 von 19	1 von 2	11
28-35 Jahre (n=31)	4 von 10	3 von 4	3 von 12	1 von 5	11
36-45 Jahre (n=47)	11 von 18	6 von 9	6 von 15	1 von 5	24
älter (n=26)	7 von 9	1 von 2	7 von 13	2 von 2	17
keine Angaben (n=23)	1 von 1	1 von 1	17 von 21	keine	19
gesamt (Bewohner pro E.)	24	13	40	5	82 (51,3%)

Lesebeispiel: 1 von 8 Befragten im Alter zwischen 20 und 27 Jahren in Einrichtungen, in denen 12-32 behinderte Menschen betreut werden können, sind dieser Meinung.

Wir haben es versäumt, Einzelzimmer als Mindeststandard in unseren Antwortkatalog aufzunehmen. Diese Antwort erhielten wir von 12 der 160 Befragten („Sonstiges“) mit krankenpflegerischer (2 von 38), heilerzieherischer (2 von 24) und überwiegend mit päd./soz.päd./heilpäd. (7 von 13) Ausbildung. Die folgende Tabelle zeigt, daß diese Antworten häufiger von Befragten aus kleineren Einrichtungen genannt wurden.

Tabelle 24: **Einzelzimmer als Mindeststandard - nach Bewohnern in den Einrichtungen**

Bewohner pro Einrichtung			
10-32	40-58	90-147	525
6 von 46 Befragten	2 von 20 Befragten	4 von 80 Befragten	0 von 14 Befragten

- **Können die behinderten Menschen Ihrer Meinung nach ihre Sexualität ausleben?**

In dieser Frage sind sich die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen überwiegend einig. Wie die folgende Grafik zeigt, sind mehr als 80% der Befragten der Ansicht, daß die behinderten Frauen und Männer nur teilweise die Möglichkeit haben, ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse umzusetzen.

Abbildung 11: **Können die behinderten Menschen Ihrer Meinung nach ihre Sexualität ausleben? (n=160)**



In der Beurteilung dieser Frage fällt außerdem die einstimmige Meinung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufen auf. Wie die folgende Tabelle zeigt, vertreten alle dieser Befragten die Meinung, daß die behinderten Frauen und Männer nur teilweise ihre Sexualität ausleben können.

Tabelle 25: **Möglichkeit für die Bewohner ihre Sexualität auszuleben - nach den Berufen der Befragten**

Berufe (Angaben in absoluten Zahlen)	ja, voll und ganz	teilweise	nein, überhaupt nicht
krankenschwestern Berufe (n=38)	4	30	4
erzieherische Berufe (n=28)	3	24	1
heilpädagogische Berufe (n=24)	2	22	0
päd./soz.päd./heilpäd. B. (n=13)	0	13	0
sonstige Berufe (n=25)	4	20	1

Auch anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, daß die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von einem Grundbedürfnis Sexualität im Leben der betreuten Frauen und Männer ausgehen. Besonders die einstimmige Meinung der Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung sehen wir als Hinweis darauf, daß auch die Befragten (vermutlich neben persönlichen Hemmnissen der Bewohner) in institutionellen Rahmenbedingungen Hindernisse sehen, die Möglichkeiten sexuellen Erlebens der betreuten Frauen und Männer einschränken.

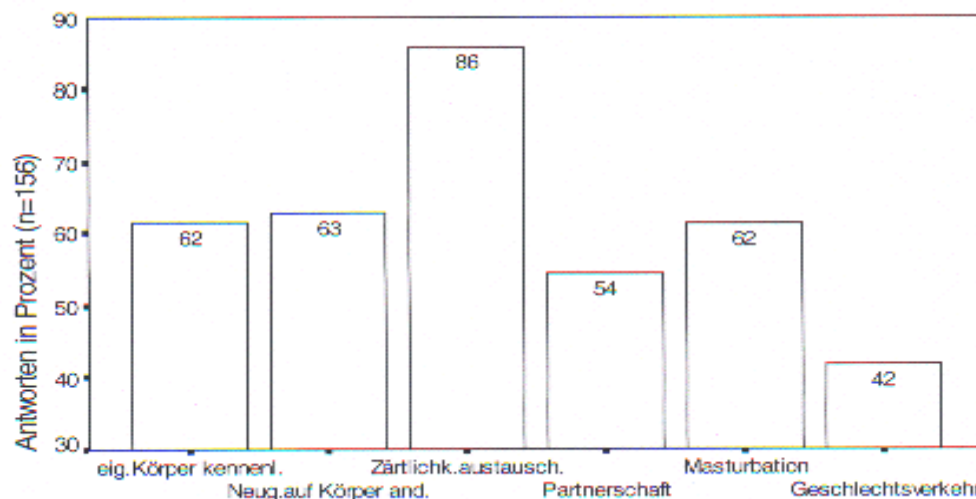
Die Wahrnehmung sexueller Wünsche und Interessen der betreuten Frauen und Männer durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

Die Wahrnehmung sexueller Bedürfnisse und Wünsche ist eine Voraussetzung für sexualpädagogisches Handeln der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Das Erkennen dieser Bedürfnisse der Bewohner ist unter anderem von den folgenden Faktoren abhängig:

- sie gehören zum Intimbereich eines Menschen (auch wenn dieser eine gravierende Einschränkung durch die hier vorhandene Institutionalisierung erfährt),
 - der Individualität eines jeden betreuten Menschen,
 - der Art und Schwere der Behinderung,
 - der individuellen Wahrnehmung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen.
-
- **Welche sexuellen Wünsche und Interessen haben Sie bei den behinderten Menschen bemerken können?**

In der folgenden Grafik sind zunächst alle Antworten auf diese Frage dargestellt.

Abbildungung 12: **Von den Befragten wahrgenommene sexuelle Bedürfnisse der Bewohner**



Bereits auf den ersten Blick fällt auf, daß die überwiegende Mehrheit der Befragten den Wunsch der betreuten Frauen und Männer nach Zärtlichkeiten wahrnimmt, aber nur ein Teil dieser Befragten hierin gleichzeitig den Wunsch nach Partnerschaft sieht. Auf diesen Aspekt werden wir gleich zurückkommen. Zunächst ein Blick auf die unterschiedliche Sichtweise der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Berufsgruppen. Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß alle der genannten sexuellen Wünsche und Bedürfnisse am häufigsten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern nüt päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung wahrgenommen werden, während Befragte mit „sonstiger“ Berufsausbildung, mit erzieherischer und teilweise auch mit krankenpflegerischer Berufsausbildung deutlich seltener diese Wünsche bemerken.

Tabelle 26: **Wahrgenommene sexuelle Bedürfnisse der Bewohner - nach den Berufen der Befragten**

Erkannte Wünsche	Berufe					
	Kranken- pfl. B. (n=37)	erzieh. Berufe (n=28)	heil- erz. B. (n=24)	päd./soz.päd./ heilpäd. B. (n=13)	sonstige Berufe (n=26)	Keine Angaben (n=28)
den eig. Körper kennenlernen	28	14	14	11	11	18
Neugierde a. d. Körp. anderer	23	16	17	12	14	16
Zärtlichkeiten austauschen	34	22	22	12	18	26
Partnerschaft	18	15	16	13	12	11
Selbstbefriedigung	24	14	16	9	16	17
Geschlechtsverkehr	12	12	13	11	12	5

Angaben in absoluten Zahlen

Mehrfachantworten m öglich

Wie wir bereits festgestellt haben, wird der Wunsch der betreuten Frauen und Männer nach Partnerschaft von wesentlich weniger betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesehen als das Bedürfnis nach Zärtlichkeiten. Wenn auch die Ursachen hierfür teilweise in den eingangs beschriebenen Faktoren (wie zum Beispiel dem Grad der Behinderung) liegen können, ist die große Differenz hiermit nicht zu erklären.

Die Trennung zwischen sexuellen Wünschen und dem Wunsch nach Partnerschaft halten wir für grundsätzlich problematisch. Bereits aus der Sporkenschen Definition von Sexualität läßt sich entnehmen, daß der Wunsch nach Zärtlichkeiten eng mit dem Wunsch nach Partnerschaft und Liebe verbunden ist.

Aus der folgenden Tabelle geht wiederum hervor, daß der Wunsch der Bewohner nach Partnerschaft von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der verschiedenen Berufsgruppen unterschiedlich wahrgenommen wird und außerdem weitere institutionelle Einflüsse eine Rolle spielen.

Tabelle 27: **Partnerschaft als wahrgenommener Wunsch der Bewohner - nach dem Beruf der Befragten und Bewohnern pro Einrichtung**

Berufe (n=156)	Bewohner pro Einrichtung				
	10-32 (n=45)	40-58 (n=20)	90-147 (n=77)	525 (n=14)	Gesamt (Berufe)
krankenpfl. Berufe (n=37)	6 von 6	1 von 2	6 von 22	5 von 7	18
erzieherische Berufe (n=28)	9 von 14	4 von 5	1 von 7	1 von 2	15
heilerzieherische Berufe (n=24)	7 von 9	3 von 5	4 von 8	2 von 2	16
päd./soz.päd./heilpäd. B. (n=13)	5 von 5	2 von 2	6 von 6	keine	13
sonstige Berufe (n=26)	4 von 9	3 von 5	4 von 10	1 von 2	12
keine Angaben (n=28)	1 von 2	0 von 1	10 von 24	0 von 1	11
gesamt (Bewohner pro Einr.)	32	13	31	9	85 (54,5%)

Lesebeispiel: 6 von 6 Befragten mit krankenschwägerischer Berufsausbildung, die in Einrichtungen tätig sind, in denen 10 bis 33 behinderte Menschen betreut werden, haben bisher den Wunsch nach Partnerschaft von Bewohnern bemerkt.

Den Wunsch nach Partnerschaft erkennen alle 13 befragte Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung. Von Befragten mit „sonstiger“, krankenpflegerischer und erzieherischer Berufsausbildung bemerkt hingegen nur ungefähr jeder zweite Befragte den Wunsch nach Partnerschaft. Besonders betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, von denen wir keine oder unvollständige persönliche Angaben erhielten, bemerken diesen Wunsch eher selten.

Vor allem bei den befragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit krankenpflegerischer und erzieherischer Berufsausbildung ist es von Bedeutung, in welchen Einrichtungen die Befragten tätig sind. In beiden Fällen wird der Wunsch nach Partnerschaft nur von einem geringen Teil der Befragten in Großheimen (90-147 betreute Menschen) wahrgenommen. Besonders in diesen Großheimen¹⁹ finden wir Bedingungen vor, die einen emanzipatorischen Umgang mit der Sexualität der Bewohner erschweren:

- In zwei dieser Einrichtungen gibt es weder eine mündliche noch eine schriftliche sexualpädagogische Konzeption.
- In zwei Einrichtungen wußten der Leiter beziehungsweise die Leiterin nicht, ob im Zeitraum eines Jahres im Mitarbeiterkreis das Thema Sexualität der behinderten Bewohner besprochen wurde, und HIV / AIDS ist zur Zeit für beide kein Thema.
- In einer Einrichtung werden behinderte Frauen und Männer teilweise getrennt betreut.
- Eine gewisse Skepsis unter den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern dieser Großheime bezüglich des Themas Sexualität der Bewohner entnehmen wir den fehlenden Angaben zum Beruf, die fast alle auf diese Einrichtungen entfallen (24 von 28).

¹⁹ Wir beziehen uns hierbei auf vier Großheime, in denen 90 bis 147 behinderte Menschen betreut werden. In einer dieser Einrichtungen erkennen alle 5 der befragten Frauen und Männer den Wunsch nach Geschlechtsverkehr und 4 der Befragten den Wunsch nach Partnerschaft. Insofern setzt sie sich von den übrigen 3 Einrichtungen ab.

Auch wenn wir einschränkend sagen müssen, daß wir zum Beispiel die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht nach der Schwere der Behinderung der direkt von ihnen betreuten Bewohner und der jeweiligen Gruppenzusammensetzung gefragt haben, erscheinen uns die folgenden zwei Gedanken bedeutsam.

1. Die durch den Normalisierungsgedanken bestimmte Forderung nach einer Gruppenzusammensetzung, in der die Anzahl der leichter behinderten die der stärker behinderten Menschen übersteigt, ist auch unter dem Gesichtspunkt der Entwicklungsmöglichkeiten der Sexualität dieser Menschen von Bedeutung (S. 19).
2. Innerhalb der Erarbeitung einer sexualpädagogischen Konzeption sollte im Mitarbeiterkreis die Bedeutung der Sexualität für die behinderten Frauen und Männer und ihre individuellen Möglichkeiten sexuellen Erlebens besprochen werden. Wir vermuten, daß damit, bedingt durch diesen Prozeß und verbunden mit einer entwicklungsorientierten Herangehensweise, von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern häufiger der grundlegende Wunsch nach Partnerschaft und Liebe auch durch das „Sehen“ des Austausches von Zärtlichkeiten erkannt werden wird.

Toleranz und Handlungsbereitschaft der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen

„Pädagogische und allgemeine menschliche Unterstützung soll es ihnen [den geistig behinderten Frauen und Männern A.d.V.] ermöglichen, ihre individuelle Form der Geschlechtlichkeit zu finden und sie als natürlich und bereichernd zu erleben. Dabei sind alle Formen zu akzeptieren, bei denen sexueller Mißbrauch ausgeschlossen ist. Der gemeinsame Wunsch und Wille der Partner ist wichtigstes Kriterium“
(Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) 1995, 12).

Uns interessierte demzufolge inwieweit sexuelle Wünsche der Bewohner in den untersuchten Einrichtungen von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern akzeptiert werden.

- **Was würden Sie tun, wenn folgende Situationen entständen?**

Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß fast alle Befragten den Sporkenschen Mittelbereich der Sexualität und die Selbstbefriedigung der betreuten Frauen und Männer zulassen würden.

Tabelle 28: **Was würden Sie tun, wenn folgende Situationen entständen?**

	Fördern, akzeptieren, zulassen	nicht zutrauen wollen, eher nicht zulassen	Sonstiges
Streicheln und Liebkosen zwischen den Heimbewohnern (n=160)	157 98,1%	3 1,9%	0
Verabredungen zwischen den Heimbewohnern (n=160)	159 99,4%	1 0,6%	0
Selbstbefriedigung der Heimbewohner (n=159)	156 98,1%	2 1,3%	1 0,6%
Homosexualität zwischen den Heimbewohnern (n=159)	136 85,5%	22 13,8%	1 0,6%
Geschlechtsverkehr der Heimbewohner (n=160)	139 86,9%	19 11,9%	2 1,3%
Heiratswunsch der Heimbewohner (n= 15 8)	101 63,9%	53 33,5%	4 2,5%
Kinderwunsch der Heimbewohner (n=158)	33 20,9%	119 75,3%	6 3,8%

Etwas zurückhaltener wird das Einräumen von Möglichkeiten der Genitalsexualität befürwortet. Ungefähr 85% der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen würden Geschlechtsverkehr und Homosexualität der Heimbewohner zulassen. Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß alle Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufen diese Bedürfnisse zulassen würden. Von den restlichen Befragten würden die Erzieher und Erzieherinnen dagegen mit lediglich 23 von 29 Befragten am wenigsten Homosexualität der Heimbewohner akzeptieren. Geschlechtsverkehr der Heimbewohner würden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit hellerzieherischer Berufsausbildung (18 von 24) von den insgesamt Befragten am wenigsten akzeptieren.

