

Walter, Joachim

Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 51 (2002) 8, S. 587-597

urn:nbn:de:bsz-psydok-43930

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de

Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Berns, I.: Tiefenpsychologisch fundierte und psychoanalytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (Psychotherapy and/or psychoanalysis with children and adolescents: Aspects contributed by a German therapist treating children and adolescents)	39
Bonney, H.: Unsichtbare Väter: Kindliche Entwicklung und Familiendynamik nach heterologer Insemination (DI) (Invisible fathers: Child development and family dynamics after heterologues insemination (DI))	118
Borowski, D.: Tiefenpsychologisch-fundierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter aus der Sicht des Gutachters (Depth psychologically founded psychotherapy with children and adolescents from the point of the reviewer)	49
Branik, E.: Störungen des Sozialverhaltens – Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie (Conduct disorders – Therapeutical possibilities and limits of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry)	533
Bräutigam, B.; Schnitker, A.: „Es paßt nichts mehr rein“ – Kasuistik einer eßgestörten kurdischen Jugendlichen vor dem familiären Hintergrund politischer Verfolgung (“There isn’t room for anything more” – The casuistry of a Kurdish adolescent before the family background of political persecution)	559
Fagg, M.: Beverly Lewis House – Bericht über den Aufbau einer Zufluchtseinrichtung für von Mißbrauchserfahrungen betroffene Frauen mit Lernschwierigkeiten (Beverly Lewis House – Setting up a safe house for women with learning disabilities who have experienced abuse)	653
Frölich, J.; Döpfner, M.; Biegert, H.; Lehmkuhl, G.: Praxis des pädagogischen Umgangs von Lehrern mit hyperkinetisch-aufmerksamkeitsgestörten Kindern im Schulunterricht (Teacher training in the management of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder)	494
Gensecke, J.; Bauer, A.; Scheder-Bieschin, F.; Lehmkuhl, U.: Drogenkonsum und psychische Störungen bei Jugendlichen mit Straßenkarrieren (Drug usage and psychiatric disorders in street youths)	385
Meng, H.; Bilke, O.; Braun-Scharm, H.; Zarotti, G.; Bürgin, D.: Zur Indikation einer stationären jugendpsychiatrischen Behandlung (About the indication for in-patient adolescent psychiatric treatment)	546
Meng, H.; Bürgin, D.: Soll eine Jugendpsychiatrische Klinik offen geführt werden? – Erste Auswertung von sieben Jahren Erfahrung (Should a psychiatric inpatient treatment of adolescents take place in an open ward? Data from seven years of experience)	373
Pfleiderer, B.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Depth psychologically founded psychotherapy for children and adolescents) . . .	31

Originalarbeiten / Original Articles

Boeger, A.; Mülders, S.; Mohn, A.: Aspekte des Körperbildes bei körperbehinderten Jugendlichen (Body image of physically handicapped adolescents)	165
Bohlen, G.: Die Erhebung der Selbstwirksamkeit in einer dyadischen Konfliktgesprächssituation zwischen Mutter und Kind an einer Erziehungsberatungsstelle (Measurement	

of self-efficacy in a controversial debating of a mother-child-dyad at a child guidance centre)	341
Brettel, H.; Poustka, F.: Häufungen abnormer psychosozialer Umstände bei jugendlichen Straftätern mit Beeinträchtigungen der Schuldfähigkeit (Accumulation of associated abnormal psychosocial situations in young delinquents with attenuation of penal responsibility)	523
Buddeberg-Fischer, B.; Klaghofer, R.: Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz (Development of body image in adolescence)	697
Di Gallo, A.; Amsler, F.; Bürgin, D.: Behandlungsabbrüche in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanz in Basel: eine Evaluation im Rahmen der Qualitätssicherung (Dropping-out at a child psychiatry outpatient clinic in Basel: An evaluation for quality control)	92
Distler, S.: Behandlungsmotivation, Behandlungszufriedenheit und Lebensqualität aus der Sicht der Eltern an einer kinderpsychiatrischen Einrichtung – ein Beitrag zur Qualitätssicherung (Treatment motivation, treatment satisfaction, and the assessment of life quality in the view of parents in child psychiatry – A contribution to quality assurance) . . .	711
Flechtner, H.; Möller, K.; Kranendonk, S.; Luther, S.; Lehmkuhl, G.: Zur subjektiven Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen: Entwicklung und Validierung eines neuen Erhebungsinstruments (The subjective quality of life of children and adolescents with psychic disturbances: Development and validation of a new assessment tool)	77
Frölich, J.; Döpfner, M.; Berner, W.; Lehmkuhl, G.: Behandlungseffekte kombinierter kognitiver Verhaltenstherapie mit Elternt raining bei hyperkinetischen Kindern (Combined cognitive behavioral treatment with parent management training in ADHD)	476
Haffner, J.; Esther, C.; Münch, H.; Parzer, P.; Raue, B.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten im Einschulungsalter aus elterlicher Perspektive – Ergebnisse zu Prävalenz und Risikofaktoren in einer epidemiologischen Studie (Parent-reported problems of six year old pre-school children – Prevalence and risk factors in an epidemiological study)	675
Huss, M.; Völger, M.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Diagnosis Related Groups (DRG) in der Kinder- und Jugendpsychiatrie: Ergebnisse einer prospektiven Studie (Diagnosis related groups (DRG) in child and adolescent psychiatry: A prospective pilot study)	239
Kaltenborn, E.-K.: „Ich versuchte, so ungezogen wie möglich zu sein“ – Fallgeschichten mit autobiographischen Niederschriften: die Beziehung zum umgangsberechtigten Elternteil während der Kindheit in der Rückerinnerung von jungen Erwachsenen (“I tried to be as naughty as possible.” Case histories based on autobiographical narratives: the relationship with the non-residential parent during childhood remembered by young adults)	254
Ochs, M.; Seemann, H.; Franck, G.; Verres, R.; Schweitzer, J.: Familiäre Körperkonzepte und Krankheitsattributionen bei primären Kopfschmerzen im Kindes- und Jugendalter (Family body concepts and family illness attributions in primary headache in childhood and adolescence)	209
Roth, M.: Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl (Gender differences in the adolescent’s body image and their relevance for general selfesteem)	150
Rudolph, H.; Petermann, F.; Laß-Lentzsch, A.; Warnken, A.; Hampel, P.: Streßverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen mit Krebs (Coping in children and adolescents with cancer)	329
Salbach, H.; Huss, M.; Lehmkuhl, U.: Impulsivität bei Kindern mit Hyperkinetischem Syndrom (Impulsivity in ADHD children)	466