Tabelle 29: **Akzeptieren von Homosexualität und Geschlechtsverkehr der Bewohner nach den Berufen der Befragten**

Berufe	Homosexualität (n=158)	Geschlechtsverkehr (n=158)
krankenschwesterliche Berufe	33 von 38	33 von 38
erzieherische Berufe	23 von 29	24 von 27
heilberufliche Berufe	20 von 23	18 von 24
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe	13 von 13	13 von 13
sonstige Berufe	22 von 25	23 von 26
keine Angaben	25 von 30	28 von 30
gesamt	136	139

(Angaben in absoluten Zahlen)

Fast 2/3 der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen würden den Heiratswunsch geistig behinderter Menschen zulassen. In Einrichtungen, in denen 10-32 behinderte Menschen betreut werden, ist die Akzeptanz dieses Wunsches durch $\frac{3}{4}$ der Befragten am größten (Anhang 1, Tabelle 1). Die folgende Tabelle zeigt (wenn wir die Befragten ohne persönliche Angaben hier vernachlässigen), daß besonders Befragte im Alter zwischen 28 und 35 Jahren den Heiratswunsch geistig behinderter Erwachsener befürworten. Am deutlichsten wird dies wiederum bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung (alle 7 bis zu 35 Jahre alten Befragten unterstützen diesen Wunsch, während von den Älteren nur noch 2 von 6 hierzu bereit sind).

Tabelle 30: **Akzeptanz des Heiratswunsches der Bewohner - nach dem Beruf und dem Alter der Befragten**

Berufe (n=154)	Alter					
	20-27 (n=31)	28-35 (n=31)	36-45 (n=43)	Älter (n=26)	keine Ang. (n=23)	Gesamt (Berufe)
krankenschwesterl. B. (n=36)	4 von 7	10 von 13	5 von 9	4 von 6	1 von 1	24
erzieherische B. (n=27)	3 von 7	von 4	4 von 10	3 von 6	0	13
heilberuflich. B. (n=23)	6 von 11	5 von 5	4 von 6	0 von 1	0	15
päd./usw.) B. (n=13)	4 von 4	3 von 3	2 von 4	0 von 2	0	9
sonstige Berufe (n=25)	0	4 von 6	6 von 11	4 von 8	0	14
keine Angaben (n=30)	1 von 2	0	3 von 3	3 von 3	19 von 22	26
gesamt (Alter)	18	25	24	14	20	101 (65,6)

Angaben in absoluten Zahlen; Lesebeispiel: 4 von 7 Befragten im Alter zwischen 20 und 27 Jahren und einer krankenschwesterlichen Berufsausbildung akzeptieren den Heiratswunsch der Heimbewohner.

Mehr als 20% der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sind bereit, den Kinderwunsch geistig behinderter Frauen und Männer zu akzeptieren. Aus der folgenden Tabelle geht hervor, daß der Kinderwunsch am häufigsten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit päd./soz.päd./heilpäd. Ausbildung akzeptiert (6 von 11) wird. Von den befragten Erzieherinnen und Erziehern sind dagegen lediglich 2 von 28 und von den Befragten mit krankenpflegerischer Berufsausbildung 6 von 36 bereit, den Kinderwunsch geistig behinderter Erwachsener zu akzeptieren. Außerdem zeigt die folgende Tabelle, daß insgesamt, ebenso wie schon beim Heiratswunsch, auch hier die Befragten im Alter zwischen 28 und 35 Jahren diesen Wunsch häufiger als ältere oder jüngere Befragte akzeptieren. Folgt man der Lebenszyklustheorie von Erikson [1971], überrascht dieses Ergebnis nicht. Ehemach entwickelt jeder Erwachsene (behindert oder nicht behindert) spätestens mit 35 Jahren einen Kinderwunsch (Walter 1996, 295).

Tabelle 31: **Akzeptanz des Kinderwunsches der Bewohner - nach dem Beruf und dem Alter der Befragten**

Berufe (n=152)	Alter					
	20-27 (n=29)	28-35 (n=29)	36-45 (n=45)	Älter (n=26)	keine Ang. (n=23)	Gesamt (Berufe)
krankenptleg. B. (n=36)	0 von 7	3 von 13	1 von 9	2 von 6	0 von 1	6
erzieherische Berufe (n=28)	0 von 7	0 von 4	2 von 11	0 von 6	keine	2
heilerzieh. Berufe (n=21)	2 von 10	3 von 4	2 von 6	0 von 1	keine	7
päd./soz.päd/heilp. B. (n= 1 1)	2 von 3	2 von 2	2 von 4	0 von 2	keine	6
sonstige Berufe (n=26)	keine	2 von 6	1 von 12	3 von 8	keine	6
keine Angaben (n=30)	0 von 2	keine	0 von 3	1 von 3	5 von 22	6
gesamt (Alter)	4	10	8	6	5	33 (21,7%)

Lesebeispiel: 0 von 7 Befragten im Alter zwischen 20 und 27 Jahren mit einer krankenpflegerischen Berufsausbildung akzeptieren einen Kinderwunsch der Bewohner.

Aus der folgenden Tabelle ist zu erkennen, daß die unterschiedliche Akzeptanz dieses Wunsches weiterhin von der Tätigkeit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in unterschiedlichen Institutionen abhängt. Auch in dieser Frage ist die Akzeptanz in kleineren Einrichtungen (10-32 betreute Menschen) am größten. Dieses Ergebnis korrespondiert mit Praxiserfahrungen, wie sie Walter beschreibt:

„Meist sind es Betreuer in kleineren Wohnstätten, die das Selbstbestimmungsrecht geistig behinderter Menschen dermaßen konsequent gelten lassen, daß sie akzeptieren, wenn geistig behinderte Bewohner trotz eingehender pädagogischer Beratung dennoch vom Kinderwunsch nicht Abstand nehmen“ (1996, 294).

Auch spielt in der Auseinandersetzung um den Kinderwunsch geistig behinderter Erwachsener die konfessionelle Bindung der Einrichtungen eine Rolle. Die Zustimmung ist in konfessionell ungebundenen Einrichtungen etwas größer (13 von 46) als in konfessionell gebundenen Einrichtungen (20 von 106). Ein Ergebnis, welches durch die Tatsache, daß in den erstgenannten Institutionen anteilig mehr Erzieher und Erzieherinnen befragt wurden, noch verstärkt wird (Anhang 1, Tabelle 2).

Tabelle 32: **Akzeptanz des Kinderwunsches der Bewohner - nach dem Beruf der Befragten und der Anzahl der Bewohner in den Einrichtungen**

Berufe (n=152)	Bewohner pro Einrichtung				Gesamt (Berufe)
	10 – 32 (n=45)	40 – 58 (n= 18)	90 – 147 (n=75)	525 (n= 14)	
krankenschw. Berufe (n=36)	2 von 6	0 von 2	3 von 21	1 von 7	6
erzieherische Berufe (n=28)	2 von 15	0 von 4	0 von 7	0 von 2	2
heilpädagogische Berufe (n=21)	4 von 8	1 von 4	1 von 7	1 von 2	7
päd./soz.päd./heilpäd. B. (n= 1 1)	4 von 5	0 von 2	2 von 4	keine	6
sonstige Berufe (n=26)	3 von 9	0 von 5	2 von 10	1 von 2	6
keine Angaben (n=30)	1 von 2	0 von 1	5 von 26	0 von 1	6
gesamt (Bewohner pro E.)	16	1	13	3	33 (21,7)

Lesebeispiel: 2 von 6 Befragten mit krankenschw. Berufsausbildung, die in Einrichtungen tätig sind, in denen 10 bis 32 Bewohner betreut werden, akzeptieren einen Kinderwunsch der Bewohner.

Aus den im folgenden dargestellten Bemerkungen der Befragten zu den einzelnen Situationen unter der Kategorie „Sonstiges“²⁰ läßt sich erkennen, daß die eingangs genannte Handlungsstrategie²¹ heute für viele betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen leitend ist. Gleichzeitig wird deutlich, daß die Möglichkeiten der betreuten Frauen und Männer, die eigenen Wünsche umzusetzen, von den oftmals unreflektierten Einstellungen und Einschätzungen der Bezugspersonen abhängen.

Anmerkungen der Befragten zum Zulassen beziehungsweise Nichtzulassen von sexuellen Bedürfnissen der Bewohner

Streicheln und Liebkosn zwischen den Heimbewohnern

- bei beiderseitigem Wunsch zulassen (4x)
- Freundschaften fördern

Verabredungen zwischen den Heimbewohnern

- Voraussetzung: positiver Einfluß (3x)
- Entwicklung von Selbständigkeit
- zur Kommunikation, Erlebnisfreude immer wichtig, auch ohne sexuelle Wünsche und Absichten

Selbstbefriedigung der Heimbewohner

- Aufklärung, am richtigen Ort (7x)
- abhängig von der Häufigkeit (2x)
- fördern könnte ich es nicht bei jedem, da muß ein ganz tolles Verhältnis vorhanden sein
- Bild- und Filmmaterial für Betreuer wäre gut

²⁰ neben den Aussagen aus der Kategorie „Sonstiges“ sind hier auch die zusätzlichen Anmerkungen der Befragten dargestellt worden

²¹ nach der den betreuten Frauen und Männern auf der Suche nach sexueller und partnerschaftlicher Erfüllung Unterstützung und Begleitung zukommen sollen und oberstes Kriterium dabei ihr Wunsch und Wille ist

Homosexualität zwischen den Heimbewohnern

- bei gegenseitigem Einvernehmen (3x)
- Aufklärung (2x)
- wenn ich weiß, merke, mir sicher bin, daß beide homosexuell sind
- auf der Basis der Freiwilligkeit und der Erkenntnis
- akzeptieren, weil sie freie Bürger sind, nicht zulassen wollen bezieht sich auf meinen christlichen Glauben
- aber ohne ständige Partnerwechsel
- nicht kontrollierbar
- keine Erfahrung im Behindertenbereich
- keine Erfahrung; würde es wohl nicht verbieten, aber auch nicht fördern

Geschlechtsverkehr der Heimbewohner

- bei Verhütung und Aufklärung (11x)
- je nach Situation und Bedingungen (3x)
- wenn es beide wollen (4x)
- wenn eine Partnerschaft vorhanden ist (2x)
- situationsentsprechend fördern, bei „Vergewaltigung“ eingreifen
- nur wenn es nicht öffentlich geschieht
- bei enger Partnerschaft ja
- bei dauerhaften Partnerschaften akzeptiert, wenn Behinderte und Betreuer darüber im Gespräch bleiben
- nur dann, wenn beide Partner auf einer Höhe sind und es auch wollen

Heiratswunsch der Heimbewohner

- zulassen bei Beachtung von Behindertengrad und -art (2x)
- je nach Situation (2x)
- wenn gute, harmonische Beziehung; Behinderte überschätzen sich oft
- abhängig vom Entwicklungsstand und den Fähigkeiten
- unter Voraussetzung der Klärung aller Konsequenzen
- Aufklärung, Verantwortung dem Partner gegenüber
- Entwicklungsstand; Aufklärung über Rechte, Pflichten, Zweck usw.
- bei festem Wunsch Unterstützung bei der Vorbereitung und Auseinandersetzung mit Thema
- kommt auf die Beziehung an
- nach langjähriger Partnerschaft und bei beständigem Wunsch
- kommt darauf an, ob Partner jeweils nicht ausgenutzt wird (Geldsache)
- bei Partnerschaft

Kinderwunsch

- kommt auf die Art und den Grad der Behinderung an (4x)
- eher davon abreden (2x)
- Kind sollte bei behinderten Eltern bleiben; Einrichtung? Kind würde sich viel von Behinderten annehmen, wennauch selbst nicht behindert geboren; nur wenn genug Personal; behinderte Eltern brauchen ständige Hilfe
- sind überfordert

- differenziert, hängt von der Ernsthaftigkeit und dem Grad der Behinderung ab (realistisch oder nicht)
- Auseinandersetzung mit der Verantwortung der Elternschaft; wenn ja, dann Unterstützung und Begleitung
- Alternativen suchen mit dem Bewohner
- hängt von Behinderungsart (z.B. Körperbehinderte können durchaus Kinder haben) ab
- beraten
- konkrete Fall muß besprochen werden
- oder auch nicht zulassen; Aufklärung über Verantwortung
- würde dringend abraten, auf Benutzung von Verhütungsmitteln achten
- Aufklärung, Verantwortung übernehmen für Familie
- bei echter Partnerschaft und Verantwortungsgefühl

Wenn beispielsweise Partnerschaft, enge Partnerschaft oder dauerhafte Partnerschaft²² die Voraussetzung für das Zulassen von Geschlechtsverkehr ist, so können wir davon ausgehen, daß verschiedene betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unterschiedliche Auffassungen dazu vertreten, wann diese gestellten Bedingungen erfüllt sind. Wir haben bereits darauf hingewiesen, daß sexuelle und partnerschaftliche Wünsche erwachsener Menschen eine begriffliche Einheit bilden. Hieraus im Zusammenhang mit der eigenen Sexualmoral unangemessene Forderungen abzuleiten, entspricht nicht einer emanzipatorischen Sexualerziehung. Im Zusammenhang mit der Möglichkeit der Beschützten Ehe weist Walter auf zwei Gefahren hin: Zum einen sollten geistig behinderte Frauen und Männer nicht in eheähnliche Gemeinschaften gedrängt werden (um beispielsweise die eigene Ehe- und Sexualmoral durchzusetzen), und es muß natürlich jedem Menschen freistellen, ohne Partner oder Partnerin zu leben. Andererseits kann ein Leben als Single aber nicht automatisch einen Verzicht auf Genitalsexualität bedeuten (1996, 293). Im Zusammenhang mit dem Normalsierungsgedanken würden bei einer derartigen Herangehensweise Forderungen an geistig behinderte Frauen und Männer gestellt, die kulturell nicht üblich sind, und unter Berücksichtigung der oftmals defizitären sexuellen Sozialisation diese vor zusätzliche Schwierigkeiten stellen könnte.

Die derzeitige Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch geistig behinderter Frauen und Männer, geführt von deren Bezugspersonen, kann als Gradmesser für Inklusion und für normalisierte Lebensumstände angesehen werden. Aus diesem Grunde möchten wir uns diesem Thema etwas genauer zuwenden.

„Gesellschaftlich und kulturell muß darum gekämpft werden, daß geistig behinderte Menschen nicht nur Kinderwünsche haben dürfen, sondern auch fähig werden sollen und können, Kinder zu bekommen und mit Hilfe anderer zu erziehen. Bei allen zu erwartenden Schwierigkeiten muß dies zur Normalität werden“ (Wunder 1991, 67).

²² vgl. Anmerkungen der Befragten (S. 67f.)

In Deutschland wurde der Kinderwunsch geistig behinderter Frauen und Männer bis vor kurzem einstimmig abgelehnt (Walter 1996, 294). Krüger und Schneider stellen diese Haltung der (in den 70iger Jahren veröffentlichten) Fachliteratur einer selbst durchgeführten Befragung²³ gegenüber (Krüger / Schneider 1995). Die Interviewtexte zeigen klar eine Unsicherheit (bis zu sehr vorsichtiger Befürwortung des Kinderwunsches) bezüglich des Themas, die charakteristisch ist für das Spannungsfeld, in dem sich betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen derzeit befinden. Wird der Normalisierungsgedanke verfolgt, sehen die Befragten das Recht eines jeden Menschen auf Nachkommen. Es bleibt die Sorge um das Kind und die Eltern. Deutlich werden die diesbezüglich fehlende fachliche Auseinandersetzung innerhalb der jeweiligen Institution und unzureichende Informationen über²⁴ Hilfs- und Unterstützungsangebote.

Die mehr als 20%ige Befürwortung bezüglich eines Kinderwunsches geistig behinderter Frauen und Männer in unserer Befragung stützt die Schlußfolgerung der Autoren und unsere These (S. 35), daß eine Entwicklung zur Akzeptanz von Elternschaft geistig behinderter Frauen und Männer stattfindet. Auch die oben genannten Anmerkungen der Befragten zum Kinderwunsch zeigen in diese Richtung. Von eindeutiger Ablehnung, über Einschränkungen 25 bis zur Bereitschaft zur Hilfe und Unterstützung werden Meinungen vertreten.

Besonders treffend verdeutlicht eine Äußerung das Dilemma, in dem sich die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen befinden: „Kind sollte bei behinderten Eltern bleiben; Einrichtung? Kind würde sich viel von Behinderten annehmen, wenn auch selbst nicht behindert geboren; nur wenn genug Personal; behinderte Eltern brauchen ständige Hilfe“. Zweifel an der Realisierung eines Kinderwunsches werden hier nicht mehr ausschließlich mit der Behinderung begründet, sondern institutionelle Möglichkeiten werden einerseits als hinderlich und andererseits als unzureichend beschrieben.

²³ „Insgesamt haben wir sechs Interviews durchgeführt, davon waren drei Befragte Betreuer einer Behinderten-Gruppe, ein Befragter bekleidet eine Stabsfunktion in der Behindertenhilfe, und ein Mann und eine Frau haben nur sporadisch Kontakte zu Behinderten und sind nicht beruflich in die Behindertenarbeit involviert“ (Dietrich/ Schneider 1995, 58). Erfahrungen und Meinungen der Befragten beziehen sich auf geistig behinderte Frauen und Männer.

²⁴ beziehungsweise real fehlende

²⁵ Auch durch Anmerkungen wie: „eher davon abreden“ oder „Alternativen suchen werden unserer Meinung nach diese Unsicherheiten sichtbar, da die Befragten offensichtlich ein klares „nein“ nicht mehr für angemessen halten.

Fazit

Sexuelle Wünsche der Bewohner werden von den Befragten der verschiedenen Berufsgruppen und in den einzelnen Einrichtungen unterschiedlich wahrgenommen. Besonders auffällig ist die insgesamt große Diskrepanz zwischen dem Erkennen des Wunsches nach Zärtlichkeit und dem Wunsch nach Partnerschaft. Es fällt auf, daß alle Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung beide der genannten Wünsche betreuter Frauen und Männer bemerken. Von Befragten mit erzieherischer, krankenpflegerischer und „sonstiger“ Berufsausbildung wird dagegen zwar überwiegend der Wunsch nach Zärtlichkeiten wahrgenommen, der Wunsch nach Partnerschaft dagegen nur von ungefähr jedem zweiten Befragten. Der institutionelle Einfluß wird in den Großheimen (90-147 Bewohner) durch die deutlich geringere Wahrnehmung des Wunsches nach Partnerschaft durch die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in diesen Einrichtungen deutlich.

Auch bei einem Vergleich mit der Untersuchung von Walter aus dem Jahr 1977²⁶ (Walter / Hoyler-Herrmann 1987, 144ff.) bestätigt sich die These, daß im Zuge allgemeiner Liberalisierungs- und Normalisierungsprozesse die Akzeptanz von sexuellen und partnerschaftlichen Bedürfnissen behinderter Menschen zunimmt. In unserer Untersuchung fällt bezüglich der Akzeptanz sexueller Wünsche der Bewohner auf, daß die Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung Geschlechtsverkehr, Homosexualität und den Kinderwunsch am häufigsten zulassen würden. Besonders Befragte mit erzieherischer und heilerzieherischer Berufsausbildung würden Geschlechtsverkehr und Homosexualität der Bewohner seltener zulassen und Befragte mit erzieherischer und krankenpflegerischer Berufsausbildung sind seltener bereit den Kinderwunsch der betreuten Frauen und Männer zuzulassen. Die Bereitschaft, den Heirats- und Kinderwunsch der betreuten Frauen und Männer zuzulassen, äußern vor allem Befragte in einem Alter, in dem nach entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten jeder Mensch einen solchen Wunsch entwickelt. Außerdem fiel auf, daß die Toleranz des Kinderwunsches in den kleineren Einrichtungen am größten ist.

²⁶ Für die Erarbeitung unserer Fragebögen entnahmen wir Hinweise aus dem Kapitel „Mitarbeiterbefragungen“ von Walter 1987, 142ff.

Walter stellte einen Unterschied, zwischen der toleranten Einstellung und Handlungsbereitschaft der meisten Mitarbeiter und der konkreten Anstaltsrealität“ (ebda, 146) fest, da es zum Beispiel in keinem der untersuchten Heime Appartements für „beschützte Ehen“ gab. Hier ist die oben genannte Entwicklung deutlich zu erkennen. In 10 von 17 der von uns untersuchten Einrichtungen gibt es heute separate Wohnungen beziehungsweise Zimmer für Paare (S. 18).

Daß sich auch heute die Toleranz und Handlungsbereitschaft der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen nicht unbedingt mit den tatsächlichen Handlungen in den Einrichtungen decken müssen, wird durch einen Vergleich mit den von ihnen erkannten sexuellen Wünschen und Bedürfnissen der behinderten Frauen und Männer deutlich, da die Befragten teilweise mit den beschriebenen Situationen noch nicht konfrontiert worden sind (oder sie „übersehen“ haben). Hier zeigt sich, daß die Diskrepanz zwischen Toleranz und Handlungsbereitschaft nicht allein mit dem Fehlen von Möglichkeiten des Zusammenwohnens für die betreuten Frauen und Männer in den einzelnen Einrichtungen begründet werden kann. Wir sehen vielmehr in dieser Frage das Problem der sozialen Erwünschtheit (Diekmann 1995), das hier in dem Unterschied zwischen erkannten Wünschen und dem Zulassen von Situationen sichtbar wird.

In der Beschreibung von wohnlichen Standards der Einrichtungen, die sexuelles Erleben ermöglichen, werden Unsicherheiten und eine noch ausstehende Standortklärung der Befragten deutlich. Auch hier ist die Tendenz erkennbar, daß in kleineren Einrichtungen (10-32) und von Befragten mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung die Meinung eher vom Normalisierungsgedanken geprägt ist als in Großheimen (besonders in dem mit 525 betreuten Menschen) und von den Befragten mit erzieherischer, krankenpflegerischer und „sonstiger“ Berufsausbildung.

Die aufgezeigte Entwicklung zur steigenden Toleranz des Kinderwunsches bringt neue Möglichkeiten und Lebensperspektiven für geistig behinderte Frauen und Männer mit sich. Erforderlich sind daher für diese Klientel ausreichende Hilfs-, Förder- und Unterstützungsangebote. Dazu gehören, neben Angeboten für geistig behinderte Eltern, auch erwachsenenpädagogische Seminare zur Auseinandersetzung mit diesem Wunsch²⁷ in Verbindung mit Einzelgesprächen durch betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie die Möglichkeit, bei Bedarf geeignete Beratungsstellen mit Fachpersonal vorzufinden. Das Ziel dieser Begleitung ist die persönliche Entscheidung des jeweiligen Menschen, ob für ihn ein Kind zur Zeit sinnvoll ist. Neben persönlichen Gründen²⁸ werden auch die von uns beschriebenen institutionellen Wohn- und Lebensbedingungen (Kapitel 5) oftmals zu einer Abkehr von diesem Wunsch beitragen, falls nicht geeignete alternative Wohn- und Betreuungsmöglichkeiten gefunden werden.

²⁷ Voraussetzung der Teilnahme sollte nach Dittli/ Furrer sein, daß die Teilnehmenden das Thema direkt oder indirekt angesprochen haben (1996).

²⁸ daß zum Beispiel der Kinderwunsch Ausdruck anderer Wünsche ist oder eine Überforderung darstellen würde

Uns sind regelmäßige erwachsenenpädagogische Angebote für geistig behinderte Menschen in Form von Seminaren zum gesamten Thema Sexualität in M-V nicht bekannt. Angebote entstehen aber grundsätzlich nur dann, wenn eine entsprechende Nachfrage vorhanden ist. In der Behindertenhilfe bedeutet dies: Interessenvertreter und Betroffene müssen bei sozialpolitischen Entscheidungsträgern das Problembewußtsein diesbezüglich derart schärfen, daß finanzielle Ressourcen bereitgestellt werden oder/und private Mittel sowie Mittel aus der freien Wirtschaft binden. Eine entscheidende Voraussetzung hierfür ist die fachliche Auseinandersetzung zum Thema in den Institutionen oder anders ausgedrückt die Überwindung der hinderlichen Tabuisierung dieses Themas (S. 44). Bleibt dies aus, ist es eher unwahrscheinlich, daß betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen beziehungsweise die Leitungen der Einrichtungen als Interessenvertreter aktiv werden. Daneben muß auch in diesem Zusammenhang auf die dringend notwendige Fortbildung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen hingewiesen werden, da die geistig behinderten Erwachsenen auch nach der Teilnahme an derartigen Veranstaltungen kontinuierlicher sexualpädagogischer Begleitung und Unterstützung bedürfen.

7.4 Probleme der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Umgang mit der Sexualität der behinderten Frauen und Männer

142 (88,7%) der 160 betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus 15 Einrichtungen beantworteten diese Frage, mit dem Hinweis, die vier wichtigsten Probleme zu nennen. Davon

29 (18, 1 %) mit einer Antwort,
28 (17,5%) mit zwei Antworten, 19 (11,9%) mit drei Antworten und
66 (41,3%) mit vier Antworten, durchschnittlich demnach mit 2,9 Antworten.

Die in der folgenden Tabelle und den Antworten in der Kategorie „Sonstiges“ dargestellten Ergebnisse²⁹ zeigen deutlich, daß sich der Umgang mit der Sexualität der Bewohner für fast alle Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen problematisch gestaltet. Daß diese Defizite in allen Einrichtungen (in unterschiedlicher Ausprägung) vorzufinden sind, zeigt sich in der Häufigkeit der Problemnennungen in den Einrichtungen unterschiedlicher Größen. Zwischen 2,7 und 3,2 Antworten pro Mitarbeiter beziehungsweise Mitarbeiterin haben wir in den vier Einrichtungsgrößen mit 10-32 bis 525 betreuten Menschen erhalten. Bezüglich der Problemnennungen zeigen sich also keine wesentlichen Unterschiede. Diese für einen gesamten Aufgabenbereich ungewöhnlich große Anhäufung von Problemen ist unserer Meinung nach charakteristisch für einen Prozeß, in dem eine durchgehende persönliche Standortklärung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen noch aussteht und gleichzeitig in den Einrichtungen noch kein diesbezügliches Leitbild entwickelt wurde.

²⁹ Für die Auswertung dieser Frage setzen wir n=160, auch wenn lediglich 142 der Befragten geantwortet haben.

Tabelle 33: **Probleme der Befragten im Umgang mit der Sexualität der betreuten Bewohner**

Probleme	absolute Nennungen (Einrichtungen)	in % der Fälle
zu wenig Materialien	77 (14)	48,1
der Behinderte verschließt sich	57 (14)	35,6
Angst vor unbeabsichtigten Reaktionen	51 (12)	31,9
unzureichender Gedankenaustausch	48 (13)	30,0
nicht ausreichend ausgebildet	44 (12)	27,5
Angst vor rechtlichen Konsequenzen	32 (10)	20,0
institutionelle und konfessionelle Schranken	31 (11)	19,4
keine passenden sprachlichen Möglichkeit	28 (7)	17,5
keine Angaben	18 (7)	11,3
kein Zugang zu diesen Wünschen	16 (5)	10,0
Sonstiges	14 (9)	8,8
Hemmungen, Themen anzusprechen	8 (4)	5,0
gesamt	424	

n= 160

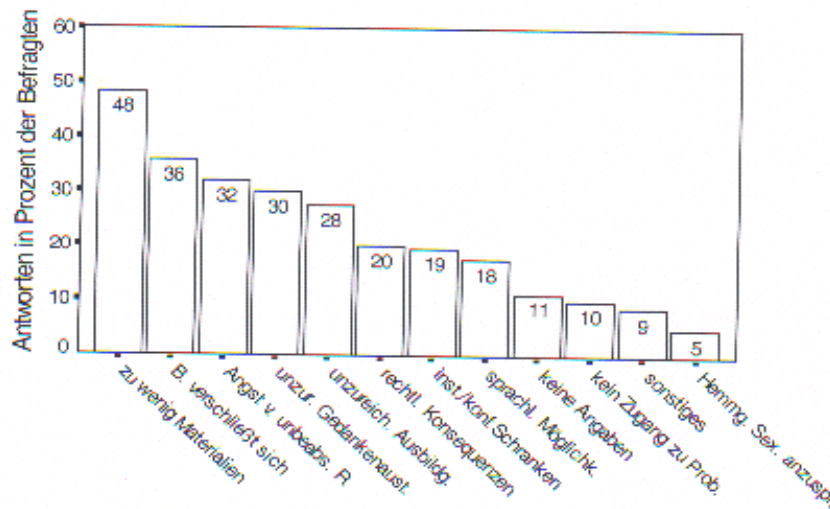
Mehrfachantworten möglich

Sonstiges ³⁰:

- keine Probleme
- kann offen darüber reden
- kann offen darüber sprechen
- Probleme werden offen besprochen
- sehe das Problem nicht so
- habe individuelle Tabuthemen
- fehlende Akzeptanz Außenstehender
- Einstellung von Eltern und Betreuern
- Einstellung außenstehender Personen
- viele Heimbewohner denken, es wäre verboten
- Bewohner können das Thema gar nicht verstehen
- einige verschließen sich zum Thema, aber nicht alle
- daß die erwachsenen Behinderten so schlecht aufgeklärt sind, und ihnen so starke oder gar keine Schamgefühle anerzogen wurden
- mir fehlen Objekte aus Fleisch und Blut (siehe Holland), die den Behinderten zeigen (Praktiken), wie sie ihre Sexualität voll und ganz ausleben können

³⁰ Reihenfolge geändert: Zusammenstehende Aussagen stellen nicht die Antworten aus einer Einrichtung dar.

In der folgenden Grafik sind die genannten Probleme noch einmal anschaulich dargestellt:
Abbildung 13: Probleme der Befragten im Umgang mit der Sexualität der Bewohner (n=160)



Bestätigt sehen wir auch hier unsere These, daß die Toleranz und Handlungsbereitschaft bezüglich der Sexualität der behinderten Frauen und Männer steigt, da das Erkennen von Problemen die grundsätzliche Bejahung dieser Bedürfnisse voraussetzt. Auch wird hierbei vor allem das Problembewußtsein der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen widerspiegelt. Deutlich wird dies, wenn nur jeder zweite Befragte (und das mit der häufigsten Nennung unter den Problemen) angibt, zu wenig Medien und Materialien zur Verfügung zu haben, aber die überwiegende Mehrheit keine geeignete Literatur zum Thema Sexualerziehung geistig behinderter Menschen angeben konnte (S. 39f.). Insofern kann ein häufigeres Benennen von Problemen auch auf eine stärkere Auseinandersetzung mit dem Thema hinweisen.

Unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, kristallisieren sich Unterschiede innerhalb dieser Auseinandersetzung in den Einrichtungen heraus, die wir in den folgenden beiden Tabellen dargestellt haben.

Tabelle 34: **Probleme, die in konfessionell gebundenen beziehungsweise ungebundenen Einrichtungen jeweilshäufiger auftreten** (vgl. Abbildung 13):

konfessionell gebundene Einrichtungen (n= 1 12)	konfessionell ungebundene Einrichtungen (n=48)
keine passenden sprachlichen Möglichkeiten (24,2%)	<ul style="list-style-type: none"> zu wenige Medien und Materialien zur Sexualaufklärung (56,3%) Eindruck, daß sich der / die Behinderte verschließt (47,9%) auf diesem Gebiet nicht ausreichend ausgebildet (35,4%) Angst, daß mein Verhalten rechtliche Konsequenzen hat (27,1 %)

Die am häufigsten genannten Probleme (Abbildung 13) werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in konfessionell ungebundenen Einrichtungen öfter als in den konfessionell gebundenen Einrichtungen benannt (Tabelle 34).