Schepker, R.: Jugendpsychiatrische Suchtstationen – notwendig und sinnvoll? Behandlungsverläufe von jugendpsychiatrischer Behandlung und Rehabilitationsbehandlung für jugendliche Drogenabhängige (Is there a need for a separate juvenile drug treatment system? Course of treatment in an adolescent psychiatry and a rehabilitation unit with adolescent drug addicts)	721
Schleiffer, R.; Müller, S.: Die Bindungsrepräsentation von Jugendlichen in Heimerziehung (Attachment representation of adolescents in residential care)	747
Siniatchik, M.; Gerber, W.-D.: Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne (The role of the family in the development of neurophysiological abnormalities in children suffering from migraine)	194
Waligora, K.: Der Einfluß sozialer Unterstützung durch Eltern und Peers auf körperliche Beschwerden bei Schülerinnen und Schülern (The influence of parental and peer-support on physical complaints in a student population)	178
Zerahn-Hartung, C.; Strehlow, U.; Haffner, J.; Pfüller, U.; Parzer, P.; Resch, F.: Normverschiebung bei Rechtschreibleistung und sprachfreier Intelligenz (Change of test norms for spelling achievement and for nonverbal intelligence)	281

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Degener, T.: Juristische Entwicklungsschritte – Vom Tabu zur sexuellen Selbstbestimmung für behinderte Menschen? (Steps of legal development – From taboo to sexual determination for people with developmental disabilities?)	598
Döpfner, M.; Lehmkuhl, G.: Evidenzbasierte Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (Evidence based therapy of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)) . . .	419
Fegert, J. M.: Veränderung durch Forschung – Die multiplen Aufträge und Ziele eines Praxisforschungsmodellprojekts zur Thematik der sexuellen Selbstbestimmung und sexuellen Gewalt in Institutionen für Menschen mit geistiger Behinderung (Action research in benefit of children and adolescents and adult persons with learning difficulties. Different aims of a practical research project on sexual abuse and sexual self determination in care giving institutions)	626
Günter, M.: Reifung, Ablösung und soziale Integration. Einige entwicklungspsychologische Aspekte des Kindersports (Maturation, separation, and social integration. Children's sport from a developmental psychology perspective)	298
Häußler, G.: Das Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) aus psychoanalytischer Sicht (The Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from a psychoanalytic point of view)	454
Huck, W.; Thorn, P.: Kinder und Familien im Zeitalter der Fortpflanzungstechnologie – neue Fragestellungen im Rahmen der kinderpsychiatrischen Arbeit (Children and families in the age of assisted human reproduction – New challenges within the field of child psychiatry)	103
Miller, Y.; Kuschel, A.; Hahlweg, K.: Frühprävention von externalisierenden Störungen – Grundprinzipien und elternzentrierte Ansätze zur Prävention von expansiven kindlichen Verhaltensstörungen (Early prevention of conduct disorders – Basic principles and parent-based prevention trials of externalizing behavior disorders)	441
Retzlaff, R.: Behandlungstechniken in der systemischen Familientherapie mit Kindern (Working with children in systemic family therapy)	792

Ribi, K.; Landolt, M.; Vollrath, M.: Väter chronisch kranker Kinder (Fathers of chronically ill children)	357
Rüger, R.: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Depth psychologically founded psychotherapy)	12
Schick, A.; Ott, I.: Gewaltprävention an Schulen – Ansätze und Ergebnisse (Violence prevention at schools: Programs and results)	766
Thomas, H.; Wawrock, S.; Klein, S.; Jeschke, K.; Martinsohn-Schittkowski, W.; Sühlfleisch, U.; Wölkerling, U.; Ziegenhain, U.; Völger, M.; Fegert, J. M.; Lehmkuhl, U.: Umgang mit sexueller Selbstbestimmung und sexueller Gewalt in Wohneinrichtungen für junge Menschen mit geistiger Behinderung – Bericht aus einem laufenden Bundesmodellprojekt (Dealing with sexual self-determination and sexual violence in residential-institutions for young people with mental retardation – Report form an on-going study process)	636
Walter, J.: Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen (From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities)	587
Zemp, A.: Sexualisierte Gewalt gegen Menschen mit Behinderung in Institutionen (Sexualised violence against people with development disabilities in institutions)	610

Buchbesprechungen

Andresen, B.; Mass, R.: Schizotypie – Psychometrische Entwicklungen und biopsychologische Forschungsansätze (O. Bilke)	317
Barthelmes, J.; Sander, E.: Erst die Freunde, dann die Medien. Medien als Begleiter in Pubertät und Adoleszenz (C. von Bülow-Faerber)	408
Bornhäuser, A.: Alkoholabhängigkeit bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Versorgungskonzepte der modernen Suchtkrankenhilfe (R. Ebner)	741
Buddeberg-Fischer, B.: Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen (I. Seiffge-Krenke)	406
Cierpka, M.; Krebeck, S.; Retzlaff, R.: Arzt, Patient und Familie (L. Goldbeck)	318
Dutschmann, A.: Das Aggressions-Bewältigungs-Programm, Bd. 1-3 (D. Gröschke)	67
Eickhoff, E. W. (Hg.): Jahrbuch der Psychoanalyse, Bd. 43 (M. Hirsch)	315
Frank, R.; Mangold, B. (Hg.): Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen. Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie (J. Wilken)	411
Gabriel, T.: Forschung zur Heimerziehung. Eine vergleichende Bilanzierung in Großbritannien und Deutschland (L. Unzner)	740
Gauda, G.: Theorie und Praxis des therapeutischen Puppenspiels. Lebendige Psychologie C. G. Jungs (B. Gussone)	410
Gloger-Tippelt, G. (Hg.): Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis (K. Brüggemann)	132
Greenspan, S. I.; Wieder, S.: Mein Kind lernt anders. Ein Handbuch zur Begleitung förderbedürftiger Kinder (L. Unzner)	514
Günder, R.: Praxis und Methoden der Heimerziehung. Entwicklungen, Veränderungen und Perspektiven der stationären Erziehungshilfe (L. Unzner)	138
Heineman Pieper, M. H.; Pieper, W. J.: Smart Love. Erziehen mit Herz und Verstand (D. Irlich)	516
Henn, F.; Sartorius, N.; Helmchen, H.; Lauter, H. (Hg.): Contemporary Psychiatry (J. Koch)	230
Heubrock, D.; Petermann, F.: Aufmerksamkeitsdiagnostik (D. Irlich)	669

Heubrock, D.; Petermann, F.: Lehrbuch der Klinischen Kinderneuropsychologie. Grundlagen, Syndrome, Diagnostik und Intervention (<i>K. Sarimski</i>)	66
Hoops, S.; Permien, H.; Rieker, P.: Zwischen null Toleranz und null Autorität. Strategien von Familien und Jugendhilfe im Umgang mit Kinderdelinquenz (<i>C. von Bülow-Faerber</i>)	226
Keenan, M.; Kerr, K. P.; Dillenburger, K. (Hg.): Parent's Education as Autism Therapists. Applied Behavior Analysis in Context (<i>H. E. Kehrer</i>)	225
Kilb, R.: Jugendhilfeplanung – ein kreatives Missverständnis? (<i>L. Unzner</i>)	130
Krucker, W.: Diagnose und Therapie in der klinischen Kinderpsychologie: Ein Handbuch für die Praxis (<i>L. Unzner</i>)	131
Lamprecht, F.: Praxis der Traumatherapie – Was kann EMDR leisten? (<i>P. Diederichs</i>)	135
Lauth, G.; Brack, U.; Linderkamp, F. (Hg.): Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen. Praxishandbuch (<i>D. Gröschke</i>)	228
Lenz, A.: Partizipation von Kindern in Beratung (<i>M. Seckinger</i>)	811
Lutz, R.; Stickelmann, B. (Hg.): Weglaufen und ohne Obdach. Kinder und Jugendliche in besonderen Lebenslagen (<i>I. Seiffge-Krenke</i>)	407
Menzen, K.-H.: Grundlagen der Kunsttherapie (<i>D. Gröschke</i>)	671
Milch, W. E.; Wirth, H.-J. (Hg.): Psychosomatik und Kleinkindforschung (<i>L. Unzner</i>)	668
Muntean, W. (Hg.): Gesundheitserziehung bei Kindern und Jugendlichen. Medizinische Grundlagen (<i>E. Sticker</i>)	136
Nissen, G. (Hg.): Persönlichkeitsstörungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung (<i>W. Schweizer</i>)	229
Noterdaeme, M.; Freisleder, F. J.; Schnöbel, E. (Hg.): Tiefgreifende und spezifische Entwicklungsstörungen (<i>M. Mickley</i>)	667
Petermann, F.; Döpfner, M.; Schmidt, M. H.: Aggressiv-dissoziale Störungen (<i>G. Roloff</i>)	814
Petersen, D.; Thiel, E.: Tonarten, Spielarten, Eigenarten. Kreative Elemente in der Musiktherapie mit Kindern und Jugendlichen (<i>C. Brückner</i>)	667
Petzold, H. (Hg.): Wille und Wollen. Psychologische Modelle und Konzepte (<i>D. Gröschke</i>)	319
Poustka, F.; van Goor-Lambo, G. (Hg.): Fallbuch Kinder- und Jugendpsychiatrie. Erfassung und Bewertung belastender Lebensumstände nach Kapitel V (F) der ICD 10 (<i>D. Gröschke</i>)	69
Pretis, M.: Frühförderung planen, durchführen, evaluieren (<i>H. Bichler</i>)	512
Rich, D.: Lernspiele für den EQ. So fördern Sie die emotionale Intelligenz Ihres Kindes (<i>A. Held</i>)	575
Sarimski, K.: Frühgeburt als Herausforderung. Psychologische Beratung als Bewältigungshilfe (<i>M. Naggl</i>)	127
Sarimski, K.: Kinder und Jugendliche mit geistiger Behinderung (<i>D. Irblich</i>)	572
Schacht, I.: Baustelle des Selbst. Psychisches Wachstum und Kreativität in der analytischen Kinderpsychotherapie (<i>B. Gussone</i>)	576
Steinhausen, H.-C.: Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie, 4. neu bearb. Aufl. (<i>E. Sticker</i>)	128
Sturzbecher, D. (Hg.): Spielbasierte Befragungstechniken. Interaktionsdiagnostische Verfahren für Begutachtung, Beratung und Forschung (<i>D. Irblich</i>)	739
Szagon, G.: Wie Sprache entsteht. Spracherwerb bei Kindern mit beeinträchtigtem und normalem Hören (<i>L. Unzner</i>)	738
Timmermann, F.: Psychoanalytische Indikationsgespräche mit Adoleszenten. Eine sozialwissenschaftliche Untersuchung (<i>W. Bauers</i>)	578
von Gontard, A.: Einnässen im Kindesalter. Erscheinungsformen – Diagnostik – Therapie (<i>H. Hollmann</i>)	509

von Tetzchner, S.; Martinsen, H.: Einführung in die Unterstützende Kommunikation (<i>D. Gröschke</i>)	68
Walter, M.: Jugendkriminalität. Eine systematische Darstellung, 2. Aufl. (<i>G. Roloff</i>)	815
Weinberger, S.: Kindern spielend helfen. Eine personenzentrierte Lern- und Praxisanleitung (<i>D. Gröschke</i>)	572
Weiß, H. (Hg.): Frühförderung mit Kindern und Familien in Armutslagen (<i>E. Seus-Seberich</i>)	510
Wittmann, A. J.; Holling, H.: Hochbegabtenberatung in der Praxis. Ein Leitfaden für Psychologen, Lehrer und ehrenamtliche Berater (<i>H. Mackenberg</i>)	574

Neuere Testverfahren

Cierpka, M.: FAUSTLOS – Ein Curriculum zur Prävention von aggressivem und gewaltbereitem Verhalten bei Kindern der Klassen 1 bis 3 (<i>K. Waligora</i>)	580
Grimm, H.; Doil, H.: Elternfragebogen für die Früherkennung von Risikokindern (ELFRA) (<i>K. Waligora</i>)	321
Melfsen, S.; Florin, I.; Warnke, A.: Sozialphobie und –angstinventar für Kinder (SPAIK) (<i>K. Waligora</i>)	817
Petermann, F.; Stein, J. A.: Entwicklungsdiagnostik mit dem ET 6-6 (<i>K. Waligora</i>)	71

Editorial / Editorial	1, 147, 417, 585
Autoren und Autorinnen / Authors	59, 126, 224, 331, 399, 507, 571, 665, 736, 811
Zeitschriftenübersicht / Current Articles	59, 400
Tagungskalender / Congress Dates	74, 141, 232, 324, 413, 518, 582, 673, 744, 819
Mitteilungen / Announcements	144, 328, 521, 745, 821

Vom Tabu zur Selbstverwirklichung – Akzeptanzprobleme und Lernprozesse in der Arbeit mit behinderten Menschen

Joachim Walter

Summary

From taboo to self realization – Problems of acceptance and learning processes in working with people with disabilities

The article introduces the topic of “sexuality and people with developmental disabilities”. It presents the historical stages of development and the institutional framework of the work with people with disabilities in Germany. Six criterions and standards respectively, are pointed out, that help to determine whether institutions *support* or *hinder* sexual self-determination. These standards are formulated as rights in the sense of the basic human rights.

Zusammenfassung

Der Beitrag führt in das Thema der Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung ein. Aufgezeigt werden historische Entwicklungslinien und institutionelle Rahmenbedingungen in der deutschen Behindertenarbeit. Es werden sechs Kriterien bzw. Standards benannt, mit deren Hilfe eingeschätzt und beurteilt werden kann, ob und inwiefern in Einrichtungen sexuelle Selbstbestimmung unterstützt oder aber verhindert wird. Diese Standards werden als Rechte im Sinne von Menschenrechten formuliert.

1 Einleitung

Der Beitrag hat zum Ziel, in das Thema “Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung” anhand historischer Entwicklungslinien und institutioneller Rahmenbedingungen in der deutschen Behindertenarbeit einzuführen.

In seiner sexualhistorischen Studie folgert van Ussel (1979), daß die Geschichte der menschlichen Sexualität zugleich die Geschichte ihrer Unterdrückung sei. Wenn

wir 25 oder 30 Jahre zurückgehen und Sexualität und geistige Behinderung zusammendenken, ist ein ganzes Tabugemenge erkennbar: Sexualität, Behinderung mit der Folge gesellschaftlicher Ausgrenzung, Anstaltsunterbringung, fremdbestimmte Lebensbedingungen, Gewalterfahrungen struktureller und persönlicher Art usw. Noch in den 1970er Jahren war die Verhinderung oder Ablenkung sexueller Wünsche geistig behinderter Menschen ein wichtiges pädagogisches Ziel.