Tabelle 35: **Probleme, die in den Einrichtungen unterschiedlicher Größenordnungen für die Befragten eine jeweils größere oder kleinere Rolle spielen** (als für die insgesamt Befragten, vgl. Abbildung 13)

	Bewohner pro Einrichtungen			
	10 – 32 (n=46)	40 - 58 (n=20)	90 - 147 (n=80)	525 (n=14)
Weniger Nennungen			Eindruck, daß sich der / die Behinderte verschließt (27,5%) Angst vor rechtlichen Konsequenzen (11,3%)	unzureichender Gedankenaustausch zwischen Kollegen zu diesem Thema (7,1 %)
Mehr Nennungen	Angst vor unbeabs. und unerwünschten Reaktionen (41,3%) auf diesem Gebiet nicht ausreichend ausgebildet (39,1%)	Unzureichender Gedankenaustausch zwischen Kollegen zu diesem Thema (40%) dieses Thema wird durch institutionelle / konfessionelle Schranken begrenzt (40%)	keine passenden sprachlichen Möglichkeiten (28,5%)	Angst vor unbeabsichtigten und unerwünschten Reaktionen (50%) Angst vor rechtlichen Konsequenzen (42,9%)

Auffälligkeiten nach der Größe der Einrichtungen betrachtet, bestätigen den bereits bisher entstandenen Eindruck, daß in den kleinen Einrichtungen (10-32 Bewohner) und in der größten Einrichtung³¹ (525 Bewohner) die Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität bereits weiter fortgeschritten ist.

Besonders da die Leiter und Leiterinnen große Defizite in der pädagogischen Fortbildung zum Thema Sexualität sehen (S. 30), ist die diesbezügliche Selbstbeschreibung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen interessant. Die folgende Tabelle zeigt, daß neben der gerade beschriebenen Institution, auch der Beruf der Befragten hierfür ausschlaggebend ist. Während besonders die Befragten mit erzieherischer Berufsausbildung sich unzureichend ausgebildet fühlen, sind Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit krankenpflegerischen Berufen eher selten dieser Meinung³².

³¹ vgl. S. 28: Geplantes Modellprojekt

³² Eine Ursache hierfür könnte in der Auffassung der jeweiligen Arbeitsaufgabe liegen.

Tabelle 36: **Unzureichende Ausbildung - nach Berufen der Befragten und der Anzahl der Bewohner in den Einrichtungen**

Berufe (n=160)	Bewohner in den Einrichtungen				
	10 - 32 (n=46)	40 - 58 (n=20)	90 - 147 (n=80)	525 (n= 14)	gesamt (Berufe)
krankenpflegerische B. (n=38)	0 von 6	0 von 2	3 von 23	2 von 7	5
erzieherische B. (n=29)	9 von 15	2 von 5	2 von 7	0 von 2	13
heilerzieherische B. (n=24)	5 von 9	1 von 5	1 von 8	0 von 2	7
akademische B. (n= 13)	1 von 5	1 von 2	2 von 6	keine	4
andere B. (n=26)	3 von 9	0 von 5	4 von 10	1 von 2	8
keine Angaben (n=30)	0 von 2	0 von 1	6 von 26	1 von 1	7
gesamt (Bewohner pro E.)	18	4	18	4	44 (27,5%)

Lesebeispiel: 0 von 6 Befragten mit krankenpflegerischer Berufsausbildung in Einrichtungen, in denen 1032 behinderte Menschen betreut werden, fühlen sich diesbezüglich unzureichend ausgebildet.

7.5 HIV / AIDS

„Die Personengruppe der geistig behinderten Menschen ist insgesamt durch AIDS nicht mehr und nicht weniger betroffen als alle übrigen Mitglieder der Gesellschaft auch. Nicht mehr meint in diesem Zusammenhang, daß geistig behinderte Menschen keine spezielle Risikogruppe darstellen [...] Sie sind aber auch nicht weniger betroffen, da auch sie sich über die bekannten Ansteckungswege infizieren können“ (Walter 1996, 398).

Und im Grundsatzprogramm der Bundesvereinigung Lebenshilfe von 1990 heißt es:

„Angesichts der aktuellen gesamtgesellschaftlichen Bedrohung durch die Immunschwächekrankheit AIDS sieht die Lebenshilfe eine besondere Aufgabe und Verantwortung darin, geistig behinderten Menschen ihr Recht auf sexuelles Erleben zu erhalten und gleichzeitig durch sexualpädagogische Begleitung ein Verhalten zu unterstützen, das AIDS-Risiken vermeidet“ (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1990, 12).

Diese allgemeine Herangehensweise kann ganz konkret einem Konzept der Evangelischen Stiftung Alsterdorf entnommen werden. Demzufolge sollen sich die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen so verhalten, als wenn bereits infizierte behinderte Menschen betreut werden. Damit verbunden sind Fortbildungsmaßnahmen zum Thema und die Verpflichtung der Einhaltung von Hygienemaßnahmen. Im Rahmen der sexualpädagogischen Praxis muß für jeden Bewohner der Bedarf an Einzelgesprächen fest- und sichergestellt werden (Wunder 1996, 409ff.).

„In diesen Gesprächen müssen sowohl heterosexuelle wie homosexuelle Bewohner mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr, Geschlechtsverkehr außerhalb der Einrichtung und Geschlechtsverkehr im Prostituiertenmilieu eine spezielle Aufklärung über Risiken und entsprechend risikoarme Sexualpraktiken bekommen“ (ebda, 411)³³.

³³ zitiert nach: Umgang mit dem Problem „AIDS „ im Zusammenleben geistig behinderter Menschen. Reihe: Orientierungshilfen und Richtlinien für Mitarbeiter im Behindertenbereich, herausgegeben von der Ev. Stiftung Alsterdorf

Risikoarme Sexualpraktiken bedeuten an erster Stelle, daß die Benutzung von Kondomen (außer in Einzelfällen) notwendig ist. „Da nicht davon ausgegangen werden kann, daß Erwachsene mit geistiger Behinderung durch die normalen AIDS-Kampagnen erreicht werden, muß diese Aufklärungsarbeit im Rahmen der Begleitung der Partnerschaft geleistet werden“ (Hartmann-Kreis 1996, 66). Eine weitere Möglichkeit stellen erwachsenenpädagogische Fortbildungsseminare für geistig behinderte Menschen zum Thema dar (Schünemann / Müller 1993; Dittli / Furrer 1996; Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995).

Bei der Ausübung von pflegerischen Tätigkeiten der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist das Thema 1-HV/ AIDS außerdem durch die danüt verbundene Möglichkeit der eigenen Infektion von Bedeutung. Diese Gefahr kann durch die Einhaltung von üblichen Arbeitsschutzmaßnahmen weitestgehend ausgeschlossen werden. Aus den Statistiken des Robert-Koch-Institutes ist zu entnehmen, daß Infektionen am Arbeitsplatz sehr selten vorkommen (RKI, AIDS Zentrum IV 1998, 2).

- **Ist HIV/ AIDS ein Thema bezüglich Ihrer Arbeit?**

Die folgende Tabelle zeigt, daß fast 60% (n=153) der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen das Thema HIV / AIDS in bezug auf ihre Arbeit als wichtig empfinden. Demzufolge ist HIV / AIDS aber noch immer für fast 40% kein Thema. In konfessionell ungebundenen Einrichtungen ist dieses Thema für mehr Befragte von Bedeutung.

Tabelle 37: **Thema HIV - nach Berufen der Befragten und konfessioneller Bindung der Einrichtungen**

Berufe der Befragten (n=153)	Einrichtungen konfessionell:		
	gebunden (n=107)	ungebunden (n=46)	gesamt (Berufe)
krankenschwesterliche Berufe (n=37)	23 von 31	4 von 6	27
erzieherische Berufe (n=29)	4 von 13	13 von 16	17
heilberufliche Berufe (n=22)	6 von 14	6 von 8	12
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe (n= 11)	2 von 7	3 von 4	5
sonstige Berufe (n=25)	7 von 15	6 von 10	13
keine Angaben (n=29)	18 von 27	2 von 2	20
gesamt (konf. Bindung d. Einr.)	60 (56,1)	34 (73,9)	94 (61,44)

Lesebeispiel: Für 23 von 31 Befragten mit krankenschwesterlicher Berufsausbildung, die in konfessionell gebundenen Einrichtungen beschäftigt sind, ist HIV/ AIDS ein Thema.

Betrachten wir die Antworten unter dem Gesichtspunkt, ob für die Leiter und Leiterinnen das Thema 1-HV/ AIDS wichtig oder unwichtig ist (S. 25), erhalten wir das folgende Ergebnis:

Tabelle 38: HIV als Thema für die Befragten in Einrichtungen, in denen es für die Leiter und Leiterinnen z. Z. ein beziehungsweise kein Thema ist

Ein Thema für die Leiter der Befragten	Ein Thema für die Mitarbeiter: absolut (in %)
ja	66 von 97 (68%)
nein	24 von 51 (47,1%)

Aus der Tabelle 38 ist zu entnehmen, daß mehr als 2/3 der Befragten, für deren Leiter und Leiterinnen das Thema HIV/ AIDS wichtig ist, diese Meinung ebenso vertreten. In den vier Einrichtungen, in denen die Leiter und Leiterinnen dies verneinen, sind es dagegen nur noch knapp die Hälfte³⁴.

Da die Leitung einer Einrichtung für die Entwicklung von Leitbildern und Konzepten verantwortlich ist, verwundert dieses Ergebnis nicht. Ein verantwortungsvoller Umgang mit dem Thema HIV/ AIDS, wie eingangs beschrieben, kann nur gelingen, wenn dementsprechende Handlungsansätze entwickelt werden.

Während die Frage, ob HIV / AIDS ein Thema ist von den meisten betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern beantwortete wurde³⁵, fiel die Begründung dieser Aussage deutlich schwerer. Besonders hier zeigt sich die Unsicherheit im Umgang mit diesem Thema.

Genau die Hälfte der Befragten (47 von 94) aus 12 Einrichtungen beantworteten die Frage, warum ihnen das Thema HIV wichtig ist. 22 von ihnen sehen die Gründe im Sexualverhalten, besonders durch den Wechsel von Partnerschaften der geistig behinderten Menschen und den damit verbundenen Gefahren. 14 der Befragten haben selbst Angst vor einer Infektion mit dem Virus beziehungsweise befürchten dies für die betreuten Menschen, und weitere 11 der Befragten befürworteten allgemein Präventionsveranstaltungen als Schutzmaßnahmen in ihrem Arbeitsfeld. Warum ihnen das Thema nicht wichtig ist, begründet lediglich 1/3 (19 von 59) der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (S. 83-85).

³⁴ zu berücksichtigen ist hierbei, daß allein aus einer dieser vier Einrichtungen 41 Befragte geantwortet haben

³⁵ mit lediglich sieben fehlenden Antworten

Ob der eigene Standpunkt begründet wurde, ist vor allem von persönlichen Faktoren abhängig. So begründeten die befragten Mitarbeiter ihren Standpunkt häufiger als ihre Kolleginnen³⁶ (Anhang 1, Tabelle 3). Antworten erhielten wir vor allem von Mitarbeitern mit päd. / soz.päd. / heilpäd., erzieherischer und heilerzieherischer Berufsausbildung. Weniger beziehungsweise gar nicht begründeten die Mitarbeiter mit „sonstiger“ Berufsausbildung und Mitarbeiter mit krankenpflegerischer Berufsausbildung ihre Meinung (Anhang 1, Tabelle 4).

Die befragten Mitarbeiterinnen mit päd. / soz.päd. / heilpäd. Berufsausbildung begründeten ebenso am häufigsten ihre Meinung. Von Mitarbeiterinnen mit heilerzieherischer, krankenpflegerischer und erzieherischer Berufsausbildung erhielten wir dagegen seltener eine Begründung. Noch weniger Antworten erhielten wir von den befragten Mitarbeiterinnen mit „sonstiger“ Berufsausbildung und Mitarbeiterinnen, die ihren Beruf nicht angaben, erklärten ihren Standpunkt gar nicht (Anhang 1, Tabelle 5).

Auch das Alter der Befragten ist in dieser Standortklärung von Bedeutung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit krankenpflegerischer Berufsausbildung, die älter als 45 Jahre alt sind, und Mitarbeiterinnen im gleichen Alter mit erzieherischer beziehungsweise „sonstiger“ Berufsausbildung fiel die Begründung ihrer Meinung schwerer als jüngeren Befragten dieser Berufsgruppen (Anhang 1, Tabelle 6).

Bevor wir die Begründungen des Standpunktes der Befragten darstellen, möchten wir noch die Ergebnisse der folgenden Frage in die Betrachtung einschließen.

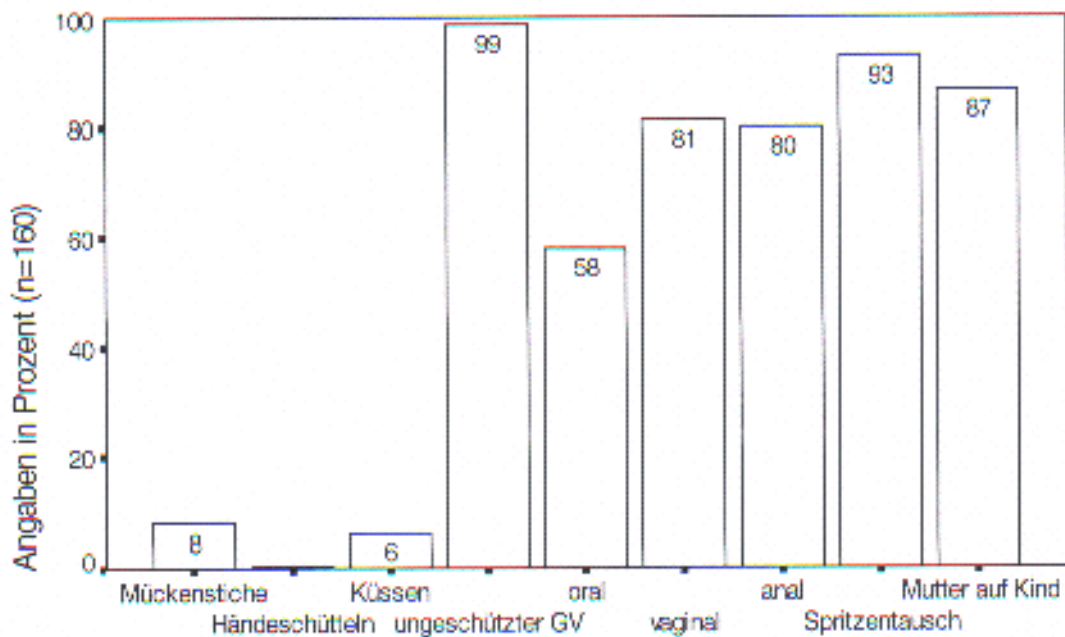
³⁶ auch hier ist wieder der Hinweis auf die geringe Fallzahl der befragten Männer wichtig

- **Welche Übertragungswege für HIV (AIDS) sind Ihrer Meinung nach zutreffend?**

Aus der folgenden Abbildung ist auf den ersten Blick zu erkennen, daß fast alle der Befragten die wichtigsten Übertragungswege des HI-Virus kennen. Bereits beim näheren Hinsehen fällt allerdings auf, daß zum Beispiel nicht allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern klar ist, was genau unter ungeschütztem Geschlechtsverkehr zu verstehen ist. Besonders groß ist die Abweichung beim oralen ungeschützten Geschlechtsverkehr, der nur von fast 60% der Befragten als risikoreich eingeschätzt wird.

Auch die Thematisierung der Übertragungswege des HI-Virus erscheint uns aus den genannten Gründen weiterhin notwendig.

Abbildung 14: **Übertragungswege HIV**



Begründungen der Antworten auf die Frage: Ist HIV für Sie ein Thema bezüglich Ihrer Arbeit?