Die Mutter eines 24jährigen schrieb an die Zeitschrift „Lebenshilfe“: „Unser behinderter Sohn ... wird mit seinen Problemen nicht mehr fertig. Er möchte auch eine Freundin, er möchte heiraten und ein Baby haben wie seine Schwester ... Ich versuche immer wieder, es ihm auszureden ... Wie könnte man ihm helfen? ... Gibt es ein Mittel, das die sexuellen Wünsche etwas dämpfen kann?“ (1975, S. 25). Die Leserantworten konnten die angesprochenen Probleme keineswegs lösen. Sie zeigten eher die ganze Bandbreite der Ratlosigkeit. Kein Wunder, denn auch die Fachleute der Behindertenpädagogik sprachen geistig behinderten Menschen Sexualität ab oder warnten vor besonderer Triebhaftigkeit.

So sah Schlaich (1974, S. 213f.) „als Ziel der Geschlechterziehung geistig Behinderter ... die Erziehung ... zu einem ehelosen Leben“ und schließt deshalb „die geschlechtliche Verbindung“ für geistig Behinderte grundsätzlich aus. Und Bach schlägt 1971 (S. 21ff.) vor: „Wenn der geistig Behinderte 8, 14 und 20 Jahre alt ist, sollten ihn die Eltern nicht mehr auf den Mund küssen oder auf den Schoß nehmen ... und ihn nicht zu zärtlich streicheln.“ „Auch mit dem Aufblitzen der Augen kann man einem geistig Behinderten deutlich machen, daß man ihn mag, auch indem man ihm auf die Schulter klopft.“ Neben vernünftiger Ernährung, Auslastung in Arbeit und Spiel, ausgedehntem Schlaf ist „daran zu denken, daß der geistig Behinderte regelmäßig und namentlich abends seine Blase leert, daß seine Kleidung zweckmäßig und nicht zu eng ist, um zu vermeiden, daß rein physische Reize die Genitalität steigern.“

Sexualität war für viele Menschen mit Behinderung ein Bereich besonderer Tabuisierung. Die Unterbringung in getrenntgeschlechtlichen Heimen und Anstalten galt oft sogar als sicherste Form der Empfängnisverhütung. Die Verhinderung sexueller Interaktion war durch vielfältige Abhängigkeiten und fremdbestimmte Lebenssituationen geistig behinderter Menschen verursacht.

In sozialpsychologischen Einstellungsuntersuchungen Ende der 1970er Jahre konnten wir herausarbeiten, daß die Sexualität geistig behinderter Menschen und ihr jeweiliges Sexualverhalten in erster Linie abhängig sind von der Toleranzbreite der moralischen Einstellung und den Verboten ihrer Eltern und Betreuer/-innen (Walter 1980). Sie ergeben eine „sekundäre soziale Behinderung“, die aus der Sexualität behinderter Menschen eine behinderte Sexualität macht.

In einer 1983 bis 1985 durchgeführten Untersuchung zum Thema „Lebenswirklichkeit geistig behinderter Menschen“ haben wir in biographischen Interviews Betroffene selbst befragt zu ihrem Erleben von Sexualität und Erwachsensein, um ihre Deutungsmuster herauszufinden. Die Hauptfrage dieser Untersuchung war die Überlegung, ob die Identität geistig behinderter Menschen im Erwachsenenalter eine *Erwachsenenidentität* mit erwachsenen sexuellen Bedürfnissen ist oder eher eine *Kinderidentität* mit kindlichen Bedürfnissen und deshalb kindlichen Sexualmustern (Walter u. Hoyler-Herrmann 1987).

Ein Beispiel: Eine unserer Interviewpartnerinnen, eine 31jährige, zierlich und kindlich wirkende Frau wurde im Pubertätsalter von den Eltern in ein Heim gebracht „wegen sittlicher Verwahrlosung, da sie bedenkenlos mit jedem mitläuft. Sie wurde mit einem jugoslawischen Gastarbeiter gesehen“ (so wörtlich der Antrag auf Heimunterbringung). Aus dem biographischen Interview läßt sich folgerichtig ein entsprechendes Deutungsmuster heraushören: *Weil ich erwachsen werden wollte und meine Sexualität entdeckte, mußte ich von zu Hause weg, denn meine Eltern mochten mich deswegen nicht mehr. Sexualität ist also etwas schlechtes. Ich bin jemand, der ein Kind bleiben muß, damit die anderen mich mögen.*

Leider verstärkten die beteiligten Mitarbeiter/-innen des Heimes die kindlichen Verhaltensmuster. Frau E. wurde durchgängig nur geduzt. Der Kleiderkauf für sie fand fast nur in der Kinderabteilung statt, weil es dort angeblich billiger sei, und bei heiminternen Theateraufführungen wurde Frau E. stets die Kinderrolle übertragen.

Die zentrale Erkenntnis unserer Untersuchung war, daß nicht nur Sexualität, sondern mit ihr als dem wohl sensibelsten Lebensbereich zugleich Erwachsenwerden und Erwachsensein geistig behinderter Menschen verhindert werden. Sexualität ist so gesehen der exemplarische Fokus einer breiten Blockade der Identitätsentwicklung und Selbstverwirklichung vieler geistig behinderter Menschen. Das Ergebnis sind infantile geistig Behinderte in einer infantilisierenden Umgebung.

Während in Deutschland einerseits ein parernalistisches Fürsorgemodell mit Hauselternsystem zumal in kirchlichen Einrichtung und andererseits eine stetige weitere Ausdifferenzierung des separierenden Sonderschulmodells noch jahrzehntelang die Arbeit mit geistigbehinderten Menschen dominierten, begann in skandinavischen Ländern, in Holland und den USA unter dem Begriff der *Normalisierung* schon Mitte der 1950er Jahre die Umstrukturierung und Auflösung der Anstalten sowie der Ausbau schulischer Integration. Ab Ende der 1960er Jahre sorgte die italienische Psychiatriereform für eine flächendeckende Enthospitalisierung und infolge dann für den Abbau der Sonderschulen für behinderte Menschen.

Die konsequente Umsetzung des Normalisierungsprinzips (bei dem es darum geht, „die Lebensbedingungen unserer behinderten Mitbürger jenen der Normalbevölkerung anzugleichen“, wie Bank-Mikkelsen (1972, S. 265) definierte) führte auch zur verstärkten Hinwendung zu Fragen der Sexualität geistig behinderter Menschen. Internationale Kongresse Ende der 1960er Jahre sorgten für Fachpublikationen, die Anfang der 1970er Jahre auch in deutscher Übersetzung erschienen und die deutsche Behindertenpädagogik aufhorchen ließen (Sporken 1974; De la Cruz u. La Veck 1975).