Einrichtungsnummer / Bewohner pro Einrichtung / konfessionelle Bindung	Ist HIV ein Thema?	Begründung
1 10-32 ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)	ja keine Angabe ja nein	<ul style="list-style-type: none"> • weil geistig Behinderte auch schnell ausgenutzt werden, oft keine Verhütung bei sich haben, es auch nicht immer ernst nehmen; verstehen die volle Tragweite auch oft nicht • jain! es gibt viele festere Beziehungen als man es B. zutraut. Prävention ja, Angst machen nein! • Kontakt mit Körperflüssigkeiten Behinderter ist nicht auszuschließen. Diese wiederum haben verschiedene Möglichkeiten, sich zu infizieren. • z. Z. keine der bekannten Risikogruppen im Haus
4 10 – 32 ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)	ja ja ja ja ja	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung der Heimbewohner in bezug auf heutigen Umgang mit Sexualität (z.B. Partnerwechsel) • richtige Sexualaufklärung der Heimbewohner, in bezug auf gehäuften Partnerschaftswechsel • da es Homosexualität bzw. häufigen Partnerwechsel der geistig behinderten Bewohner im Wohnheim gibt • wegen der Ansteckung • weil es sehr schwierig ist, den Behinderten, die oft den Partner wechseln, die Risiken zu erklären und sie zu entsprechenden Schutzmaßnahmen zu bewegen
5 10 32 gebunden (HIV für die Leitung ein Thema)	ja nein nein nein	<ul style="list-style-type: none"> • Bluttransfusionen; Ansteckungsgefahr • es gibt keine sexuellen Kontakte zu fremden Personen gebunden • ständig unter Aufsicht; keine sexuellen Kontakte zu anderen Personen • vielleicht aus einer falschen Sicherheit, keinerlei Risiko ausgesetzt zu sein
15 10 – 32 ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)	ja ja ja ja	<ul style="list-style-type: none"> • Vorsicht ist gut • Geschlechtsverkehr der Jgdl. • Angst um mein Leben • sexuelle Kontakte außerhalb der Wohnstätte. Vorsicht bei der Wundversorgung.

<p>16 10-32 ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>ja ja ja ja ja ja ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kommen häufig mit Verletzungen der Bewohner in Kontakt • Weil man nicht kontrollieren kann wo und mit wem der Behinderte Kontakt hat • Ausreichend Schutz • Sexualekontakte außerhalb von Partnerschaften finden statt • Ansteckung bei pflegerischen Tätigkeiten ==> Angst • Weil ein Bewohner häufig seine Partner wechselt • Da jederzeit Kontakte außerhalb bestehen können
<p>6 40-58; ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • z. Z. hat meines Wissens kein Heimbewohner AIDS und Kontakte außerhalb des Hauses kommen kaum vor
<p>7 40-58 ungebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>ja ja ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • häufiger Partnerschaftswechsel mit uns unbekannt Personen • Ansteckung unter den Heimbewohnern und Betreuern • Es findet ein mehrmaliger Partnerwechsel unter geistig Behinderten statt
<p>10 40 – 58 gebunden (HIV für die Leitung kein Thema)</p>	<p>nein ja nein nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ich habe noch keinen Geschlechtsverkehr zwischen den Heimbewohnern wahrnehmen können und komme selbst nicht unmittelbar mit dem Blut der Heimbewohner in Kontakt • Infektionsgefahr • weil Behinderte nur wenig Kontakt zur Außenwelt haben • Bewohner haben keinen geschlechtlichen Kontakt zur Außenwelt, bzw. generell geringen Kontakt zur Außenwelt
<p>8 90 – 147 gebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>ja nein ja ja ja ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • da unsere schwerstbehinderten Kinder oft in Kliniken sind • vorhandene sexuelle Beziehungen sind monogam und langjährig • in bezug auf offene Wunden; Sexualität nicht • Homosexualität unter den Heimbewohnern • AIDS ist auch bei Behinderten eine Gefahr, viele können zumal keine dauerhafte Beziehung führen • weil wir mögliche Gefahren erkennen und eben danach auch unsere Pflege ausrichten (was wäre wenn ...)
<p>9 90 – 147 gebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>ja ja nein nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • je nach Verständnis der Behinderten, sollte auch eine Aufklärung durch Betreuer erfolgen • Ansteckungsgefahr • keine sexuellen Kontakte der Bewohner außerhalb • weil es sich vorwiegend um Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre handelt

<p>11 90 – 147 gebunden (HIV für die Leitung kein Thema)</p>	<p>nein ja ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Geschlechtsverkehr außerhalb der Einrichtung • Auch in diesem Bereich ist die Auseinandersetzung sehr entscheidend • Weil die Heimbewohner nicht davor geschützt sind
<p>13 90 – 147 gebunden (HIV für die Leitung kein Thema)</p>	<p>ja ja nein ja ja nein ja ja nein ja ja nein nein ja nein</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Blutentnahme und Rasur • Aufklärung der Behinderten über Promiskuität • die Behinderten unserer Gruppe haben keinen Geschlechtsverkehr, andere Ansteckungsmöglichkeiten bestehen kaum • durch den Umgang mit Injektionsmaterial • Infektionsgefahr bei Blutentnahme • die Behinderung ist so ausgeprägt, daß Geschlechtsverkehr nicht stattfindet • Schutz- und Vorsichtsmaßnahmen gegenüber Heimbewohnern und Personal • es geht alle an • weil wir die Arbeitsschutzmaßnahmen (Blutentnahme) einhalten • Sex. Kontakt der Bewohner zu Fremden • AIDS ist und muß Thema sein. Aufklärung ist notwendig, um eventuelle Infektionen zu verhüten. • weil der direkte Geschlechtsverkehr nur bei sehr wenigen Heimbewohnern praktiziert wird • ich stelle die AIDS Theorie in Frage • Geistigbehinderte hat oft Sex mit fremden Männern • Behinderte haben kaum Möglichkeit sexuellen Verkehrs
<p>14 525 gebunden (HIV für die Leitung ein Thema)</p>	<p>ja nein ja ja ja ja</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung, Anst redizieren, Übernahme von Eigenverantwortung gelebter Sexualität • es sind noch keine Fälle bekannt geworden • wechselnder Geschlechtsverkehr von einzelnen Bewohner • häufiger Partnerwechsel zwischen Behinderten, ungeschützter SEX, Homosexualität • unkontrollierter Sex der Heimbewohner • Heimbewohner haben ja auch Kontakt zu anderen Heimbewohnern, die nicht in unserer WG leben. Man hat keinen Einfluß mit wem sich der / die Heimbewohner / in abgibt

Fazit

Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema MV werden besonders dadurch deutlich, daß weniger als die Hälfte der Befragten ihren diesbezüglichen Standpunkt begründeten.

Die befragten Mitarbeiter taten dies deutlich häufiger als die befragten Mitarbeiterinnen. Wir sehen hier einen Zusammenhang mit den Ergebnissen zur Frage möglicher sexueller Auffälligkeiten (S. 45f.). Es kommt erschwerend zu der sich in den Einrichtungen gerade am Anfang befindlichen, sexualpädagogischen Arbeit hinzu, daß kaum männliche Ansprechpartner für die männlichen Heimbewohner "vorhanden" sind. Genau wie erwachsenenpädagogische Seminare für geistig behinderte Frauen und Männer zum Thema Sexualität mit Anteilen in geschlechtsgetrennten Gruppen mit Kursleitern des gleichen Geschlechts organisiert werden (Müller / Schünemann 1993, 5), wären diesbezügliche Möglichkeiten geschlechtsspezifischer sexualpädagogischer Betreuung unserer Meinung nach auch innerhalb der Einrichtungen sinnvoll.

Auch in dieser Frage konnten die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit päd./ soz. päd. / heilpäd. Berufen ihre Meinung am häufigsten begründen. Besonders Mitarbeiter mit "sonstiger" Berufsausbildung hatten hierbei Schwierigkeiten. Auch konnten wir feststellen, daß älteren Befragten mit krankenschwägerischer Berufsausbildung und älteren Mitarbeiterinnen mit erzieherischer und "sonstiger" Berufsausbildung die Begründung ihrer Meinung zu MV/ AIDS schwerfiel.

Aus fast allen Einrichtungen haben wir Antworten erhalten, die auf die Notwendigkeit der Aufklärung der Heimbewohner zu diesem Thema hinweisen. Dies trifft auch auf die Einrichtungen zu, in denen die Leiter und Leiterinnen keine Veranlassung sehen, HIV / AIDS zurzeit anzusprechen.

Die festgestellten unterschiedlichen Standpunkte verschiedener betreuender Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den jeweiligen Einrichtungen können nicht alleinige Handlungsstrategie im Umgang mit dem Thema HIV / AIDS sein und unterstreichen damit die Forderung einer konzeptgeleiteten Sexualerziehung.

Das relativ häufig angeführte Argument betreuender Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, HIV / AIDS sei kein Thema, da die Bewohner ständig unter Aufsicht sind und keine sexuellen beziehungsweise gar keine Kontakte zur "Außenwelt" bestehen, widerspricht grundsätzlich dem Normalisierungsgedanken und wirft außerdem Bedenken bezüglich einer erwachsenengerechten Betreuung auf. Diese Argumente werden besonders häufig in konfessionell gebundenen Einrichtungen vertreten.

Vorurteile zu HIV und AIDS, die allgemein in der Bevölkerung vorhanden sind, machen sich auch in unserer Untersuchung bemerkbar. Wir meinen damit die Annahme, es wären nur bestimmte Risikogruppen betroffen sowie ein Gefühl der Sicherheit, da zum Beispiel noch keine HIV-Infektionen bekannt geworden sind. Auch häufiger Partnerwechsel oder Kontakte außerhalb von Partnerschaften wurden häufig als Begründungen dafür, daß HIV ein Thema ist, genannt. Die zuletztgenannten Argumente sind auch unserer Meinung nach zutreffend und erfordern, soweit dies bisher nicht erfolgt ist, Aufklärung und Betreuung. Da für eine HIV-Infektion ein ungeschützter sexueller Kontakt genügen kann, und dieser natürlich nicht immer vorhersehbar ist, möchten wir folgendes noch einmal hervorheben: Geistig behinderte Frauen und Männer, die entweder Genitalsexualität praktizieren oder dies wünschen, haben dementsprechend ein Recht auf Aufklärung einschließlich der Vermittlung eines entsprechenden Schutzverhaltens. Hinweise darauf, daß den betroffenen behinderten Frauen und Männern der Gebrauch von Präservativen nahegebracht wird, entnehmen wir den Begründungen aber nur in wenigen Fällen.

Zumindest in einigen Fällen entsteht vielmehr der Eindruck, daß die eigenen Ängste im Vordergrund stehen. Besonders, da die Gefahren für die eigene Person oftmals überbewertet werden und auch diesbezüglich Vorurteile hemmend auf Handlungsintentionen wirken, müssen zu diesem Thema für die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen Möglichkeiten der Informationsgewinnung und Auseinandersetzung gefunden werden. Wenn wir im Zusammenhang mit der Wahrnehmung sexueller Auffälligkeiten (S. 44) den Einfluß der Tabus Behinderung und Sexualität erwähnt haben, so kommt in der Auseinandersetzung mit dem Thema HIV / AIDS erschwerend das Tabu des Todes hinzu.

Dringend erforderlich sind unterstützend zur sexualpädagogischen Begleitung durch die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen unserer Meinung nach erwachsenenpädagogische Seminare für geistig behinderte Menschen.

7.6 Vorstellungen zur Unterstützung der Arbeit

Uns interessierte weiterhin, in welchem Umfang bisher Weiterbildungsveranstaltungen für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen stattgefunden haben. Außerdem wollten wir wissen, wie groß das Interesse der Befragten an Fortbildung zum Thema ist, und ob es Vorstellungen über die Inhalte zukünftiger Veranstaltungen gibt. Eine letzte Frage bezog sich auf die Durchführung von Veranstaltungen zur Sexualaufklärung geistig behinderter Menschen in den Wohneinrichtungen. Die diesbezüglichen Ergebnisse stellen wir im folgenden vor.

- **Haben Sie in den letzten 2-3 Jahren an einer Weiterbildungsveranstaltung zum Thema Sexualpädagogik für Mitarbeiter im Behindertenbereich teilgenommen?**

Aus der folgenden Tabelle ist zu entnehmen, daß weniger als 20% der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (aus acht Einrichtungen) bisher an Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Sexualpädagogik teilgenommen haben.

Tabelle 39: **Teilnahme der Befragten an Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema**

	ja	nein
absolut	26	133
in %	16,4%	83,6%

(n=159)

Die folgende Tabelle zeigt, daß bisher³⁷, in den meisten Fällen nur vereinzelt Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus den einzelnen Einrichtungen an derartigen Veranstaltungen teilgenommen haben.

Tabelle 40: **Teilnahme an Weiterbildungsveranstaltungen zum Thema Sexualpädagogik**

Nr. der Einrichtung	1	4	5	6	8	13	14	16	n
Anzahl d. Teilnehmer/	3	3	1	1	1	5	11	1	26
Anzahl der Befragten pro Einrichtung	5	9	6	4	9	42	14	21	110

- **Würden Sie auch eigene Geldmittel für interessante Weiterbildungen einsetzen?**

Das große Interesse der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen an Fortbildungsveranstaltungen wird durch die Bereitschaft der überwiegenden Mehrheit der Befragten, hierfür auch eigene Geldmittel bereitzustellen, deutlich. Aus der folgenden Tabelle ist weiterhin ersichtlich, daß unter den Befragten mit päd./soz. päd./heilpäd. beziehungsweise erzieherischer Berufsausbildung die Bereitschaft, eigene Geldmittel für Weiterbildungen einzusetzen am stärksten ausgeprägt ist, während dies in den krankenflegerischen und "sonstigen" Berufsgruppen weniger gegeben ist. Besonders gering ist diese Bereitschaft bei den Befragten ausgeprägt, von denen wir keine oder unvollständige persönliche Angaben erhielten.

³⁷ bis auf die Einrichtung Nr. 14, in der 525 Menschen betreut werden; Diese Tatsache bekräftigt den auf S. 77 beschriebenen Eindruck, daß in diesem Großheim die Auseinandersetzung mit dem Thema Sexualität der Bewohner bereits weiter fortgeschritten ist, als in den restlichen Großheimen.

Tabelle 41: **Bereitschaft der Befragten eigene Geldmittel für Weiterbildungen einzusetzen - nach ihren Berufen**

Berufe	absolut (in Prozent)
päd./soz. päd./heilpäd. Berufe (n=13)	12
erzieherische Berufe (n=29)	25
heilerzieherische Berufe (n=24)	19
krankenpflegerische Berufe (n=38)	27
sonstige Berufe (n=25)	16
keine Angaben (n=30)	17
gesamt (n=159)	116 (73 %)

- **Welche drei thematischen Schwerpunkte für Weiterbildungen wären aus Ihrer Sicht besonders interessant?**

Themen für Weiterbildungen äußerten die befragten Mitarbeiter wesentlich häufiger (17 von 21) als die Mitarbeiterinnen (75 von 125). Da vor allem bei den letzteren der Beruf und das Alter in dieser Frage von Bedeutung sind, werden diese Ergebnisse in der folgenden Tabelle dargestellt. Es fällt auf, daß fast alle Mitarbeiterinnen mit päd./ soz. päd./heilpäd. Berufsausbildung, unabhängig vom Alter, für sie interessante Fortbildungsthemen nannten. Den restlichen Mitarbeiterinnen fiel die Äußerung eines Wunsches sichtlich schwerer. Besonders wenige Antworten erhielten wir von Mitarbeiterinnen mit "sonstigen" Berufen, und Befragte, die keine oder unvollständige persönliche Antworten gaben, nannten nur selten Wünsche für Weiterbildungsveranstaltungen. Außerdem fällt auf, daß insgesamt die jüngeren Mitarbeiterinnen häufiger Wünsche äußerten als ihre älteren Kolleginnen.