1974/75 wurden drei wichtige Symposien in Deutschland durchgeführt, deren Dokumentationen jeweils Initialzündungen für weitere Untersuchungen waren:

- Juni 1974 in Freiburg: Studententagung des Verbandes Katholischer Einrichtungen für Lern- und geistig Behinderte. Thema: Geschlechtererziehung bei geistig Behinderten.
- September 1974 in Bielefeld: Symposium des Verbandes Evangelischer Einrichtungen für geistig und seelisch Behinderte eV. Thema: Fragen der Sexualität bei Behinderten.

- September 1975 in Marburg: Internationales Symposium der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e.V. Thema: Geistige Behinderung, Partnerschaft, Sexualität.

Begierig wurde Sporkens Drei-Stufen-Schema der Sexualität aufgegriffen. Nach Sporken umfaßt Sexualität „das ganze Gebiet von Verhaltensweisen in den allgemeinen menschlichen Beziehungen (sogenannter koedukativer Alltag), im Mittelbereich von Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik und in der Genitalsexualität“ (1974, S. 159). Dabei wurde der flämische Moralthologe mißverstanden und der sog. Mittelbereich dem Genitalbereich übergeordnet und postuliert, dieser Mittelbereich sei das genuine Feld, auf dem Menschen mit geistiger Behinderung angeblich ihre Sexualität leben wollten.

Wer sich emanzipatorisch für die volle Anteilhabe am sexuellen Leben einsetzte und damit auch den Genitalbereich tolerieren und sexualpädagogisch begleiten wollte, bekam es mit dem massiven Widerstand der Behindertenexperten zu tun. So brandmarkte Rett (1987) diejenigen, die sich für ein „Recht auf Sexualität“ einsetzten, als „inkompetente Behindertenromantiker“ (1987, S. 4).

Welche Blüten die damalige Diskussion Ende der 1970er Jahre trieb, zeigt die Auseinandersetzung um die Homosexualität. So wurde auf dem evangelischen Symposium 1974 festgestellt, „daß der Schritt von der Selbstbefriedigung zur Homosexualität ... ein sozialer Fortschritt ist“ (Escher 1975, S. 23f.), da sie die egozentrische Isolation überwinde und eine bessere soziale Bindungsfähigkeit voraussetze. Wohl wurden die menschenunwürdigen geschlechtsgetrennten Strukturen der Behindertenanstalten als Verhinderungsgrund heterosexuellen Verhaltens erkannt, doch deren Auflösung nicht ernsthaft betrieben.

Beim Rückblick auf die vergangenen 25 bis Jahre sexualpädagogischer Praxis und Forschung fällt auf, wie schnell mühsam erreichte Positionen und emanzipatorische Fortschritte auf dem Weg zu mehr sexueller Selbstbestimmung gekippt werden, wenn sozial- oder gesundheitspolitische Großwetterlagen sich ändern. Das war so, als z.B. Ende der 1980er/Anfang der 1990er Jahre die HIV- und *Aids-Bedrohung* auch ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung wurde. In der zeithistorisch parallel ablaufenden Sterilisationsdebatte meinten viele, mit der Neufassung des § 1905 BGB (Betreuungsgesetz) Probleme mit der Sexualität einwilligungsunfähiger geistig behinderter Menschen – auch im Hinblick auf sicheren Empfängnischutz – durch Sterilisation auf Dauer beheben zu können, auch deshalb, um so sexuelle Aktivitäten zu ermöglichen. Umso mehr traf nun die Angst vor einer HIV-Infektion die besorgten Betreuer/-innen. Denn: Eine Sterilisation verhindert Nachwuchs, nicht aber eine HIV-Infektion. Dies können allenfalls Kondome leisten oder noch besser erschien, die sexuelle Lebensäußerung geistig behinderter Menschen erneut generell zu unterbinden. Tatsächlich wurde von manchen Wohnheimleitern massiv versucht, liberale sexualpädagogische Hausordnungen oder Heimkonzeptionen aus Angst vor Aids zurückzufahren.

Mit einer bundesweiten Kampagne gelang es, den sexualpädagogischen Diskurs neu zu beleben, mit dem Ziel, auch und gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung *aktive Sexualpädagogik* als sinnvolle Aids-Prävention zu installieren. Aller-

dings mußte die bisherige Praxis des sexualpädagogischen Abwartens zugunsten einer aktiven Aufklärung aufgegeben werden. Dies galt besonders für den Umgang mit Kondomen. Denn wurden bisher meist Methoden für Frauen (Pille, Dreimonatsspritze, Spirale oder schließlich Sterilisation) als sicherste Verhütungsmethoden empfohlen, so mußte nun geistig behinderten Menschen die Verwendung von Kondomen zur Vermeidung einer HIV-Infektion auf angemessene Weise vermittelt werden. Doch ohne ständig übende Wiederholung und praktische Demonstration (z. B. am Holzpenismodell) kann keine Verhaltenssicherheit erreicht werden. Obendrein erleichtern frei zugängliche „Kondomkörbchen“ z. B. im Bad der Wohngruppe die Benutzung im Bedarfsfall.¹

Inzwischen scheint sich in Deutschland die Erkenntnis durchgesetzt zu haben, Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen dieselben Persönlichkeitsrechte zur freien Entfaltung ihrer Sexualität zuzugestehen wie der sog. nichtbehinderten Normalbevölkerung auch. Der aktuelle behindertenpädagogische Paradigmenwechsel „von der Betreuung zur Assistenz“ akzeptiert und unterstützt solche Bestimmungen auch auf dem Gebiet der Sexualität. Vielfältige Aus- und Fortbildungen zu sexualpädagogischen Fragestellungen im Kontext der Behinderung werden seit Jahren von Wohlfahrtsverbänden, der Lebenshilfe, Behindertenfachverbänden und einzelnen Institutionen regional und bundesweit durchgeführt. Heilerziehungspflegeschulen haben das Thema in die Ausbildungscurricula aufgenommen und alle einschlägigen Fachzeitschriften der Behindertenarbeit publizierten z. T. schon mehrmals Themenhefte zu „Sexualität und Behinderung“ (so z. B. „Psychozial“ Heft III/1999, „Zusammen“ Mai 2000 und die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit Forum-Heft Nr. 2/2001).

Wenn aber der aktuelle Stand der Realisierung sexueller Selbstbestimmung bei Menschen mit Beeinträchtigungen in Deutschland beurteilt werden soll, stellt sich die Frage nach den Kriterien bzw. Standards und Beurteilungsmaßstäben. Nachfolgend sollen sechs Kriterien benannt werden, die exemplarisch einschätzen und beurteilen helfen, ob und inwiefern *sexuelle Selbstbestimmung* unterstützt und akzeptiert oder weiterhin blockiert und verhindert wird. Im Anschluß an Überlegungen zur Menschenwürde werden diese Kriterien und Standards als Rechte im Sinne von Menschenrechten formuliert.