Tabelle 42: **Die Äußerung von Themenwünschen - nach dem Alter und dem Beruf der befragten Mitarbeiterinnen**

Beruf (n=125)	Alter in Jahren					gesamt (Beruf)
	keine Ang. (n=9)	20-27 (n=26)	28-35 (n=25)	36-45 (n=44)	älter (n=21)	
krankenpfl. B. (n=36)	1 von 1	3 von 7	10 von 13	7 von 11	1 von 4	22
erzieherische B. (n=26)	keine	6 von 6	3 von 4	7 von 11	3 von 5	19
heilerzieh. B. (n=16)	keine	8 von 9	2 von 3	1 von 4	keine	11
päd. (usw.) B. (n= 11)	keine	3 von 4	1 von 1	4 von 4	2 von 2	10
sonstige Berufe (n=22)	keine	keine	1 von 4	6 von 11	3 von 7	10
keine Angaben (n=14)	0 von 8	keine	keine	0 von 3	3 von 3	3
gesamt (Alter)	1	20	17	25	12	75 (60%)

Lesebeispiel: Einer von Einem Befragten mit krankenpflegerischer Berufsausbildung, von dem wir keine Angaben zum Alter erhielten, nannte Themenwünsche für Weiterbildungsveranstaltungen.

Aus den folgenden Tabellen ist zu erkennen, daß uns die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sehr konkrete Vorstellungen zu wichtigen Fortbildungsthemen mitgeteilt haben. Die Antworten auf diese offene Frage haben wir den folgenden neun Kategorien zugeordnet. Die Tabelle 43 zeigt zunächst eine grobe Übersicht aller Wunschthemen, und in den darauf folgenden drei Tabellen werden die ersten drei Themen nochmals in konkreteren Kategorien dargestellt.

Tabelle 43: **Interessante Weiterbildungsschwerpunkte für die Befragten**

Thema:	absolute Nennungen	in % der Fälle
1. Sexualität	53	54,6
2. Medien und Methoden zur Sexualerziehung	43	44,3
3. Sachinformationen zum Thema	37	38,1
4. Sonstiges	11	11,3
5. Schwierigkeiten der Betreuer mit der Sexualität der betreuten Frauen und Männer	10	10,3
6. Erfahrungsaustausch, Studien, Modelle	6	6,2
7. Schaffung notwendiger Rahmenbedingungen	6	6,2
8. Vermittlung von theoretischen Grundlagen	5	5,2
9. Supervision	1	1
gesamt	172	

(n=97)

Mehrfachantworten möglich

Tabelle 44: **1. Sexualität**

Thema	absolute Nennungen	in % der Fälle
Sexuelle Wünsche	22	41,5
Homosexualität	13	24,5
Heirats- und Kinderwunsch	14	26,4
Partnerschaft und Liebe	11	20,8
Selbstbefriedigung	5	9,4
Besonderheiten der Sexualität geistig behinderter Menschen	4	7,5
Prostitution	3	5,7
gesamt	72	

(n=53)

Mehrfachantworten möglich

Tabelle 45: **2. Medien und Methoden zur Sexualerziehung**

Thema	absolute Nennungen	in % der Fälle
Medien und Methoden zur Sexualerziehung	33	75,0
Basale Stimulation	7	15,9
Gesprächsführung	6	13,6
Therapeutische Möglichkeiten	5	11,4
gesamt,	51	

(n=44)

Mehrfachantworten möglich

Tabelle 46: **3. Sachinformationen zum Thema**

Thema:	absolute Nennungen	in % der Fälle
Verhütung	19	51,4
HIV/ AIDS/ Geschlechtskrankheiten	19	51,4
Rechtliche Grundlagen	9	24,3
Drogen	2	5,4
Sterilisation	1	2,7
gesamt	50	

(n=37)

Mehrfachantworten möglich

- **Sollten Ihrer Meinung nach im Heim bzw. Betreuten Wohnen Veranstaltungen zur Sexualaufklärung behinderter Menschen durchgeführt werden?**

In 10 von 15 Einrichtungen sind alle befragten betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Ansicht, daß Veranstaltungen zur Sexualaufklärung geistig behinderter Menschen durchgeführt werden sollten. Sieben Mitarbeiterinnen (einmal keine Angaben zum Geschlecht) aller Berufsgruppen sind der Meinung, daß es entweder nicht sinnvoll oder nicht notwendig ist, diese Veranstaltungen durchzuführen (Tabelle 47).

Tabelle 47: **Veranstaltungen zur Sexualaufklärung geistig behinderter Frauen und Männer in den Wohneinrichtungen**

	ja, auf jeden Fall	ja, das wäre ganz	nein, nicht sinnvoll	nein, nicht notwendig
absolut	71	80	4	4
in %	44,7 %	50,3 %	2,5 %	2,5 %
absolut	151		8	
in %	95 %		5 %	

(n=159)

In dieser einstimmigen Meinung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen kommt unserer Meinung nach deutlich die bisher aufgezeigte Unsicherheit im Umgang mit dem Thema Sexualität der von ihnen betreuten Frauen und Männer zum Ausdruck. Wir hatten in dieser Frage eher zurückhaltende Antworten erwartet³⁸. Zwei Schlußfolgerungen können wir aus diesen Antworten ziehen: Die Notwendigkeit sexualpädagogischer Wissensvermittlung an die geistig behinderten Frauen und Männer wird hiermit ebenso unterstrichen wie die Bedeutung von Angeboten für die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, um diese zu befähigen, selbst sexualpädagogisch tätig werden zu können.

³⁸ Wir vermuteten, daß die Befragten zum einen ein Vertrauensverhältnis zwischen den Bewohnern und sexualpädagogisch tätigen Kursleiterinnen und Kursleitern voraussetzen und zum anderen Erfahrungen im Umgang mit geistig behinderten Menschen für notwendig erachten würden.

8 Befragung geistig behinderter Frauen und Männer

Ausgangspunkt der Erarbeitung des Fragebogens für geistig behinderte Frauen und Männer war unser Anspruch, die Gedanken und Wünsche der betroffenen Menschen in die Untersuchung einfließen zu lassen.

Rückmeldungen der Leiter und Leiterinnen aus den untersuchten Einrichtungen haben gezeigt, daß das gemeinsame Ausfüllen der Fragebögen für die geistig behinderten Menschen und für die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen interessant war und dazu angeregt hat, sich über das Thema zu verständigen. Insofern sehen wir die Fragebögen gewinnbringend eingesetzt, auch wenn wir uns in der Darstellung der Ergebnisse aufgrund methodischer Schwierigkeiten nur auf einige wenige beschränken.

Aus heutiger Sicht stellen wir fest, daß unsere Anrede der behinderten Frauen und Männer mit einem "Du" in den Fragen nicht korrekt war. Auch wenn wir unsere Vorgehensweise im Begleitschreiben begründet haben, konnten wir nicht grundsätzlich davon ausgehen, daß diese Anredeform mit den erwachsenen Frauen und Männern vereinbart war.

Uns ist es nicht möglich, eine zuverlässige Klassifikation des Grades der geistigen Behinderung der Befragten vorzunehmen, da wir es versäumt haben, ein eigenes Testverfahren einzusetzen (Hentschel 1984). Wir haben lediglich nach dem Grad der Behinderung gefragt, und damit traten folgende Probleme auf:

- Obwohl wir die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen darum gebeten haben, den ersten Teil des Fragebogens mit den persönlichen Angaben der Befragten auszufüllen, ist dies oft unvollständig erfolgt.
- Von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wurden verschiedene Klassifikationen der Schwere der Behinderung vorgenommen (beispielsweise: 50%, Deбилität, leichte geistige Behinderung oder Behinderung ersten Grades).
- Es ist nicht nachvollziehbar, welche Maßstäbe die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angesetzt haben beziehungsweise auf welche Informationen sie zurückgegriffen haben, um die Kategorisierung vorzunehmen.

Wir haben uns trotzdem dazu entschlossen, die von uns erhobenen Daten nach einer Systematik von Hartmann-Kreis (1996, 36) zu ordnen. Aus der folgenden Übersicht können wir zumindest entnehmen, daß vor allem geistig behinderte Menschen mit leichter, mittlerer und mehrfacher Behinderung geantwortet haben, während erwartungsgemäß in unsere Untersuchung sehr wenige Menschen mit schwerer Behinderung einbezogen wurden. Angaben zum Alter und zum Geschlecht der Befragten befinden sich im Anhang 1 (Tabelle 7 und 8).

Tabelle 48: **Schwere der Behinderung der Befragten**

Schwere der Behinderung	absolut	in Prozent
leichte geistige Behinderung	45	17,9
mittlere geistige Behinderung	57	22,7
schwere geistige Behinderung	8	3,2
mehrfache Behinderung	23	9,2
keine schwere geistige Behinderung	25	10
unklare Angaben	71	28,3
keine Angaben	22	8,8

Uns geht es in der Auswertung der folgenden drei Fragen darum, einige Vorstellungen und Wünsche der betreuten Frauen und Männer zu Partnerschaft und Liebe darzustellen. Wir sehen dies als Ergänzung der Ergebnisse der Befragung der Leiter und Leiterinnen sowie der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Aus den folgenden vier Tabellen geht der Wunsch der Befragten nach einer Partnerschaft beziehungsweise das Bestehen von Partnerschaften von der überwiegenden Mehrheit der Befragten hervor. Weniger als 7% der betreuten Frauen und Männer sagen, daß sie sich keine Partnerschaft wünschen. Weiterhin haben wir dargestellt, daß der Wunsch nach Partnerschaft in den Einrichtungen der verschiedenen Größenordnungen (Tabelle 50) gleichermaßen besteht. Diese Ergebnisse stehen den erkannten Wünschen der Bewohner durch die betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gegenüber (S. 54).

- **Hast Du einen Freund oder eine Freundin?**

Tabelle 49: **Freundschaft der Befragten - nach dem Geschlecht**

	Frauen (n=109) absolut (in %)	Männer (n=139) absolut (in %)
ja	79 (72,5)	72 (51,8)
nein	27 (24,8)	60 (43,2)
keine Angaben	3 (2,8)	7 (5)

Tabelle 50: **Freundschaften der Bewohner - nach der Einrichtungsgröße**

Bewohner pro Einrichtung	ja (absolut)
10-32	64 von 99
40-58	44 von 71
90-147	27 von 51
525	17 von 19

- **Falls keine Freundschaft vorhanden ist, möchtest Du einen Freund oder eine Freundin haben?**

Tabelle 51: **Wunsch der betreuten Frauen und Männer nach einem Partner**

	Frauen(n=35) absolut	Männer (n=68) absolut
ja	19	47
nein	6	10
keine Angaben	10	11

Tabelle 52: **Wunsch der Bewohner nach einem Partner - nach der Einrichtungsgröße**

Bewohner pro Einrichtung	ja (absolut)
10-32	33 von 37
40-58	19 von 22
90-147	13 von 22
525	1 von 2

- **Wunschwolke: Stell Dir vor, Du hast bei einer guten Fee drei Wünsche frei. Was würdest Du gemeinsam mit Deiner Freundin / Deinem Freund tun?**

In den folgenden zwei Tabellen sind die Antworten der betreuten Frauen und Männer auf diese offene Frage in von uns gebildeten Kategorien dargestellt. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, aber in diesem Zusammenhang auch nicht von Bedeutung, ob es sich hierbei um Wünsche innerhalb bestehender Partnerschaften oder um Wünsche an mögliche Partnerschaften handelt. Ebenso wenig können wir einschätzen, welche der genannten Wünsche wie beispielsweise "miteinander schlafen" und "lieben" dem Sporkenschen Bereich der Genitalsexualität zuzuordnen sind. Es ist anzunehmen, daß in manchen Fällen der Wunsch nach körperlicher Nähe nicht unbedingt diesen Bereich der Sexualität einschließt (Hartmann-Kreis 1996, 63). Das Erkennen der tatsächlichen Bedürfnisse und eine dementsprechend gestaltete sexualpädagogische Begleitung kann nur von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern vor Ort geleistet werden.

Der Wunsch nach einem gemeinsamen Zimmer beziehungsweise einer gemeinsamen Wohnung mit einem Partner oder einer Partnerin wurde³⁹ von einzelnen oder mehreren behinderten Frauen und Männern aus allen Einrichtungen genannt. Demgegenüber steht (S. 16), daß es noch nicht in allen Einrichtungen diese Möglichkeiten gibt.

³⁹ abgesehen von einem Wohnheim, da hier keine Fragebögen von behinderten Frauen und Männern vorliegen

Tabelle 53: **Wünsche der behinderten Frauen und Männer**

Wünsche	absolut	in Prozent
Reisen/ Urlaub	109	50,2
gemeinsam ausgehen/ etwas unternehmen	80	36,9
Sonstiges	72	33,2
gemeinsam wohnen	54	24,9
Treue/ zusammenbleiben	29	13,4
Sex, (miteinander) schlafen, lieben	27	12,4
fernsehen, Musik hören, Bücher ansehen, spielen, unterhalten	23	10,6
heiraten/verloben	18	8,3
Kind/-er	17	7,8
Gesundheit	14	6,5
zärtlich sein, küssen	14	6,5
gemeinsame soziale Kontakte	11	5,1
einkaufen	9	4,1
Harmonie/ Verständnis füreinander	6	2,8
allein sein mit dem Partner oder der Partnerin	5	2,3
romantische Stunden	4	1,8
gemeinsam arbeiten	3	1,4
Ehrlichkeit	1	0,5
gesamt	496	228,6

n=217

Mehrfachantworten möglich

Tabelle 54: **Wünsche der Bewohner - nach Bewohnern pro Einrichtung**

Wünsche	Bewohner pro Einrichtung			
	10-32 absolut (n=95)	40-58 absolut (n=60)	90 – 147 absolut (n=43)	525 absolut (n=19)
Reisen/ Urlaub	48	29	24	8
gemeinsam ausgehen/ etwas unternehmen	37	20	16	7
Sonstiges	24	24	20	4
gemeinsam wohnen	28	10	6	10
Treue / zusammenbleiben	15	5	7	2
Sex, (miteinander) schlafen, lieben	13	7	4	3
fernsehen, Musik hören, Bücher ansehen, spielen, unterhalten	8	7	6	2
heiraten/verloben	11	3	2	2
Kind/-er	9	2	3	3
Gesundheit	3	4	7	0
zärtlich sein, küssen	10	1	2	1
gemeinsame soziale Kontakte	2	6	1	2
einkaufen gehen	5	1	2	1
Harmonie/ Verständnis füreinander	4	0	00	2
allein sein mit dem/der Partner/in	1	2	2	2
romantische Stunden	2	0	1	0
gemeinsam arbeiten	1	1	1	0
Ehrlichkeit	0	0	1	0

n=217

Mehrfachantworten möglich

9 Der Einfluß von konfessioneller Bindung der Einrichtungen auf den Umgang mit der Sexualität der Bewohner

Da die überwiegende Mehrheit der Bewohner⁴⁰ in Einrichtungen betreut werden, die konfessionell gebunden sind und Walter in der Vergangenheit hier einen oftmals repressiven Umgang mit der Sexualität der Bewohner feststellte (S. 13), haben wir unsere Daten auch in dieser Hinsicht geprüft⁴¹. Auf der einen Seite fanden wir zahlreiche Anhaltspunkte dafür, daß diesbezügliche Unterschiede zwischen konfessionell gebundenen und ungebundenen Einrichtungen unbedeutender werden. Insofern läßt sich diese These heute nicht mehr aufrechterhalten. Deutlich wird diese Entwicklung zum Beispiel in den fast identischen Berufen der Leiter und Leiterinnen der untersuchten Einrichtungen (S. 29/30), dem Bedarf an Weiterbildungsveranstaltungen sowie den genannten Themenwünschen durch die Leiter und Leiterinnen und die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Weiterhin zeigt auch die Erarbeitung von mündlich vereinbarten Handlungsrichtlinien und die grundlegende Akzeptanz sexueller Wünsche in allen Einrichtungen diese Entwicklung.