2 Das Recht auf Privatheit und eigene Intimsphäre

Wohl hat sich der Wohnbereich in bundesdeutschen Heimen und Wohnstätten seit den 1970er Jahren normalisiert. Aber im internationalen Vergleich lassen sich dennoch strukturelle Defizite erkennen. Nach wie vor ist in Deutschland das Einzelzimmer nicht der Regelfall. Anders z. B. in Dänemark, wo selbst im Schwerstpflegebereich das Einzelzimmer zum generellen Standard gehört. Wie soll denn im Zwei-

¹ Es war hochinteressant festzustellen, wie sich der Bundesvorstand der Lebenshilfe schwer tat, eine Informationsbroschüre mit Informationsfaltblatt zur Anlegung eines Kondoms mit dem Titel „Wie Sie sich schützen können“ herauszugeben.

oder Mehrbettzimmer ein geschützter Privatbereich erkannt und erlebt werden? Wie kann eine Intimsphäre aufgebaut werden, wenn Duschen keine Vorhänge haben oder abschließbare WCs fehlen? Ohne Privatbereich kann selbstbestimmtes Grenzensetzen und Erkennen von Grenzüberschreitungen nur schwer erlernt und eingeübt werden. Oder anders formuliert: Fehlende Einzelzimmer sind internationaler Sub-Standard und stets auch Ausdruck struktureller Gewalt in den Behinderteneinrichtungen.

Wenn zudem volljährigen Menschen mit Behinderungen, die oft nicht einmal unter juristischer Betreuung stehen, nicht erlaubt wird, in ihrem Privatbereich selbst zu bestimmen, wen sie wann als Besuch empfangen (ganz davon abgesehen, was die beiden miteinander unternehmen), dann ist dies schlichtweg Freiheitsberaubung. Gemäß Art. 3 GG „Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden“ in Verbindung mit Art. 11 GG „Recht auf Freizügigkeit“ darf keinem erwachsenen Menschen mit geistiger Behinderung untersagt werden, mit wem er in seinem Zimmer intim werden möchte.

3 Das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit – Schutz vor sexuellen Übergriffen

Seit ca. zehn Jahren werden vermehrt sexuelle Übergriffe auf geistig behinderte Menschen thematisiert. Aber hat dies tatsächlich zu einer Sensibilisierung für Grenzüberschreitungen im pädagogischen Alltag der Behindertenarbeit geführt? Gibt es überall eindeutige Vorgaben und Leitlinien für Mitarbeitende? Sind die Positionen (inkl. Arbeitsrecht) seitens der Leitungen und Träger der Wohn- und Werkstätten klar formuliert und allen bekannt?

Meiner Beobachtung nach wird sexuelle Gewalt in Behinderteninstitutionen immer noch viel zu oft tabuisiert und mit dem Mantel des Schweigens bedeckt. Die fachliche Sprachlosigkeit mancher Mitarbeitenden ist erschreckend – von pädagogischer Handlungskompetenz in sexualpädagogisch-präventiven Fragen ganz zu schweigen (vgl. Klein et al. 1999).

Zu den Grundrechten gehört nach Art. 2 GG auch das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Insofern muß die Frage gestellt werden, ob sexuelle Beziehungen freiwillig und einvernehmlich eingegangen oder aber einem behinderten Menschen sexuelle Aktivitäten aufgezwungen werden – sei es durch Mitbewohner oder Betreuer oder sonstige Personen.

Das Strafgesetz soll zum einen dem Schutz vor sexuellen Übergriffen dienen, zum anderen die ungestörte sexuelle Entwicklung von Kindern und Jugendlichen strafrechtlich abschirmen. Dabei macht es keinen Unterschied, ob eine Behinderung vorliegt oder nicht. Es erscheint jedoch fraglich, ob die juristischen Vorschriften tatsächlich geeignet sind, behinderte Menschen im sexuellen Bereich vor Übergriffen und Ausnutzung zu schützen. Kann z. B. eine behinderte Frau einen eigenen Willen bilden, gibt aber dem sexuellen Ansinnen des Täters aus Furcht nach – oder: weil sie viel zu spät bemerkt, was hier abgeht –, so liegt keine „Widerstandsunfähigkeit“ im Sinne des Gesetzes vor und der Täter kann vor Gericht gel-

tend machen, daß er keine Gewalt angewendet hätte. Zudem fällt es Richtern schwer, geistig behinderten Menschen mehr zu glauben als z. B. gutsituierten Mitbürgern. Obendrein können viele sich nicht vorstellen, daß sog. gesunde Männer mit diesen „Krüppeln“ sich einlassen. Wer das tut, muß selbst psychisch krank sein. Bei der Beurteilung des sexuellen Mißbrauchs geistig behinderter Menschen muß zudem berücksichtigt werden, daß diese es oft lebenslang gewohnt sind, Anweisungen und Anordnungen anderer zu befolgen. Dies begünstigt den Übergriff und macht sie unfähig, aktiv Widerstand zu leisten.

Jede Prävention muß deshalb neben einer aktiven Sexualpädagogik stets auch *Erziehung zum Ungehorsam*, zum Nein-Sagen, beinhalten. Andere Schutzmöglichkeiten sind womöglich kontraproduktiv. Denn gerade wohlbehütete, möglichst unauffällige und naiv-unaufgeklärte geistig behinderte Jugendliche laufen besonders Gefahr, dem sexuellen Ansinnen eines Täters hilflos ausgeliefert zu sein. Und dies noch mehr, wenn sie zudem sterilisiert sind. Denn wir wissen, daß sexuelle Übergriffe besonders im sozialen Nahbereich erfolgen. Dort weiß man um die *Sterilisation*. Wenn die Sterilisation aber bekannt ist, ist sie ein Freibrief zum Mißbrauch, denn der Übergriff kann nun garantiert folgenlos geschehen.

Häufig fällt auf, daß das Sterilisationsbegehren vieler Eltern und Betreuer/-innen weniger dem psychosozialen Wohl des behinderten Menschen als der Beruhigung der eigenen Ängste und Erfüllung des Wunsches nach risikoloser Totalsicherheit dient. Oft verbirgt sich hinter dem Sterilisationswunsch auch die unbewußte Hoffnung, durch die Sterilisation für immer aller realer und phantasierter Probleme mit der Sexualität des behinderten Menschen enthoben zu sein.

4 Das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung

Leider findet in Elternhaus und Schule nur ganz selten eine adäquate Sexualerziehung behinderter Kinder und Jugendlicher statt und auch im Erwachsenenalter wird sie nur selten nachgeholt. Kein Wunder, daß dann die betroffenen geistig behinderten Menschen den Zusammenhang zwischen Zeugung und Verhütung nicht begreifen, oder daß sie nicht richtig einschätzen können, was der Täter mit seinem Ansinnen beim sexuellen Übergriff vorhat.