Es wurde in unserer Arbeit aber auf der anderen Seite auch deutlich, daß es besonders einigen dieser Einrichtungen schwerfällt, institutionelle Rahmenbedingungen zu überwinden, die einer emanzipatorischen Sexualerziehung hinderlich gegenüberstehen. Sichtbar wird dies zum Beispiel im Umgang mit HIV und AIDS (S. 23, S. 79f), in der Beschreibung der Mindeststandards von Einrichtungen bezüglich der Sexualität der Bewohner durch die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen (S. 51), in der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch der Bewohner (S. 59f.), und nicht zuletzt in der Formulierung von Problemen im Umgang mit der Sexualität der Bewohner (S. 69).

Die Tatsache, daß die überwiegende Mehrheit der Bewohner in konfessionell gebundenen Einrichtungen betreut wird, ist darauf zurückzuführen, daß es sich hierbei vor allem um Großheime handelt (S. 13). Im Kapitel 5 haben wir auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die sich mit zunehmender Größe der Einrichtungen in bezug auf den Umgang mit der Sexualität der Bewohner ergeben⁴². Deutlich wurde auch, daß vor allem die Leiter und Leiterinnen aus den konfessionell gebundenen Einrichtungen in den baulichen Rahmenbedingungen erhebliche Defizite bezüglich des Umganges mit dem Thema Sexualität sehen (S. 27f).

Diese Ergebnisse und die im Exkurs beschriebene sozialpolitische Entwicklung in Deutschland veranlassen uns zu folgendem Hinweis: Die Entwicklung von Leitbildern, die auch den Umgang mit dem Thema Sexualität der Heimbewohner einschließen, kann als Wettbewerbsvorteil genutzt werden (Kapitel 4). Hierzu sind auch in den Großheimen Instrumente zur Qualitätsentwicklung, die zum Beispiel Einzelfallhilfeplanverfahren⁴³ beinhalten, unverzichtbar.

⁴⁰ in den von uns untersuchten Einrichtungen

⁴¹ Kapitel 5 und 7

⁴² Auch aus diesem Grund läßt sich aus unseren Ergebnissen nicht eindeutig ableiten, ob sich Unterschiede im Umgang mit der Sexualität der Bewohner auf die konfessionelle Bindung oder die Größe der Einrichtungen zurückführen lassen.

⁴³ Ein Beispiel für die Erarbeitung von Einzelfallhilfeplänen ist das "Haisch-Konzept", welches in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe angewendet wird (Halfar/ Glasl 1998, 77).

10 Zusammenfassung und Handlungsansätze: Teil 2

Sexualität geistig behinderter Menschen wird heute in ihrer grundlegenden Bedeutung im Leben eines jeden Menschen von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in allen untersuchten Einrichtungen akzeptiert.

Unsere These, daß in Einrichtungen mit 10-32 Bewohnern die Bedingungen für normalisierte Lebensumstände in bezug auf die Sexualität der betreuten Frauen und Männer am günstigsten sind, wird durch die Ergebnisse der Befragung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bekräftigt. Diesbezügliche Handlungsansätze haben wir im Kapitel 6 dargestellt.

Die durch allgemeine Liberalisierungsprozesse und durch den Normalisierungsgedanken als einem Grundprinzip in der Behindertenarbeit hervorgerufene zunehmende Akzeptanz⁴⁴ der Sexualität behinderter Menschen hat Freiräume geschaffen, die der sexualpädagogischen Begleitung bedürfen. Eine an emanzipatorischer Sexualerziehung orientierte Begleitung wird durch die im folgenden beschriebenen Defizite behindert⁴⁵

Bedingt durch fehlende oder unzureichende fachliche Auseinandersetzung zu grundlegenden Fragen wie Behinderung, Sexualität, Erwachsensein und Sexualerziehung wird das sexualpädagogische Handeln der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen häufig "aus dem Bauch" heraus, von Alltagswissen und somit oftmals durch unreflektierte persönliche Einstellungen bestimmt.

Probleme im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen, die von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern als vorrangig angesehen werden, resultieren zum großen Teil aus der Tatsache, daß die Sexualität der betreuten Frauen und Männer als Thema und Bestandteil der Arbeit akzeptiert ist, aber die fachliche Auseinandersetzung noch am Anfang steht. Ausdruck dafür ist auch, daß ungefähr 1/3 der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen angeben, daß sich die behinderten Menschen verschließen, sie Angst vor unbeabsichtigten und unerwünschten Reaktionen haben, ein unzureichender Gedankenaustausch zwischen den Kollegen stattfindet und sie sich nicht ausreichend ausgebildet fühlen.

Im Buchhandel erschienene Literatur (inklusive Materialien) zum Thema Sexualpädagogik geistig behinderter Menschen ist den betreuenden Mitarbeitern nicht bekannt. Dieser Umstand wird von fast 50% der Befragten als häufigstes Problem im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen benannt.

Auch wir haben Unterschiede in den Einstellungen und Handlungsansätzen der befragten Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der verschiedenen Berufsgruppen festgestellt, die mit früheren Untersuchungen korrespondieren (S. 35f.). Bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit päd./soz.päd./heilpäd. Berufsausbildung stellten wir häufiger einen liberalen Umgang mit der Sexualität der betreuten Frauen und Männer fest.

⁴⁴ im Vergleich mit früheren Untersuchungen

⁴⁵ neben den im Kapitel 6 beschriebenen Schlussfolgerungen

Auch fällt auf, daß vor allem diese Befragten ihren Standpunkt bezüglich HIV / AIDS (S. 73f.) begründen konnten und konkrete Vorstellungen über notwendige Weiterbildungsthemen formulierten. Die Meinung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen mit krankenpflegerischer, erzieherischer und "sonstiger" Berufsausbildung war dagegen eher von Vorurteilen und Unsicherheiten geprägt, verbunden mit einem weniger toleranten Umgang mit der Sexualität der betreuten Frauen und Männer. Diesbezügliche Unsicherheiten wurden besonders bei Befragten mit "sonstiger" Berufsausbildung dadurch deutlich, daß es ihnen zum Beispiel schwerfiel, wichtige Weiterbildungsthemen zu benennen. Außerdem ist die Bereitschaft, eigene Geldmittel für Weiterbildungen bereitzustellen, gerade bei diesen Befragten (neben denjenigen ohne Angaben zum Beruf) am wenigsten ausgeprägt.

Der im Kapitel 5 durch die Leiter und Leiterinnen festgestellte hohe Bedarf an sexualpädagogischer Fortbildung, für den keine entsprechenden Angebote in M-V bereitstehen, wird durch die Ergebnisse der Befragung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bekräftigt. Unmittelbar hiermit verbunden ist die Notwendigkeit der Erarbeitung schriftlicher sexualpädagogischer Konzeptionen in den einzelnen Einrichtungen. Ebenso sind erwachsenenpädagogische Fortbildungsveranstaltungen für Frauen und Männer mit geistiger Behinderung eine Grundvoraussetzung, um den Anforderungen einer emanzipatorischen Sexualerziehung gerecht werden zu können. Regelmäßige Angebote dieser Art sind uns in M-V nicht bekannt. Neben diesen Bildungsangeboten muß die tägliche sexualpädagogische Begleitung aber auch weiterhin von den betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern geleistet werden. Durch die fundamentale Bedeutung von Sexualität für jeden behinderten und nichtbehinderten Menschen wird sexualpädagogisches Handeln nicht allein durch Wissen bestimmt, sondern hat eine starke affektive Komponente und ist Resultat eines individuellen lebenslangen Lernprozesses. Weiterbildungsveranstaltungen zur Reflexion von Einstellungen zur eigenen Sexualität können im oder außerhalb des Mitarbeiterkreises durchgeführt werden, wobei Praxiserfahrungen zufolge die zuletzt genannte Variante (Bundesvereinigung Lebenshilfe 1995, 16) vorzuziehen ist⁴⁶. Ziel dieser Weiterbildungsangebote muß es neben der Vermittlung von Fachwissen demzufolge sein, persönliche sexualpädagogische Fähigkeiten der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen bewußtzumachen und zu stärken.

Sexualerziehung ist immer auch mit dem Ziel der Annahme der männlichen beziehungsweise weiblichen Geschlechterrolle durch die geistig behinderten Frauen beziehungsweise Männer verbunden. Diese Aufgabe wird in den Einrichtungen durch das zahlenmäßige Verhältnis von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erschwert. Daß Unterschiede in der Sichtweise von betreuenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bestehen, haben wir ansatzweise herausgearbeitet. Uns kommt es darauf an, daß zum einen wertvolle geschlechtsspezifische Unterschiede bewußt positiv genutzt werden sollten. Zum anderen ist es zumindest eine Überlegung wert, ob bei Neueinstellungen verstärkt männliche Bewerber mit vergleichbarer Eignung berücksichtigt werden sollten.

⁴⁶ Ebenso sollten an Bildungsangeboten für geistig behinderte Frauen und Männer zum Thema Sexualität nur wenige oder einzelne Bewohner ein und derselben Wohneinheit beziehungsweise Wohneinrichtung teilnehmen.

Um die bisher genannten Aufgaben erfüllen zu können, empfiehlt sich in den Einrichtungen der Einsatz von Instrumenten zur Qualitätsentwicklung⁴⁷, verbunden mit der Entwicklung eines entsprechenden Leitbildes⁴⁸ der einzelnen Einrichtungen als Orientierungsrahmen für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einerseits und zur Darstellung der Einrichtung nach außen andererseits.

Zusammengefaßt bestehen die vorrangigen Aufgaben in ambulanten und stationären Einrichtungen, in denen geistig behinderte Frauen und Männer betreut werden, darin, in den einzelnen Wohneinrichtungen schriftliche sexualpädagogische Handlungskonzeptionen zu entwickeln, die eine kontinuierliche Fortbildung der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ebenso beinhalten wie die Entwicklung erwachsenenpädagogischer Bildungsangebote für geistig behinderte Frauen und Männer.

Das MAT in seiner derzeitigen Ausstattung an personellen und fachlichen Ressourcen kann hier nur einen geringen Anteil der Arbeit gewährleisten. Möglich sind in begrenztem Umfang⁴⁹ Grundlagenseminare zu Sexualität, HIV und AIDS.

Der Standpunkt des MATs als Knotenpunkt für die Entwicklung von Hilfs- und Unterstützungsangeboten zum Thema Sexualität geistig behinderter Frauen und Männer bietet sich aus verschiedenen Gründen an. Zum einen können die Erfahrungen des Teams auf dem Gebiet Sexualaufklärung und EW/ AIDS Prävention mit Multiplikatoren, Endverbrauchern (Schüler und Schülerinnen, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Berufstätigen in pflegenden Tätigkeitsfeldern) genutzt werden. Auf der anderen Seite hat das MAT während seiner bisherigen Tätigkeit ein Netzwerk mit erfahrenen Partnern auf dem Gebiet der Sexualaufklärung und HIV/ AIDS Prävention aufgebaut.

⁴⁷ Einige wenige wurden bereits in dieser Arbeit erwähnt: Das Instrument zur Qualitätsentwicklung: LEWO oder die Veröffentlichung von Hartmann-Kreis (1996) unter dem Titel *Qualitätsentwicklung in der Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung. Materialien zur Einführung*. Weiterhin erfolgte bereits ein Hinweis auf das "Haisch-Konzept" (Halfar/ Glasl 1998, 77).

⁴⁸ daß den Umgang mit der Sexualität der behinderten Bewohner einschließt

⁴⁹ da das MAT durch die derzeitige Nachfrage an Weiterbildungsveranstaltungen für Multiplikatoren und Endverbraucher kaum über freie Terminkapazitäten verfügt

Auch die ersten Erfahrungen des MATs aus Veranstaltungen zu Sexualität und AIDS für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von geistig behinderten Menschen sowie erste Veranstaltungen mit geistig- und sinnesbehinderten Menschen zeigen, daß sich die grundlegenden Probleme und die sich daraus ergebenden Aufgaben nicht wesentlich von denen der restlichen Klientel des MATs unterscheiden⁵⁰. Auch die Aussagen einer Arbeitsgruppe: Sexualität und geistige Behinderung während eines Workshops zur Sexualität geistig behinderter Menschen⁵¹ bestätigten die Ergebnisse unserer Untersuchung in Hinsicht auf die grundlegende Akzeptanz der Sexualität der betreuten Menschen, auf begriffliche Unsicherheiten und fehlende Handlungsstrategien in den Einrichtungen. Deutlich wurde in allen bisher stattgefundenen Veranstaltungen das Interesse an weiterführenden Angeboten.

Wir sehen einen entscheidenden Vorteil, der für die Umsetzung des Normalisierungsgedankens nicht ungenutzt bleiben sollte. Durch die beschriebenen Kontakte und Erfahrungen können Veranstaltungen für Multiplikatoren und geistig behinderte Menschen entwickelt werden, die eingebunden sind in Angebote für andere benachteiligte Gruppen und die Allgemeinheit. Damit kann einer nach wie vor bestehenden Abgrenzung entgegenwirkt, wertvolle Kontakte für geistig behinderte Frauen und Männer geknüpft, und somit die Akzeptanz geistig behinderter Menschen durch nichtbehinderte Menschen gefördert werden.

Um in M-V eine den beschriebenen Erfordernissen angemessene Angebotsstruktur zu entwickeln, stellen wir hier die wichtigsten Ziele eines geeigneten Modellprojektes: *Qualitätsentwicklung im Umgang mit der Sexualität geistig behinderter Frauen und Männer in ambulanten und stationären Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe in M-V* dar. Dieses Projekt ist unserer Meinung nach in einer Laufzeit von drei Jahren und durch die Schaffung einer zusätzlichen Stelle im MAT realisierbar. Grundsätzliche Inhalte und Ziele sollten sein:

- Angebote zur fachlichen Begleitung während des Prozesses der Erarbeitung schriftlicher sexualpädagogischer Konzeptionen in den einzelnen Einrichtungen.
- Organisation von Veranstaltungen für betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zur Vermittlung von sexualpädagogischem Wissen und zur Reflexion von Einstellungen und Handlungsansätzen. Entwicklung von Veranstaltungen innerhalb und außerhalb des Mitarbeiterkreises.
- Zusammenstellung und Herstellung von Medien und Materialien zur Sexualaufklärung geistig behinderter Frauen und Männer.

⁵⁰ Unterschiede ergeben sich aus den auf der Seite 4 beschriebenen Faktoren.

⁵¹ innerhalb einer Veranstaltung für Multiplikatoren in der Jugendarbeit

- Aufbau eines Netzwerkes von Ansprechpartnern für geistig behinderte Frauen und Männer in Fragen zu Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch.
- Gewinnung von erfahrenen Fachkräften in der Betreuung geistig behinderter Menschen in M-V mit dem Ziel, der Planung und dem Aufbau von erwachsenenpädagogischen Fortbildungsangeboten für geistig behinderte Menschen.

Die Finanzierung des dargestellten Projektes ist durch eine Mischfinanzierung möglich. Ein detaillierter Finanzierungsplan soll nicht Bestandteil dieser Arbeit sein, wird aber im Bedarfsfall durch die Sozialakademie M-V als Projektträger des MATs erstellt. Es ist zu beachten, daß das Problem der Doppelfinanzierung durch eine übersichtliche Darstellung aller geplanten Finanzierungsquellen für alle beteiligten Finanzierungsträger ausgeschlossen wird (Halfar 1998). Wir wollen hier lediglich verschiedene Finanzierungsquellen und -wege aufzeigen.