Geistig behinderte Menschen sind im Regelfall sexualpädagogisch zugänglich. Allerdings ist das zeitlich begrenzte, einmalige *Aufklärungsgespräch* mit zudem verkürzender Hervorhebung biologisch-anatomischer Zusammenhänge pädagogisch fragwürdig. Sexualpädagogik sollte in frühester Kindheit beginnen und zwangsläufig als lebenslange Aufgabe unverzichtbarer Bestandteil der gesamten Erziehungsbemühungen sein. Dabei gilt der alte sexualpädagogische Leitsatz „Warten, bis die Kinder fragen und nur so viel antworten, wie sie fragen“ gerade nicht bei geistig behinderten Kindern und Jugendlichen. Und erst recht nicht bei Erwachsenen, bei denen Sexualpädagogik versäumt worden ist. Sie fragen nicht, wissen oft gar nicht, wie sie sich ausdrücken sollen. Deshalb ist aktive, zugehende Sexualpädagogik erforderlich und auch im Erwachsenenalter muß das Versäumte kompensatorisch nachgeholt werden.

Zum Recht auf Sexualpädagogik gehört schließlich, daß die *Gender-Perspektive* nicht außer acht gelassen wird. Bedauerlicherweise fehlt in vielen sexualpädagogischen Settings und Materialien die geschlechtsspezifische Sicht und Beachtung der jeweiligen Sexualbiographie behinderter Menschen.

5 Das Recht auf Sexualassistenz

Zur sexualpädagogischen und sexualberatenden Information gehört selbstverständlich auch die Information über entsprechende Hilfsmittel, wie sie einschlägige Versandfirmen oder Sexshops vorhalten. Für die meisten Mitarbeiter/-innen aus den Wohngruppen ist jedoch schwer nachvollziehbar, Vibratoren oder Porno-Videos beschaffen oder gar den Kontakt zu Prostituierten herstellen zu sollen (sog. *passive Sexualassistenz*). Sie fühlen sich nicht nur überfordert (zumeist verfügen sie selbst nicht über die einschlägigen Informationen und Kontakte zum Milieu), sondern die Mitarbeiter/-innen kommen an die eigenen sexualethischen und moralischen Grenzen. Wenn zudem Hilfestellung als *aktive Sexualassistenz* bei Masturbation oder Sexualverkehr eingefordert wird, dann schnappt die moralische Schere im Betreuerkopf vollends zu.

Warum macht das Tabu der Sexualassistenz solche Probleme? Offensichtlich ist schwer nachzuvollziehen, daß Mitarbeitende einerseits in erlernter professioneller Distanz und dennoch menschlicher Zuwendung Intimpflege vornehmen, andererseits nun genauso verpflichtet sein könnten, bei anderen Körperfunktionen zu assistieren, wenn behinderte Menschen ihre individuelle Sexualität selbstbestimmt leben wollen, aber ohne fremde Unterstützung nicht können.

Allerdings sind die Grenzen zum sexuellen Übergriff streng zu ziehen: Es geht um *Assistenz* als sexuelle Hilfestellung auf Anforderung und Betreiben des betroffenen behinderten Menschen und keineswegs um dessen Zwangsbeglückung womöglich zur eigenen Stimulierung des Mitarbeiters. In der aktuellen Fachdiskussion wird deshalb zu Recht empfohlen, aktive Sexualassistenz mit Körperkontakt nur durch professionelle externe Dienste übernehmen zu lassen und nicht durch die regulären Betreuer/-innen behinderter Menschen. Die allumfassende Abhängigkeit von Helfern im privaten Lebensvollzug wird schon erdrückend genug erlebt.

Obendrein verschärft sich die Beziehungsdynamik, wenn Mitarbeitende aktiv „Hand anlegen“, um einen behinderten Mann zu masturbieren, der dazu selbst nicht in der Lage ist, aber sich dringend danach sehnt, und er sich dann in die Mitarbeiterin verliebt. Sie ist nur seine Sexualassistentin, nicht aber seine Sexualpartnerin. Doch diese ersehnt er sich womöglich.

Dieser häufig geäußerte Partnerwunsch ist mit zu berücksichtigen, wenn über die Vermittlung von Prostituierten oder sog. Körper-Kontakt-Service diskutiert wird. Denn wenn auch im Umgang mit behinderten Menschen geschulte Service-Dienste oder sog. Sexualbegleiter/-innen positive und sinnlich-befriedigende Körpererfahrungen vermitteln können (allerdings gegen Bezahlung), so bleibt für die behinderten Menschen dennoch die Sehnsucht nach einer Partnerin bzw. einem Partner und nach deren oder dessen zärtlicher Zuwendung und Liebe unerfüllt. Sexualität ist

aber mehr als punktuelle Körperentspannung und auch mehr als gekaufter Konsum. Dabei geht es hier nicht um die moralische Bewertung des Warencharakters der Sexualität oder der Prostitution. Es geht bei der sexuellen Assistenz letztlich um die berufsethische Frage, ob professionelle Helferinnen und Helfer als Assistenzgeber/-innen die Formen individuell gelebter Sexualität ihrer Assistenznehmer/-innen akzeptieren können, ja beruflich akzeptieren müssen.

Allerdings ist für viele und insbesondere geistig behinderte Menschen der übliche Preis des Körper-Kontakt-Angebots (ca. 75,- EUR zzgl. Fahrtkosten) unerschwinglich. Deshalb fordern manche, die Krankenkassen sollten den Besuch einer Sexualbegleiterin bezahlen. Doch dadurch würde die Sexualität behinderter Menschen erneut als Krankheit pathologisiert, weshalb häufig vorgeschlagen wird, das Sozialamt solle den Bordellbesuch oder die Sexualbegleiterin über Sozialhilfe finanzieren, wie z. T. in Holland und vor kurzem auch in Berlin praktiziert. Unter dem Aspekt der Normalisierung der Lebensbedingungen behinderter Menschen sind jedoch alle Sonderwege problematisch (Sex auf Krankenschein oder über Sozialhilfe, Sex ausschließlich gegen Bezahlung u. a. m.), da sie die gesellschaftliche Integration und Partizipation der Menschen mit Beeinträchtigungen erschweren.

6 Das Recht auf eigene Kinder

1977 erschien im Bonner Reha-Verlag ein Buch mit dem unsäglichen Titel „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ (Kluge u. Sparty) – Wenn wir das Wort „Behinderte“ durch „Menschen“ ersetzen, wird die Unsinnigkeit der Frage, ja ihre massive Diskriminierung deutlich: Sollen, können, dürfen *Menschen* heiraten und Kinder kriegen?

Die Heiratsfrage ist selbst in der Arbeit mit geistigbehinderten Menschen längst enttabuisiert. Nicht aber das Recht auf eigene Kinder. Bis vor kurzem waren sich im deutschsprachigen Raum nahezu alle Autoren einig. Kinder geistig behinderter Eltern sind aus pädagogischen, psychologischen oder juristischen Gründen abzulehnen. Ein Kind müsse ausreichend gepflegt und versorgt, erzogen und angeregt werden. Dies könnten Personen mit geistiger Behinderung in der Regel nicht leisten. Das Sorgerecht würde ihnen entzogen, das Kind einer Pflegefamilie oder einem Heim übergeben werden. Zudem seien vor allem die emotionalen Belastungen für die meist normalbegabten Kinder geistig behinderter Eltern zu berücksichtigen.

Nach Art. 6 GG stehen Ehe und Familie unter dem besonderen Schutz des Staates. Gegen den Willen der Eltern dürfen deren Kinder nicht prophylaktisch von der Familie getrennt werden. Auch bei geistig behinderten Eltern nicht. 1988 entschied das Berliner Landgericht, daß geistig behinderte Mütter und Väter nicht vornherein vom Zusammenleben mit ihren Kindern ausgeschlossen werden dürften, da sonst „auch die Würde des Menschen angetastet wäre“. Damit wurde eine Entscheidung des Berliner Jugendamtes rückgängig gemacht, das schon vor der Geburt einem geistig behinderten Elternpaar das Sorgerecht entziehen wollte.

1996 legten Bremer Wissenschaftlerinnen die erste bundesweite Studie zu den Lebensumständen geistig behinderter Menschen mit Kindern vor (Pixa-Kettner et al.

1996). Sie fanden 969 geistig behinderte Eltern mit insgesamt 1.366 Kindern, die häufig eine eigene Wohnung bewohnten und mit ihrem Kind/ihren Kindern allein zusammenlebten. Nur 13 % lebten bei den Großeltern in der Herkunftsfamilie.

Im Kontext sexueller Selbstbestimmung muß deshalb das Recht auf das eigene Kind als selbstverständliches Menschenrecht anerkannt werden. So gesehen ist die Tabuisierung des Kinderwunsches genauso unsinnig wie die Heiratsfrage des Buchtitels aus den 1970er Jahren. Selbstredend muß das Kindeswohl dem Kinderwunsch gegenübergestellt werden. Doch wer fragt in der sog. nichtbehinderten Normalbevölkerung nach Genehmigung? Andererseits werden in Deutschland Unterstützungsangebote für behinderte Eltern wie z. B. eine Kindertagesstätte bei einer WfbM oder spezifische Beratungs- und Familienbetreuungskonzepte für behinderte Eltern und deren Kinder viel zu wenig ausgelotet (vgl. Bergmann 1996).

Betrachtet man allerdings die übliche Normalbiographie geistig behinderter Menschen, so läßt sich häufig eine Infantilisierung aufgrund der Verhinderung des Erwachsenwerdens feststellen. Unter Berücksichtigung dieser biographischen Faktoren wird psychologisch verständlich, warum viele geistig behinderte Menschen so vehement am Kinderwunsch festhalten. Die Erfüllung des Kinderwunsches kann Bestätigung der eigenen Normalität bedeuten und damit die abgelehnte Behinderung kompensieren helfen. Das eigene Kind, so wird unbewußt phantasiert, erwirke die Ablösung von den Eltern und öffne das Tor zur Welt der nichtbehinderten „Normalen“. Zudem wird von Betreuer/-innen in Wohnstätten oft auch noch gedroht, nur „ja nicht mit einem Kind zu kommen“, dann müßten sie das Heim verlassen. Aber genau das wollen viele geistig behinderte Menschen.

7 Das Recht auf Eigensinn

Es fällt auf, daß der behindertenpädagogische Fachdiskurs wohl den Paradigmenwechsel „von der Betreuung zur Assistenz“ vollzogen hat, daß aber im pädagogischen Alltag Empowerment und Selbstbestimmung unbequeme Fremdbegriffe geblieben sind. Letztlich ist auch sehr bedauerlich, wie wenig die bundesdeutschen Gruppen der „People-First-Bewegung“ wahrgenommen und deren Anliegen Eingang in den fachlichen Diskurs um Selbstbestimmung gefunden haben.

Zu den Menschen- bzw. Grundrechten gehört das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und die Freiheit der Person. Dies impliziert auch das Recht, alles ganz anders zu sehen und machen zu können als Eltern und Assistentinnen und Assistenten für einen behinderten Menschen entscheiden wollen. Auch wenn diese Eigenständigkeit in deren Augen oft als „schwieriger Eigensinn“ oder „schwere Verhaltensstörung“ erscheinen mag. Das *Recht auf Eigensinn* bringt allerdings die Idee der Menschenwürde auf den zentralen Punkt: Denn nur, wenn Menschen mit einer Beeinträchtigung zugestanden wird, *eigen-sinnig* ihren Lebensweg selbst zu bestimmen, erhalten sie die Würde zuerkannt, die ihnen utilitaristische Kosten-Nutzen-Überlegungen neuerer philosophischer Ansätze und zunehmend auch die biotechnischen Diskussionen um die Präimplantationsdiagnostik oder die Stammzellenforschung absprechen. Denn neuerdings geht es längst nicht mehr um die Akzep-

tanz der Sexualität bei Behinderung, sondern die Akzeptanz einer Behinderung selbst ist zum zentralen Problem geworden.

Literatur

- Bach, H. (1971): Sexuelle Erziehung bei Geistigbehinderten. Berlin: Marhold.
- Bank-Mikkelsen, N.E. (1972): Das Normalisierungsprinzip. Sozialpädagogik.
- Bergmann, H. (1996): Konzeption des Familienprojektes der Lebenshilfe Berlin. In: Walter, J. (Hg.): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter, S. 350-362.
- Bundesvereinigung Lebenshilfe (1989): AIDS. Keine Angst im Alltag geistigbehinderter Menschen. / „Wie Sie sich schützen können.“ Eine Beilage zur AIDS-Broschüre. Marburg.
- De la Cruz, F.; La Veck, G. (1975): Geistig Retardierte und ihre Sexualität. München: Reinhardt.
- Escher, H. (1975): Lebensbegleitende Sexualerziehung. Zur Fortbildung 2/3: 16-27.
- Klein, S.; Wawrok, S.; Fegert, J.M. (1999): Menschen mit geistiger Behinderung als Opfer und Täter sexueller Gewalt. In: Seidel, M.; Hennicke, K. (Hg.G) (1999): Gewalt im Leben von Menschen mit geistiger Behinderung. Reutlingen: Diakonie-Verlag, S. 257-266.
- Kluge, K.J.; Sparty, L. (Hg.) (1977): Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten? Bonn: Reha-Verlag.
- Pixa-Kettner, U.; Bargfrede, S.; Blanken J. (1996): „Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte ...“ Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos.
- Rett, A. (1987): Psychologen drängen Behinderte zum Koitus. Medical Tribune Nr. 15/16, S. 4.
- Schlaich, L. (1974): Erziehung und Bildung geistig Behinderter durch Eltern und Erzieher. Neuburgweier.
- Sporken, P. (1974): Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität. Düsseldorf: Patmos.
- Ussel, J. van (1979): Sexualunterdrückung. Geschichte der Sexualfeindschaft. Gießen.
- Walter, J. (1980): Zur Sexualität Geistigbehinderter. Rheinstetten: Edition Schindele.
- Walter, J.; Hoyler-Herrmann, A. (1987): Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Heidelberg: Edition Schindele.
- Walter, J. (Hg.) (1996): Sexualität und geistige Behinderung. Heidelberg: Winter, 4. Aufl.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. Joachim Walter, Ev. Fachhochschule Freiburg, Buggingerstr. 38, 79114 Freiburg.