Angestrebt wird eine anteilsfinanzierte Projektförderung durch das Land M-V, die im Sozialministerium M-V beziehungsweise durch Strukturänderungen des Landtages M-V nach der Wahl 1998, im Ministerium für Arbeit und Bau⁵² beantragt werden kann. Angesichts der praktisch nicht vorhandenen Angebotsstruktur ist eine Förderung durch das Land unserer Meinung nach dringend erforderlich und kann demnach⁵³ wie bereits im vorangegangenen Projekt (S. 1) über Zuwendungen nach § 23 und § 44 LHO bewilligt werden. Um für den Finanzierungsträger eine ergebnisorientierte Finanzierung abzusichern, wäre es denkbar, die Teilfinanzierung des Projektes über Zuwendungen auf den Zeitraum von zwei Jahren zu begrenzen und im verbliebenen Jahr Kostensätze für Teilnehmer zu finanzieren. Aufgrund des bereits signalisierten Interesses der Bundesanstalt für gesundheitliche Aufklärung halten wir weiterhin die Finanzierung einer wissenschaftlichen Begleitung nach § 23 und § 44 BHO für realisierbar.

Da infolge der heutigen öffentlichen Finanzsituation die Fähigkeit eines Trägers sozialer Arbeit, Eigenmittel zu erwirtschaften, eine immer größere Rolle spielt, müssen weitere Finanzierungsquellen gefunden werden. Die Sozialakademie M-V muß den sich ergebenden Eigenanteil durch Teilnehmerbeträge, welche durch die Einrichtungsträger⁵⁴, durch betreuende Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen⁵⁵ und durch geistig behinderte Teilnehmer⁵⁶ getragen werden, und durch Sponsoringaktivitäten beziehungsweise über die Werbung um Stiftungsgelder erwirtschaften.

⁵² Förderprogramm AQ M-V (Arbeit und Qualifizierung)

⁵³ da hiermit öffentliche Aufgaben im klar definierten Sinne erfüllt werden, die ansonsten nicht beziehungsweise in nicht ausreichendem Maße erfüllt werden würden

⁵⁴ diese haben die Möglichkeit, Kosten für Weiterbildungen der betreuenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen über Pflegesätze einzufordern

⁵⁵ Die Bereitschaft hierzu ist größtenteils vorhanden (S. 86).

⁵⁶ Neben privaten Mitteln der Teilnehmer ist es hier möglich, Finanzierungsmöglichkeiten der Versicherungsanstalten im Rahmen der Gesundheitsförderung zu prüfen.

Ein Sponsoringkonzept kann durch die Sozialakademie M-V erarbeitet werden. Mögliche Ansprechpartner sind hier Hersteller von Verhütungsmitteln, die Bosch-Stiftung und die Stiftung Aktion Sorgenkind. Weitere Finanzierungsmöglichkeiten wie zum Beispiel die Nutzung europäischer Förderprogramme erscheinen uns für ein derart kleines Projekt durch den relativ großen Aufwand des Antragsverfahrens in diesem Fall nicht realistisch.

Die in unserer Arbeit beschriebenen Ergebnisse sowie Vorschläge für Arbeitshilfen für die Einrichtungen und mögliche Wege (einschließlich der Finanzierung) der Realisierung des beschriebenen Projektes werden das Thema eines Workshops am 25.03.1999 mit Leiterinnen und Leitern sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Einrichtungen der Behindertenhilfe in M-V sein und damit auf ihre Praktikabilität geprüft werden.

Literatur

- Arnold, Ulli: *Typologie sozialwirtschaftlicher Organisationen*. In: Arnold, Ulli/ Maelicke, Bernd (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden 1998. S. 235-245
- Bank-Mikkelsen, Nils/ Berg, Elith: *Das dänische Verständnis von Normalisierung und seine Umsetzung in ein System von Hilfs- und Pflegediensten zur Integration*. In: Vereinigung Integrationsförderung e.V. (Hrsg.): *Behindernde Hilfe oder Selbstbestimmung der Behinderten*. München 1982, S. 108-113
- Bechtold, Andreas: *Gedanken zur Gestaltung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen*. In: Boeker, Wolfgang/ Breuner, Hans-Dieter (Hrsg.): *Geistigbehinderte in psychiatrischen Kliniken. Neue Tendenzen und Konzepte*. Bern 1990, S. 23-34
- Beck, Iris: *Norm, Interaktion, Identität: Zur theoretischen Rekonstruktion und Begründung eines pädagogischen und sozialen Reformprozesses*. In: Beck, Iris/ Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): *Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes*. Heidelberg 1996. S. 19-43
- Beck, Iris/ Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): *Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes*. Heidelberg 1996.
- Benninghaus, Hans: *Einführung in die sozialwissenschaftliche Datenanalyse*. München, Wien, Oldenbourg 1996⁴
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *"Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in Einrichtungen" – MUG II.1. Zwischenbericht*. Tübingen 1994.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Heimstatistik, Stand: 6/95*.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V.: *Grundsatzprogramm*, Marburg 1990.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V. (Hrsg.): *Errichtung und Führung von Wohnstätten für geistig Behinderte - Eine Empfehlung der Bundesvereinigung Lebenshilfe*. Marburg 1988.
- Diekmann, Andreas: *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Reinbek bei Hamburg 1995.
- Dittli, Daniela/ Furrer, Hans: *Freundschaft - Liebe - Sexualität: Grundlagen und Praxisbeispiele für die Arbeit mit geistig behinderten Frauen und Männern*. Luzern 1996²

- Erikson, **Erik** Homburger: *Identität und Lebenszyklus*. Frankfurt (Main) 1981.
- Erikson, Erik Homburger: *Kindheit und Gesellschaft*. Stuttgart 1968³
- Frey, Birgit: *Zwischen Markt- und Staatsversagen - Die Dritte-Sektor - Forschung im Überblick*. In: Arnold, Ulli/ Maelicke, Bernd (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden 1998. S. 80-94
- Hahn, Martin: *Pädagogische Ansätze - Überlegungen zur Sexualpädagogik bei Menschen mit Geistigbehinderung*. In: Walter, Joachim (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg 1996⁴.
- Halfar, Bernd: *Finanzierung sozialer Dienste*. In: Arnold, Ulli/ Maelicke, Bernd (Hrsg.): *Lehrbuch der Sozialwirtschaft*. Baden-Baden 1998. S. 402-442
- Halfar, Bernd/ Glasl, Barbara: *Wissenschaftliche Studie zur Behindertenplanung der Hansestadt Rostock*. 1998.
- Hartmann-Kreis, Stefan: *Qualitätsentwicklung in der Betreuung Erwachsener mit geistiger Behinderung. Materialien zur Einführung*. Luzern 1996.
- Hentschel, Michael: *Das Sexualwissen geistig behinderter Erwachsener und ihre Einstellung zur Sexualität*. In: Hentschel, Michael/ Rüschoff, Josef/ Schiffmann, Jan-Holger: *Geistig Behinderte und deren Sexualität*. Gießen 1984.
- Hoyler-Hermann, Annerose/ Walter, Joachim: *Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistig behinderte Erwachsene und ihre Bezugspersonen*. Heidelberg 1994³ .
- Hupasch-Labohm, Monika/ Meyners, Christel: *Familientlastende Dienste (FED) Zwischen Alltagsorientierung und Pflegeversicherung*. In: Beck, Iris/ Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): *Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes*. Heidelberg 1996. S. 116-130
- Krüger, Michael/ Schneider, Dietrich: *Probleme der Inklusion Behinderter am Beispiel des Funktionssystems Intimität*. Diplomarbeit im Fachbereich Soziale Arbeit der Fachhochschule Neubrandenburg. Neubrandenburg 1995.
- Lempp, Reinhart: *Pubertät und Adoleszenz beim geistigbehinderten Menschen*. In: Walter, Joachim (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung*. Heidelberg 1996⁴ .
- Müller, Dieter/ Schünemann, Ute: *Körper und Sexualität. Erwachsenenbildung für Menschen mit geistiger Behinderung und Fortbildung für Fachpersonal*. In: *Zeitschrift "Geistige Behinderung"* 2/93, Marburg 1993. S. 1-25 (Heftmitte)

- Neuhäuser; Gerhard/ Hentschel, Michael/ Rüschoff, Josef/ Schiffmann, Jan-Holger: *Geistige Behinderung und Sexualität. In: Zeitschrift " Geistige Behinderung" 3/86, Marburg 1986. S.184-193*
- Nirje, Bengt: *Das Normalisierungsprinzip - 25 Jahre danach. In: Viertel-Jahres-Zeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 1/ 1994, S. 12-32*
- Robert-Koch-Institut (RKI), AIDS-Zentrum: *AIDS I HIV Quartalsbericht IV 1998.*
- Schiller, Burkhard: *Die Umsetzung des Normalisierungsprinzips - 10 Jahre danach. In: Beck, Iris/ Düe, Willi/ Wieland, Heinz (Hrsg.): Normalisierung: Behindertenpädagogische und sozialpolitische Perspektiven eines Reformkonzeptes. Heidelberg 1996.*
- Schwarte, Norbert/ Oberste-Ufer, Ralf. *LEWO. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung. 07/1997.*
- Speck, Otto: *Menschen mit geistiger Behinderung und ihre Erziehung. Ein Heilpädagogisches Lehrbuch. München/ Basel 1990⁶.*
- Sporken, Paul: *Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität. Düsseldorf 1974.*
- Theunissen, Georg: *Heilpädagogik im Umbruch. Über Bildung, Erziehung und Therapie bei geistiger Behinderung. Freiburg im Breisgau 1993.*
- Thimm, Walter: *Das Normalisierungsprinzip - Eine Einführung. Marburg 1995⁶ .*
- Thimm, Walter (u.a.): *Ein Leben so normal wie möglich führen ... Zum Normalisierungskonzept in der Bundesrepublik Deutschland und in Dänemark. Marburg 1985.*
- Walter, Joachim (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg 1996⁴ .*
- Walter, Joachim: *Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg 1996⁴.S. 160-173*
- Walter, Joachim: *AIDS - Ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung. In: Zeitschrift „Geistige Behinderung" 3/89, Marburg 1989, S. 182ff.*
- Walter, Joachim/ Hoyler-Hermann, Annerose: *Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen: Biographische Interviews. Heidelberg 1987.*

- Walter, Joachim: *Zur Sexualität Geistigbehinderter. Die Einstellungen der Mitarbeiter als Bedingungsrahmen zur Unterdrückung oder Normalisierung in Behinderteneinrichtungen.* Rheinstätten 1980.
- Wolfensberger, W./Thomas, S.: *PASSING. Program Analysis of services Systems' Implementation of Normalization Goals.* Downsview 1980.
- Wohlhüter, Herbert: *Vom Erwachsenwerden des geistigbehinderten Menschen.* In: Walter, Joachim (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung.* Heidelberg 1996⁴. S. 187-194
- Wunder, Michael: *Umgang mit dem Problem "Aids " im Zusammenleben geistig behinderter Menschen.* In: Walter, Joachim (Hrsg.): *Sexualität und geistige Behinderung.* Heidelberg 1996⁴. S. 409-412
- Wunder, Michael: *Die historische Dimension des neuen Sterilisationsgesetzes.* In: Mohr, Jürgen/ Schubert, Christoph (Hrsg.): *Partnerschaft und Sexualität bei Geistiger Behinderung.* Berlin, Heidelberg, u.a. 1991. S. 59-67

Anhang 1

Tabelle 1: **Akzeptanz des Heiratswunsches der Bewohner - nach dem Alter der Befragten und ihrer Tätigkeit in Einrichtungen unterschiedlicher Größen**

Alter (n=154)	Bewohner pro Einrichtung				
	10-32 (n=44)	40-58 (n=19)	90-147 (n=77)	525 (n= 14)	gesamt (Alter)
keine Angaben (n=23)	1 von 1	0 von 1	19 von 21	keine	20
20-27 Jahre (n=31)	4 von 7	0 von 3	12 von 19	2 von 2	18
28-35 Jahre (n=31)	10 von 10	3 von 4	10 von 12	2 von 5	25
36-45 Jahre (n=43)	14 von 17	4 von 9	5 von 12	1 von 5	24
älter (n=26)	4 von 9	1 von 2	7 von 13	2 von 2	14
gesamt (Bewohner)	33	8	53	7	101 (65,6)

Angaben in absoluten Zahlen (Prozentangaben); Lesebeispiel: 4 von 7 Befragten im Alter zwischen 20 und 27 Jahren, die in Einrichtungen tätig sind, in denen 10-32 behinderte Menschen betreut werden akzeptieren den Heiratswunsch der Bewohner.

Tabelle 2: **Verteilung der Befragten unterschiedlicher Berufsgruppen - nach der konfessionellen Bindung der Einrichtungen**

Berufe	Einrichtungen konfessionell gebunden	
	ja (n= 112)	nein (n=48)
keine Angaben	28 (25%)	2 (4,2%)
krankenpflegerische Berufe	32 (28,6%)	6 (12,5%)
erzieherische Berufe	13 (11,6%)	16 (33,3%)
heilerzieherische Berufe	16 (14,3%)	8 (16,7%)
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe (6,3%)	7 (6,3%)	6 (12,5%)
sonstige Berufe	16 (14,3%)	10 (20,8%)

Angaben in absoluten Zahlen (in Klammern Prozentangaben)

Begründung der Meinung, ob HIV ein Thema, bezogen auf die Arbeit ist:

Tabelle 3: - nach dem Geschlecht

Geschlecht	Begründung absolut
Frauen	50 von 120
Männer	13 von 20

Tabelle 4: - nach den Berufen der Mitarbeiter

Berufe der Mitarbeiter	Begründung absolut
keine Angaben (n=2)	1
krankenpflegerische Berufe (n=2)	0 (älter als 45 J.)
erzieherische Berufe (n=3)	3
heilerzieherische Berufe (n=7)	5
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe (n=2)	2
sonstige (n=4)	2

Tabelle 5: - nach den Berufen der Mitarbeiterinnen

Berufe der Mitarbeiterinnen	Begründung absolut
keine Angaben (n= 14)	0
krankenpflegerische Berufe (n=35)	16
erzieherische Berufe (n=26)	12
heilerzieherische Berufe (n=15)	9
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe (n=9)	7
sonstige Berufe (n=21)	6

Tabelle 6: - nach dem Alter und dem Beruf der Mitarbeiterinnen

Beruf (Frauen)	Alter (Frauen)			
	20-27 Jahre (n=26)	28-35 Jahre (n=25)	36-45 Jahre (n=42)	älter (n=19)
keine Angaben (n=14)	keine	keine	0 von 3	0 von 3
krankenpflegerische Berufe (n=35)	4 von 7	6 von 13	5 von 11	1 von 4
erzieherische Berufe (n=26)	4 von 6	1 von 4	6 von 11	1 von 5
heilerzieherische Berufe (n=15)	5 von 9	3 von 3	1 von 3	keine
päd./soz.päd./heilpäd. Berufe (n=9)	3 von 4	1 von 1	2 von 3	1 von 1
andere (n=21)	keine	1 von 4	4 von 11	1 von 6
Gesamt (Alter)	16	12	18	4

Tabelle 7: Alter der befragten behinderten Menschen

Alter	absolut	in Prozent
keine Angaben	4	1,6
11- 14 Jahre	5	2,0
15-18 Jahre	13	5,2
19-27 Jahre	59	23,5
28-35 Jahre	57	22,7
36-50 Jahre	90	35,9
älter	23	9,2

n=251

Tabelle 8: Geschlecht der befragten behinderten Menschen

Geschlecht	absolut	in Prozent
keine Angaben	2	0,8
männlich	140	55,8
weiblich	109	43,4

n=251

Erklärung

Hiermit versichere ich, die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben.