

sex, love  
,n'  
autonomous soul

Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im  
institutionellen Kontext



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

Verfasst von Jana Seiler und Sya Müller

August 2017

**Bachelor-Arbeit  
Sozialpädagogik  
VZ 2014-2017**

**Jana Seiler  
Sya Müller**

**Sex, Love 'n' Autonomous Soul**

**Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext**

Diese Bachelor-Arbeit wurde im August 2017 eingereicht zur Erlangung des vom Fachhochschulrat der Hochschule Luzern ausgestellten Diploms für Sozialpädagogik.

---

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

---

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

---

Reg. Nr.:

---

Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern



Dieses Werk ist unter einem  
Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz Lizenzvertrag  
lizenziert.

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/>  
Oder schicken Sie einen Brief an Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California  
95105, USA.

#### Urheberrechtlicher Hinweis

Dieses Dokument steht unter einer Lizenz der Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle  
Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz <http://creativecommons.org/>

Sie dürfen:



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten  
Zu den folgenden Bedingungen:



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur  
Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder  
angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber  
unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt  
aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.  
Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt,  
mitteilen.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers  
dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

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

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

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

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

Luzern, im August 2017

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Die vorliegende Literaturlarbeit befasst sich mit der Frage, wie Professionelle der Sozialpädagogik Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext unterstützten können, ihre Sexualität selbstbestimmt zu leben. Die Fragestellung wird durch die Auswertung aktueller Fachliteratur zu den Themen Sexualität und Beeinträchtigung erarbeitet. Die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird durch rechtliche Grundlagen sowie ethische Prinzipien als Grundrecht- und Bedürfnis behandelt. Zudem werden Gemeinsamkeiten und Besonderheiten der sexuellen Entwicklung von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen erarbeitet. Weiter wird aufgezeigt, dass im institutionellen Kontext unterschiedliche Faktoren auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einwirken. Ungerechtfertigte Vorurteile über die Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen werden widerlegt und es wird deutlich, dass eine Bewusstseinsbildung der Gesellschaft von Nöten ist. Basierend auf den Menschenrechten und dem Normalisierungsprinzip wird ersichtlich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die gleichen sexuellen Bedürfnisse wie Menschen ohne Beeinträchtigungen haben, jedoch multifaktoriell in der Auslebung gehindert werden. Durch die Auseinandersetzung mit der psychosexuellen Entwicklung und dem sozialen und emotionalen Niveau der Klientel sowie den Erläuterungen zu passiver und aktiver Sexualassistentz, sollen Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Betreuende, Eltern und Interessierte sensibilisiert werden, einen adäquaten und fördernden Umgang mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erschaffen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>I</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>II</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>4</b>
1.1 Ausgangslage und Motivation .....	4
1.2 Fragestellung und Zielsetzung .....	5
1.3 Berufsrelevanz und Adressatenschaft .....	6
1.4 Eingrenzung der Arbeit .....	7
1.5 Methodik und Aufbau der Arbeit .....	8
1.6 Begriffserklärungen .....	9
1.6.1 Sexualität nach WHO.....	9
1.6.2 Kognitive Beeinträchtigung .....	10
1.6.3 Selbstbestimmung und Fremdbestimmung .....	11
1.6.4 Institutioneller Kontext .....	12
<b>2. Sexualität und Beeinträchtigung</b> .....	<b>13</b>
2.1 Sexualität und ihre Funktionen.....	13
2.2 Sexualität als Grundbedürfnis.....	16
2.3 Sexuelle Entwicklung bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen.....	18
2.4 Sozioemotionale Entwicklung.....	26
2.5 Pubertät .....	33
2.6 Sexuelle Identität .....	36
2.7 Sexuelle Gewalt .....	36
2.8 Fazit.....	39
<b>3. Kognitive Beeinträchtigung &amp; Sexualität aus gesellschaftlicher, rechtlicher und ethischer Perspektive</b> .....	<b>41</b>
3.1 Akzeptanz der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf gesellschaftlicher Ebene .....	41
3.1.1 Doppelte Tabuisierung .....	45
3.1.2 Paternalismus.....	46
3.2 Recht auf selbstbestimmte Sexualität .....	48
3.2.1 Normalisierungsprinzip .....	48
3.2.2 Menschenrechte .....	50
3.2.3 UN-Behindertenrechtskonvention .....	52
3.2.4 Bundesverfassung .....	54

3.2.5	Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG).....	55
3.3	Ethik.....	56
3.4	Fazit.....	59
<b>4.</b>	<b>Institutioneller Kontext.....</b>	<b>61</b>
4.1	Überblick.....	61
4.2	Strukturelle Bedingungen.....	63
4.3	Privat- und Intimsphäre.....	63
4.4	Wohnformen.....	64
4.5	Fazit.....	65
<b>5.</b>	<b>Unterstützende Angebote und Ansätze.....</b>	<b>67</b>
5.1	Passive Sexualassistenz.....	67
5.1.1	Sensibilisierung und Befähigung der Mitarbeitenden.....	69
5.1.2	Aufklärung.....	71
5.2	Aktive Sexualassistenz.....	74
5.3	Fazit.....	78
<b>6.</b>	<b>Erkenntnisse und Schlussfolgerungen.....</b>	<b>79</b>
6.1	Beantwortung der Fragestellung.....	79
6.2	Schlussfolgerungen und Ausblick.....	87
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>92</b>

Die gesamte Arbeit wurde von den Autorinnen gemeinsam verfasst.

# 1. Einleitung

In diesem Kapitel werden die Ausgangslage der vorliegenden Bachelorarbeit und die Motivation der Autorinnen präsentiert. Anschliessend werden die daraus abgeleiteten Fragestellungen und das Ziel dieser Arbeit aufgeführt. Im Anschluss werden die Relevanz für die Sozialpädagogik, sowie die Adressaten und Adressatinnen aufgeführt. Des Weiteren werden Abgrenzungen deklariert, die Methodik und der Aufbau der Arbeit dargelegt. Zum Schluss werden die zentralen Begrifflichkeiten erläutert.

## 1.1 Ausgangslage und Motivation

Sexualität ist laut Thomas Möslers (2002) ein zentraler und fundamentaler Lebensbereich, der für die meisten Individuen lebenslanglich eine dominierende Rolle trägt. Somit gehört Sexualität zum „Menschsein“ dazu (S. 37), gilt als biopsychosoziales Bedürfnis (Werner Obrecht, 2002, S. 14) und ist ein individuelles Phänomen, das nicht als gesund oder behindert definiert werden kann (Möslers, S. 37). Auch Barbara Ortland (2008) bestätigt, dass sich die Vielfältigkeit menschlicher Sexualität nicht in einer Definition erfassen lässt. Entsprechend darf nicht davon ausgegangen werden, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine behinderte oder keine Sexualität leben können (S. 16.).

Der Mensch wird als sexuelles Wesen geboren, womit die Sexualität als menschliches Grundbedürfnis zu identifizieren ist (ebd.). Das sexuelle Verhalten des Menschen beginnt laut Monika Krenner (2003) bereits bei der Geburt. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird die Sexualität dennoch häufig abgesprochen (S. 56). Laut Peggy Sternberg (2008) werden Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung durch fehlende Selbstbestimmung und gesellschaftliche Muster im Ausleben ihrer Sexualität gehemmt und exkludiert. Die Sexualität kognitiv beeinträchtigter Menschen wird durch Vorurteile der Gesellschaft geprägt und die Spannweite der vorhandenen Fehlschlüsse ist enorm. Von „Asexualität“ über „Geschlechtslosigkeit“ bis hin zur schamlosen „Triebhaftigkeit“ ist alles vertreten. Diese Vorurteile können dazu führen, dass die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stark gehemmt oder gar geleugnet wird (S. 1-3).

Da Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrem Alltag oft auf Unterstützung angewiesen sind, ist es immens wichtig, dass die Sozialpädagogik Menschen mit Beeinträchtigungen auch adäquat unterstützt und begleitet, wenn es um Themen wie Sexualität, Partnerschaft und Liebe geht (Sternberg, 2008, S. 1-3).

Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verbringen einen Grossteil ihres Lebens in sozialpädagogischen Einrichtungen. Diesbezüglich tragen Mitarbeitende sozialpädagogischer Institutionen eine grosse Verantwortung, da sie schlussendlich darüber entscheiden, ob sie die Sexualität der Klientel thematisieren und nach Möglichkeiten der Befriedigung dieser suchen oder nicht. Häufig sind die Toleranzbereitschaft und die moralischen Einstellungen der Mitarbeitenden ausschlaggebend, ob Sexualität im stationären Kontext ermöglicht wird. Zusätzlich erschwert die allgemeine Tabuisierung von Sexualität einen sachlichen Diskurs der Thematik, wodurch die Gefahr entsteht, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Ausübung ihrer sexuellen Bedürfnisse Willkür erfahren (Norbert Schwarte & Ralf Oberste-Ufer, 1997, S. 250-251).

Da die Autorinnen mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext arbeiten und sich für die Klientel einsetzen möchten, soll diese Bachelorarbeit aufzeigen, inwiefern die Sozialpädagogik im institutionellen Kontext Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unterstützen und begleiten kann, um ihnen eine selbstbestimmte Sexualität zu ermöglichen.

## 1.2 Fragestellung und Zielsetzung

In dieser Bachelorarbeit wird untersucht, wie die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Gesellschaft gewertet wird und welche gesellschaftlichen Meinungen herrschen. Diesbezüglich wird analysiert, inwieweit sich die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von der Sexualität von Menschen ohne Beeinträchtigungen unterscheidet. Es wird der Frage nachgegangen, welche Rechte und ethischen Prinzipien der Ermöglichung einer selbstbestimmten Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dienen und ob diese im institutionellen Kontext umgesetzt werden.

Wie zeichnet sich der Handlungsbedarf ab und welche Handlungsmöglichkeiten und Ansätze kann die Sozialpädagogik verfolgen, um die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu ermöglichen und zu unterstützen?

Demzufolge dient diese Arbeit der Beantwortung folgender Teilfragen:

- *Inwiefern darf, kann und soll die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als „anders“ betitelt werden und welche Besonderheiten gilt es zu beachten?*
- *Wie gestalten sich rechtliche Grundlagen und ethische Prinzipien, die sich mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beschäftigen?*
- *Inwiefern wird die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext beeinflusst?*
- *Welche Handlungsmöglichkeiten und Angebote gibt es aus sozialpädagogischer Sicht, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Ausleben ihrer eigenen Sexualität zu unterstützen?*

Die Beantwortung dieser Teilfragen führt zu folgender Hauptfrage:

- *Wie können Professionelle der Sozialpädagogik Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext in ihrer selbstbestimmten Sexualität unterstützen?*

### 1.3 Berufsrelevanz und Adressatenschaft

Durch die Ratifizierung der UN-BRK über die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen verpflichtet sich die Schweiz, sich aktiv für die sexuellen Rechte von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einzusetzen. Da die Soziale Arbeit als Adressatin sozialpolitischer Aufträge eine wichtige Rolle einnimmt, ist die Lektüre dieser Bachelorarbeit für alle Professionellen der Sozialen Arbeit dienlich.

Spezifisch soll diese Bachelorarbeit Mitarbeitende sozialpädagogischer Einrichtungen sensibilisieren und animieren, sich vertieft mit der Thematik Sexualität und Beeinträchtigung auseinander zu setzen, um ein Maximum an Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu realisieren. Des Weiteren ist diese Arbeit freizugänglich für alle Interessierten, die sich ein genaueres Bild über die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verschaffen möchten und dient diesbezüglich der allgemeinen Sensibilisierung der Gesellschaft. Da diese Arbeit nicht in leichter Sprache verfasst ist, brauchen betroffene Menschen Unterstützung bei der Lektüre durch Fachpersonal. Die Autorenschaft bittet daher Mitarbeitende oder Eltern, Interessierte zu unterstützen, diese Bachelorarbeit zu konsumieren.

#### 1.4 Eingrenzung der Arbeit

Diese Bachelorarbeit befasst sich mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die Autorinnen haben sich darüber beraten, welche Themenfelder im institutionellen Kontext von grosser Bedeutung scheinen und worüber Mitarbeitende idealerweise in Kenntnis gesetzt werden müssen. Um den Umfang dieser Bachelorarbeit nicht zu überschreiten, wird auf folgende Themen nicht spezifisch eingegangen:

- Körperliche und psychische Beeinträchtigungen
- Medikamentöse Behandlung von unterdrückter Sexualität
- Sexualpädagogik und Aufklärung für Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen im schulischen Kontext
- Alle nicht-stationären Kontexte
- Sexuelle Orientierungen
- Sozialpädagogische Handlungsmöglichkeiten für die Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Auf Themen wie sexueller Missbrauch oder Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird in dieser Bachelorarbeit eingegangen, es findet jedoch keine differenzierte Ausarbeitung sozialpädagogischer Handlungsmöglichkeiten in diesen Bereichen statt.

## 1.5 Methodik und Aufbau der Arbeit

Über Iluplus und Google-scholar wurde Fachliteratur zu den Themen Beeinträchtigung und Sexualität gesucht und verwendet. Zusätzlich wurde recherchiert, inwiefern die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch den stationären Kontext beeinflusst wird. Es wurden sexualpädagogische Materialien der Stiftung Lebenshilfe beigezogen und untersucht, was verändert werden muss, um Menschen mit Beeinträchtigungen in ihrer selbstbestimmten Sexualität zu unterstützen. In einem weiteren Schritt wurde nach Gesetzen und ethischen Prinzipien gesucht, die sich auf die Ermöglichung einer selbstbestimmten Sexualität kognitiv beeinträchtigter Menschen beziehen. In den Kapiteln zwei, drei und vier wird somit der IST-Zustand skizziert. Das Kapitel fünf greift den Handlungsbedarf auf und die Autorinnen recherchierten nach sexuellen Dienstleistungen und Konzepten, um mögliche Handlungsvorschläge zu präsentieren.

Die aus der Hauptfrage resultierenden Teilfragen dienen der Strukturierung dieser Bachelorarbeit. So wird in Kapitel zwei grundlegend auf die Sexualität eingegangen und aufgezeigt, inwiefern sich die Sexualität von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen unterscheiden lässt. Durch die Erläuterungen soll eine Sensibilisierung stattfinden, die ein Verständnis und einen adäquaten Umgang mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ermöglicht. In diesem Kapitel zeichnet sich bereits der Handlungsbedarf ab, der als Anhaltspunkt für das Kapitel sechs dient, in welchem unterstützende Angebote und Ansätze vorgestellt werden.

Das Kapitel drei dieser Bachelorarbeit befasst sich mit der Sexualität in verschiedenen Kontexten wie Gesellschaft, Recht und Ethik. Im ersten Teil wird untersucht, wie die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf gesellschaftlicher und familiärer Ebene gehandhabt und akzeptiert wird. Im zweiten Teil wird auf die Rechte eingegangen, die eine selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einfordern. Im letzten Teil wird die Sexualität aus ethischer Perspektive betrachtet und aufgezeigt, welchen Auftrag die Soziale Arbeit in Bezug auf die Bedürfnisbefriedigung sexueller Bedürfnisse trägt. Dieses Kapitel wird mit den

Erkenntnissen aus einer Semindiskussion im Modul 328 bezüglich der Thematik „Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen“ abgerundet.

Das vierte Kapitel bietet einen Überblick, inwiefern die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext beeinflusst wird. Es wird auf herrschende strukturelle Bedingungen im institutionellen Kontext eingegangen, die zu mehr Fremd- und weniger Selbstbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen führen.

Das fünfte Kapitel bezieht sich auf die vorangegangenen Spannungsfelder und Herausforderungen und erläutert konkrete Angebote und Handlungsansätze. Das Kapitel ist in „passive“ und „aktive“ Sexualassistenz geteilt. Bei der „passiven Sexualassistenz“ steht die Sensibilisierung und Ermächtigung der Mitarbeitenden (Sozialpädagogik im institutionellen Kontext) im Fokus. Bei der „aktiven Sexualassistenz“ werden konkrete externe Angebote und deren Nutzen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen formuliert und erläutert. Im letzten Kapitel werden die Fragestellungen mit den Erkenntnissen und zentralen Ergebnissen zusammengefasst und beantwortet.

## 1.6 Begriffserklärungen

Im folgenden Kapitel werden die Begrifflichkeiten erläutert, welche in der Arbeit verwendet werden. Des Weiteren werden Begriffe, die als Synonyme verwendet werden, aufgelistet.

### 1.6.1 Sexualität nach WHO

Die Autorinnen beziehen sich, aufgrund der Vielfältigkeit und Prägnanz, bei der Begriffserklärung auf die umfängliche Definition der Weltgesundheitsorganisation (2006), welche von Daniel Kunz (2016) wie folgt übersetzt wurde:

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

Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren. (S. 24-25)

### 1.6.2 Kognitive Beeinträchtigung

Durch die Erläuterungen von Silke Doher (2007) wird ersichtlich, dass es keine einheitliche Definition für das Phänomen der kognitiven Beeinträchtigung gibt. In den unterschiedlichen sozialen und wissenschaftlichen Zusammenhängen wird die Bedeutungsvielfalt des Begriffs deutlich, was mit den individuellen Definitions- und Zuschreibungsprozessen zusammenhängt (S. 16).

Aufgrund der erhöhten Wertschätzung der Klientel verwenden die Autorinnen in dieser Bachelorarbeit hauptsächlich den Terminus "Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen", obwohl in der verwendeten Literatur vermehrt von „geistiger Behinderung“ gesprochen wird. Der Begriff "geistige Behinderung" wurde von der Elternvereinigung Lebenshilfe 1860 initiiert, um diskriminierende Bezeichnungen wie Imbezillität, Oligophrenie oder Schwachsinnige aufzulösen (Maika Gebauer, 2014, S. 16). Diesbezüglich ist der Begriff "geistige Behinderung" gebräuchlich, komplex und als nicht abwertend zu interpretieren (ebd.).

Nach Otto Speck (1991, S. 105) konstruiert sich eine Behinderung jedoch über Beziehungen und Zusammenhänge. Somit können Menschen mit Behinderungen nicht behindert sein, sondern ihre Lebenssituation gestaltet sich im Kontext von verschiedenen Behinderungen. Wobei der Begriff Beeinträchtigung nach Roland Stein (2006) «die Gesamtheit der Einschränkungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen von Menschen» (S. 9) impliziert. Aufgrund dieser Erkenntnisse stützen sich die Autorinnen auf die Definition der Weltgesundheitsorganisation (2017):

Geistige Behinderung bedeutet eine signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden (beeinträchtigte Intelligenz). Dadurch verringert sich die Fähigkeit, ein unabhängiges Leben zu führen (beeinträchtigte soziale Kompetenz). Dieser Prozess beginnt vor dem Erwachsenenalter und hat dauerhafte Auswirkungen auf die Entwicklung. Behinderung ist nicht nur von der individuellen Gesundheit oder den Beeinträchtigungen eines Kindes abhängig, sondern hängt auch entscheidend

davon ab, in welchem Masse die vorhandenen Rahmenbedingungen seine vollständige Beteiligung am gesellschaftlichen Leben begünstigen. Im Kontext der WHO-Initiative „Bessere Gesundheit, besseres Leben“ schliesst der Begriff „geistige Behinderung“ auch Kinder mit autistischen Störungen ein, die geistige Beeinträchtigungen aufweisen. Er schliesst aber auch Kinder ein, die aufgrund vermeintlicher Behinderungen oder einer Ablehnung durch ihre Familie in Institutionen eingewiesen wurden und deshalb Entwicklungsstörungen und psychologische Probleme aufweisen.

### 1.6.3 Selbstbestimmung und Fremdbestimmung

Betrachtet man die Lebensführung und spezifisch die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im stationären Kontext, scheint es essentiell, die Begriffe Selbstbestimmung und Fremdbestimmung genauer zu betrachten. In den 1960er Jahren wurde im deutschsprachigen Raum, den USA und in Schweden der Gedanke der Selbstbestimmung von Menschen mit Beeinträchtigungen öffentlich gemacht. Betroffene machten auf ihr Recht auf Selbstbestimmung aufmerksam. 30 Jahre später wurden konkrete Forderungen formuliert, welche nun nebst dem Normalisierungsprinzip zu den sozialpädagogischen Handlungsmaximen im Umgang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zählen (Bender, 2012, S. 26-30).

Auch ist bekannt, dass die Behindertenpädagogik einen Wandel durchlebt hat und sich von einem defizitorientierten Blick zu einer ressourcenorientierten Pädagogik umwandelte und die Selbstbestimmung der Klientel immer mehr an Bedeutung gewinnt. Es ist jedoch nicht zu vermeiden, dass kausal zur Betreuung und Pflege in einer sozialpädagogischen Einrichtung ein grosser Teil der Selbstbestimmung der Betreuten verloren geht. Viele Menschen mit Beeinträchtigungen sind vermehrt auf Hilfe und Unterstützung angewiesen, was ein erhöhtes Mass an sozialer Abhängigkeit zur Folge hat (Georg Theunissen & Wolfgang Plaute, 1995, S. 22).

Ist von Fremdbestimmung die Rede, stützen sich die Autorinnen auf Specht (2008), der besagt, dass die Lebenswelt vieler Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen strukturell behindert und beschränkt wird. Er vertritt den Standpunkt, dass Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht selbständig wohnen können und in sozialpädagogischen Einrichtungen untergebracht werden, am meisten Fremdbestimmung ausgesetzt sind. Die Autorinnen verstehen unter Fremdbestimmung

restriktive und beschränkende Massnahmen, die aus der strukturellen Notwendigkeit des Wohnalltags resultieren und zu einer sogenannten sekundären Behinderung führen (Specht, 2008, S. 299).

#### 1.6.4 Institutioneller Kontext

Unter dem Begriff „institutioneller Kontext“ verstehen die Autorinnen sozialpädagogische Institutionen, welche nach dem Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (2006) folgendermassen definiert sind. Als Institution gelten Wohnheime und andere kollektive Wohnformen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, welche ihren Bedürfnissen entsprechen. Synonym werden die Begrifflichkeiten stationärer Kontext, stationäre Einrichtung und sozialpädagogische Einrichtung genutzt. Des Weiteren wird in dieser Bachelorarbeit aufgrund der Erfahrungen der Autorinnen von fremdbestimmten Gruppenkonstellationen von drei bis zehn Bewohnenden ausgegangen.

## 2. Sexualität und Beeinträchtigung

Im ersten Teil dieses Kapitels, dienen die Unterkapitel 2.1 und 2.2 der Beschreibung der wichtigsten Funktionen der Sexualität und zeigen auf, dass jeder Mensch Sexualität in sich trägt und das Bedürfnis hat, diese zu befriedigen.

### 2.1 Sexualität und ihre Funktionen

Der Begriff der Sexualität beinhaltet laut Joachim Walter (2005) mehr als nur Genitalsexualität, die die Funktion der Fortpflanzung in sich trägt. Es geht vor allem um die zwischenmenschliche Ebene. Die Sexualität befähigt den Menschen in seiner persönlichen Selbstentfaltung und ist eine Form der Kommunikation. Mit Hilfe der Sexualität werden Gefühle gezeigt und es bilden und verstärken sich Beziehungen (S. 34-35). Die Sexualität hat eine sinngebende Bedeutung für die Ganzheitlichkeit des Menschseins. Sie wird als Ausdruck der Individualität und der Sozialität des Menschen verstanden. Durch dieses kreative und kommunikative Potential kann Sexualität nicht als Abstraktum existieren, sondern als individuelle Ausformung durch einzelne Menschen. So einzigartig jeder Mensch ist, so erhält die Sexualität eines Menschen durch dessen Eigenart eine individuelle Facette. Somit ist Sexualität Teil der menschlichen Lebenskraft, die in allen Lebensphasen von grosser Bedeutung ist. Die Sexualität gewinnt bereits in der frühesten Kindheit an Bedeutung (ebd.).

Der niederländische Medizinethiker Paul Sporken (1974) entwickelte ein Modell, welches das ganze Spektrum menschlicher Verhaltensweisen beinhaltet. Er unterteilt die Sexualität in drei Bereiche und benutzt das Symbol drei ineinander liegender Kreise. Die Sexualität beinhaltet einen äusseren, einen mittleren und einen inneren Bereich (SSBL, 2016).

Der äussere Bereich umfasst die menschlichen Beziehungen und allgemeine Verhaltensweisen sowie das Entwickeln einer Identität als erwachsene Frau oder erwachsener Mann. Der Umgang mit Nähe und Distanz und der allgemeine tägliche Umgang miteinander gehören zum äusseren Bereich (ebd.).

Der mittlere Bereich beinhaltet Gefühle und deren Regungen. Schwerpunkte liegen bei Themen wie Zärtlichkeit, Freundschaften, Liebesbeziehungen, Sinnlichkeit und Erotik. Im Fokus steht die Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen emotional auszugestalten. Auch die Fähigkeit, körperliche Lust zu empfinden gehört zum mittleren Bereich. Der sinnliche Genuss kann sowohl durch Selbststimulation oder Interaktionen mit einem Gegenüber angeregt werden (SSBL, 2017).

Mit dem inneren Bereich sind die intensivsten Formen körperlicher Lust und sexueller Gemeinsamkeit zweier Personen gemeint. Es handelt sich hierbei um die genitale Lust, die zwischenmenschliche Intimität, Petting und Geschlechtsverkehr. Mit Genitalsexualität wird jedes Verhalten, welches sich auf die Funktion der Genitalorgane bezieht, bezeichnet (ebd.).

Wichtig für die Sexualität ist laut Sporken, dass sie eine gesellschaftliche Sicht hat. Die Sexualität ist von den Normen und Erfahrungen der Gesellschaft behaftet. In diesem Zusammenhang steht daher die Lerngeschichte und die sich bildende Sichtweise auf die Sexualität jedes einzelnen Menschen (Sporken, 1974, zit. in Bundesvereinigung Lebenshilfe 2009, S. 10). Die Sexualität verfügt über verschiedene Funktionen, die im Folgenden kurz erläutert werden.

#### Die Selbstfindungsfunktion

Diese befähigt den Menschen die eigene Identität zu entwickeln. Durch Bestätigung, Zuwendungen und Zärtlichkeiten innerhalb der Sexualität, wird das eigene Selbst bestätigt und somit das Selbstwertgefühl gesteigert. Hat der Mensch schon früh lebenswerte Erfahrungen gemacht, kann er selbst besser lieben und wertschätzen. Durch die Sexualität bekommt der Mensch auch ein anderes Gefühl und eine andere Sichtweise auf den eigenen Körper. Diese körperlichen Erfahrungen gewinnen vor allem bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen grosse Bedeutung, da diese oftmals ein mangelndes oder mangelhaftes Körperbewusstsein haben (Gebauer, 2014, S. 21).

### Die Sozialfunktion

Mithilfe der sozialen Funktion von Sexualität werden die kommunikativen und kooperativen zwischenmenschlichen Aspekte gedeckt. Es entsteht eine Kommunikation zwischen zwei Menschen, welche geschaffen und ausgedrückt wird. Durch die Sexualität kommen Kontakte und Beziehungen Liebe zum Ausdruck. Unter Kommunikation wird nicht nur das Sprechen, sondern vor allem die Kommunikation über den Körper, also die Körpersprache verstanden. Mit ihr kann jenes ausgedrückt werden, was nicht in Worte zu fassen ist. Die Körpersprache ist daher für Menschen mit einer beeinträchtigten Sprachfähigkeit von grosser Bedeutung. Somit können auch diese Menschen soziale Kontakte (Partnersuche) knüpfen und Gefühle (Zärtlichkeiten) ausdrücken. Die Erziehungsaufgabe besteht hier darin, angemessene Ausdrucksformen der Körpersprache zu entwickeln, zu erarbeiten und zu ermöglichen (Gebauer, 2014, S. 21).

### Die Lustfunktion

Diese Funktion umfasst die körperliche Lust an Sexualität und ist von zentraler Bedeutung, da sie das Streben nach individuellen Glückserleben und Zufriedenheit darstellt. Psychosoziale Faktoren wie sich geliebt und angenommen fühlen und die Akzeptanz des eigenen Ichs, stehen im Vordergrund (Cathrin Ehlers, 2006, S. 7).

Bei der Lustfunktion wird nicht nur die Lusterfahrung mit einem Partner, sondern auch die Selbstbefriedigung einbezogen. Bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung kann die Selbstbefriedigung unterschiedliche Gründe haben. Die Autoerotik kann als Flucht vor sozialen Kontakten gedeutet werden. Ebenso werden durch Selbstbefriedigung innere Spannungen abgebaut oder Langeweile bekämpft (Gebauer, 2014, S. 22).

### Die Funktion der Fortpflanzung

Diese Funktion beinhaltet die Genitalsexualität, die den Erhalt der eigenen Art durch Fortpflanzung gewährleistet. Sie darf jedoch nicht nur als Reproduktionsfunktion gesehen werden, da sie durch das Zusammenspiel der Lust und auch Sozialfunktion entstanden ist, die den Wunsch nach Fortpflanzung und somit den Fortpflanzungswillen ermöglichen (S. 22-23).

## 2.2 Sexualität als Grundbedürfnis

Christine Kühnis (ohne Datum) besagt, dass Partnerschaft, Liebe und Sexualität zu den wesentlichen Lebensbereichen jedes Individuums zählen. Es handle sich dabei um wichtige Ausdrucksformen der menschlichen Grundbedürfnisse nach zwischenmenschlichen Beziehungen. Zum einen gehe es um Zugehörigkeit und Geborgenheit und zum anderen um die Befriedigung des Sexualtriebes. Die Erfüllung dieser Bedürfnisse steigert die Lebensqualität und das allgemeine Wohlbefinden. Ausgehend vom „Recht der Menschen“ und abgeleitet vom „Normalisierungsprinzip“ muss auch Menschen mit einer Beeinträchtigung das grundsätzliche Recht auf Partnerschaft, Liebe und Sexualität zustehen (OVWB, S. 14).

Auch aus dem Berufscodex Soziale Arbeit Schweiz geht hervor, dass das Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse zu den Grundsätzen und zur Leitidee der Sozialen Arbeit gehören (AvenirSocial, 2010, S. 6). Durch das Modul "Berufsethik", ist den Autorinnen bekannt, dass Bedürfnisspannungen abzubauen sind um das Wohlbefinden der Klientel zu steigern. Bezieht man sich auf Werner Obrecht (2002) wird ersichtlich, dass Bedürfnisse über den Zustand definiert werden ob sie erfüllt oder nicht erfüllt werden. Eine Abweichung vom gewünschten Zustand führt laut Obrecht zu Bedürfnisspannungen, welche aus biologischem, biopsychischem oder biopsychosozialem Ursprung stammen können (S. 12).

Zu den biologischen Bedürfnissen zählen Essen, Trinken, Sauerstoff und Schlaf. Aber auch die Bedürfnisse nach physischer Integrität, Sauberkeit, Unverletztheit, sexueller Aktivität und Fortpflanzung, sowie die Vermeidung schmerzhafter physikalischer Beeinträchtigungen wie Hitze, Kälte, Nässe und Gewalterlebnissen gehören zu den biologischen Bedürfnissen. Bei den biopsychischen Bedürfnissen handelt es sich hauptsächlich um sensorische Bedürfnisse. Im Fokus steht die Wahrnehmung mit allen Sinnen. Also das Sehen (visuelle Wahrnehmung), das Hören, (auditive Wahrnehmung), das Riechen (olfaktorische Wahrnehmung), das Schmecken (gustatorische Wahrnehmung) und das Tasten (taktile Wahrnehmung) (ebd.).

Zuletzt nennt Obrecht (2002) noch die biopsychosozialen Bedürfnisse, welche im Zusammenhang mit der Thematik Sexualität und Beeinträchtigung von hoher Bedeutung sind. Biopsychosoziale Bedürfnisse werden mit den Bedürfnissen nach emotionaler Zuwendung, nach Liebe, Freundschaft und Zugehörigkeit beschrieben. Zudem gehören auch die komplexen Bedürfnisse wie Selbstbewusstsein, Einzigartigkeit, Autonomie und Gerechtigkeit, sowie das Bedürfnis anderen zu helfen und das Bedürfnis nach Anerkennung dazu (2002, S. 12).

Obrecht (2002) unterscheidet zwischen Bedürfnissen, die den Menschen nicht bewusst sind, aber als innere Spannung erlebt werden und Bedürfnissen, die bewusst erlebt werden und als Wünsche definiert werden (S. 13). Daraus resultiert das Problem des Abbaus der Bedürfnisspannungen. Bewusste Bedürfnisspannungen können über Handlungen direkt befriedigt werden (Routinehandlungen). Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, durch vorausschauendes Handeln die zukünftige Bedürfnisbefriedigung sicher zu stellen (S. 13). Diesbezüglich wird offensichtlich, dass alle Menschen Bedürfnisse haben, deren Nicht-Erfüllung zu Bedürfnisspannungen führt. Auch Obrecht (2002) bestätigt, dass Bedürfnisspannungen das Wohlbefinden beeinträchtigen können. Dies nicht nur in offensichtlichen Fällen wie bei Hunger und Durst, sondern auch bei langfristig unbewussten Spannungen, die beispielsweise durch das Fehlen von emotionaler Zuwendung entstehen (ebd.).

In Bezug auf die Sexualität gehören laut Obrecht (2002) das Bedürfnis nach sexueller Aktivität und Fortpflanzung, sowie die Bedürfnisse nach emotionaler Zuwendung wie Liebe, Freundschaft, und Zugehörigkeit zu den sexuellen Grundbedürfnissen (S. 13). Die Autorinnen interpretieren den Begriff der "sexuellen Aktivität" nach Walter (2005), der besagt, dass sich die sexuelle Aktivität nicht nur auf Geschlechtsverkehr, sondern vielmehr auf die zwischenmenschliche Ebene bezieht (S. 35-36).

Es wird ersichtlich, dass es ein breites Spektrum an sexuellen Bedürfnissen gibt, die sich keinesfalls von denen Nicht-Beeinträchtigter Menschen unterscheidet. Wie bereits unter Punkt 2.1 beschrieben, gibt es keine allgemeingültige Sexualität, die für alle beeinträchtigten Menschen einheitlich anwendbar ist. Es gibt nur die individuelle

Ausformung der Sexualität durch einen einzigartigen Menschen, was zu einer Facettenvielfalt führt.

### 2.3 Sexuelle Entwicklung bei Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen

Die Punkte 2.3 bis 2.6 beschäftigen sich vertieft mit der sexuellen Entwicklung von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen. Es wird untersucht, ob sich Bereiche der Sexualität unterscheiden und welche "Besonderheiten" zu beachten sind.

Zu Beginn muss der Bezug zu Sigmund Freud gemacht werden, der das Phasenmodell der psychosexuellen Entwicklung erarbeitete. In dieser Bachelorarbeit wird versucht, mit aktueller Literatur zu arbeiten, jedoch muss Herr Freud im Folgenden in Kürze wiedergegeben werden, da bereits er davon ausgegangen ist, dass jedes Individuum im Verlauf des Lebens bestimmte Phasen der sexuellen Entwicklung durchläuft, welche positiv oder negativ auf den Entwicklungsverlauf einwirken (Gebauer, 2014, S. 23-26). Des Weiteren dienen die Erläuterungen Freuds Phasenmodells zum Verständnis der darauffolgenden Erkenntnisse aus dem Buch "Behinderung und Sexualität", welches 2008 von Barbara Ortland veröffentlicht wurde und dem Werk von Erik Bosch und Ellen Suykerbuyk (2007), die sich auf Erikson und somit indirekt auf Freud beziehen. Es wird bereits an dieser Stelle versucht, Freuds Phasenmodell in Verbindung mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu bringen.

#### Orale Phase

Diese Phase beginnt mit der Geburt und endet, wenn das Kind zirka 18 Monate alt ist. Die Wahrnehmung durch den Mund steht im Vordergrund, da diese eine differenzierte Wahrnehmung ermöglicht. Der Säugling erfährt einen grossen Lustgewinn durch die Nahrungsaufnahme und das "sich Gegenstände in den Mund stecken". Die Erkundung durch die Mundregion ermöglicht die Befriedigung des Saugreflexes und dient der Stimulation. Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird beobachtet, dass bestimmte Neigungen unterschiedlicher Körperregion erhalten bleiben können, was mit dem "sinnlichen Spüren des eigenen Körpers" erklärt wird (Gebauer, 2014, S. 23-26).

### Anale Phase

Durch die anale Phase wird die orale beendet. Nach Vollendung des ersten Lebensjahres geht das Kind in die anale Phase über. Durch das Beherrschen der analen Schliessmuskulatur und der Harnschliessmuskulatur findet das Kind sexuelle Befriedigung. In dieser Phase gewinnen die Exkreme an Bedeutung und die Kinder spielen mit diesen. Es darf kein Druck auf das Kind ausgeübt werden um die Sauberkeit voranzutreiben, da dies allenfalls Schamgefühle und Ekel auslösen könnte. Diese negativen Emotionen könnten sich auf das spätere Sexualleben auswirken. Es ist möglich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf dieser psychosexuellen Entwicklungsstufe verharren (Gebauer, 2014, S. 23-26).

### Phallische Phase

In dieser Phase ist das Kind zwischen drei und fünf Jahre alt und setzt sich intensiv mit den eigenen Genitalien auseinander. Durch diese Auseinandersetzung ist es dem Kind möglich, anhand der Nacktheit des Gegenübers, zu unterscheiden ob es sich um eine Frau oder einen Mann handelt. Das Kind erlebt seine eigene Sexualität, die aufgrund des Ablösungs- und Identifizierungsprozesses geschieht. Bei Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen ist es daher immens wichtig, sie zu unterstützen, diese Erfahrungen zu machen und nicht der Überbehütung zu verfallen. Das Kind muss die libidinösen Unterschiede zwischen Menschen kennen und begreifen können (ebd.).

### Latenzphase

Diese Phase tritt bei den meisten Kinder mit dem sechsten Lebensjahr ein. Es handelt sich nicht um spezifische Neuerungen, sondern viel mehr um die Verarbeitung und Differenzierung der bereits gemachten Erfahrungen. Die bisher erworbenen kindlichen Wertvorstellungen werden durch sexuelle Interessen ergänzt. Es ist von bestimmten geschlechtlichen Verhaltensweisen die Rede, welche von Eltern und Betreuenden geduldet und erlaubt werden müssen. Das Erlernen von Nähe und Distanz rückt in den Fokus, wobei das Kind lernt, dass es Unterschiede zwischen privat (das eigene Zuhause) und öffentlich (Kindergarten oder Schule) gibt und diesbezüglich Handlungsweisen angepasst werden müssen (ebd.).

### Pubertät

Diese Phase beginnt meist im zwölften Lebensjahr, ist für die Neustrukturierung der Persönlichkeit verantwortlich und beinhaltet die Ablösung der bisherigen familiären Struktur. Es entstehen geschlechtlich geprägte Wünsche nach Partnerschaft und die körperliche Geschlechtsreife ruft sexuelle Phantasien herbei. Die Umwelt kann einerseits mit Verständnis und Haltgebung oder mit starren Vorgaben und Unterdrückung auf diese Veränderungen der Jugendlichen reagieren. Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen bedürfen besonderer Unterstützung von aussen damit sie über die Veränderungen des eigenen Körpers aufgeklärt sind. Mit Veränderungen sind hier beispielsweise die erste Menstruation oder der erste Samenerguss gemeint. Die Sexualaufklärung, welche Verhütung und Selbstbefriedigung beinhaltet, muss durch Eltern und Betreuende stattfinden (Gebauer, 2014, S. 23-26).

### Erwachsene Sexualität

Dieser Entwicklungsabschnitt beginnt einige Zeit nach der Pubertät. Während dieser Phase werden Erlebnisse und Gefühle nicht mehr verallgemeinert. Die Gleichberechtigung und Ernsthaftigkeit gelten als tragende Bestandteile einer gewünschten Partnerschaft. Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen sollen bei der Partnersuche Hilfestellungen erhalten um in einem geschützten Umfeld ihre Sexualität auszuleben (Gebauer, 2014, S. 24-26.).

Durch die eben erfolgten Erläuterungen kann nun die sexuelle Entwicklung von Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen von der Geburt bis zum siebten Lebensjahr genauer belichtet werden. Wie bereits vorbemerkt, bedienen sich die Autorinnen an Barbara Ortlands (2008) Ausführungen. Es sollen Gemeinsamkeiten und Unterschiede deutlich gemacht werden, die für die sozialpädagogische Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen relevant sind.

### Erstes Lebensjahr

Von der Geburt an und besonders im ersten Lebensjahr spielt die Haut als Tast-Fühl-Organ eine wichtige Rolle. Liebevolle Berührungen und Liebkosungen sind in dieser Zeit besonders wichtig, um den Körper sinnlich wahrzunehmen und den Aufbau eines

positiven Körperbildes zu unterstützen. Eine sichere und verlässliche Bindung zu mindestens einer Bezugsperson führt zu einem Gefühl des angenommen und geliebt Werdens. Mit den ersten motorischen Kompetenzen, wie rollen, krabbeln oder laufen, beginnen die Kinder die Wahl ihrer Interaktionspartner aktiv mitzubestimmen (Ortland, 2008, S. 36).

Der Aufbau eines positiven Körpergefühls ist für Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen erschwert, was mit den Interaktionen zu den Bezugspersonen in Verbindung gebracht wird. Dies wird nach Cloerkes (Cloerkes, 2001; zit. In Ortland, 2008) mit der „doppelten Enttäuschung“ der Eltern begründet. Damit sind die Enttäuschung der eigenen Zukunftserwartungen und die Enttäuschung über die reduzierten Lebensmöglichkeiten des Kindes gemeint. Die Tatsache, dass das geborene Kind eine kognitive Beeinträchtigung hat, wird als Enttäuschung empfunden und belastet die Beziehung zwischen den Eltern und dem Kind. Die sexuelle Entwicklung des Kindes mit kognitiver Beeinträchtigung hängt stark davon ab, inwieweit es den Bezugspersonen möglich ist, eine liebevolle, den Körper annehmende Beziehung zum Säugling aufzubauen (S. 36).

Als weitere Einschränkungen werden die motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen genannt, die die Bewegungsfähigkeit des Kindes beeinträchtigen und somit die Wahl ihrer InteraktionspartnerInnen mitzubestimmen erschweren. Hier kommt es auf die Initiative und eine hohe Sensibilität der InteraktionspartnerInnen an, damit Bedürfnisse erkannt und befriedigt werden können (ebd.).

### Zweites Lebensjahr

Im zweiten Lebensjahr entwickelt sich ein grosses Interesse an den eigenen Genitalien. Durch Berührung, Anfassen und das Betrachten der Genitalien können sich Kinder eigenständig lustvolle Gefühle verschaffen. Auch die Genitalien der Eltern wecken das Interesse der Kinder. Durch die Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Geschlechtsteilen lernen die Kinder, dass es zwei Geschlechter gibt, benennen diese und ordnen sich dann selbst einem Geschlecht zu. Zusätzlich wächst das Interesse am Analbereich und den Ausscheidungen (Ortland, 2008, S. 39).

Das Entdecken und Erkunden der eigenen Genitalien setzt motorische Fähigkeiten voraus, welche besonders Kinder mit zusätzlichen körperlichen Beeinträchtigungen zu ihrer kognitiven Beeinträchtigung einschränkt. Kinder mit motorischen Einschränkungen brauchen diesbezüglich mehr Zeit und Ruhe zur Selbstbetrachtung und Erkundung. Die Eltern oder Betreuer und Betreuerinnen tragen die Verantwortung, den Kindern diese Zeit und Ruhe zu gewährleisten. «Es bietet sich an, die Kinder immer wieder mal mit zur Toilette zu nehmen, da durch die Beobachtung bei den Eltern ebenso der Zusammenhang von Genitalbereich/Analbereich und Ausscheidungen als Grundlage für die Sauberkeitserziehung angebahnt werden kann» (Ortland, 2008, S. 39).

### Drittes Lebensjahr

Im dritten Lebensjahr gewinnt die Sauberkeitserziehung vor allem bei Kindern ohne Beeinträchtigung an Wichtigkeit. Sie sind dann in der Regel in der Lage, ihren Schliessmuskel aktiv zu regulieren und ihr Bedürfnis, zur Toilette zu gehen, mitzuteilen. Die Selbstständigkeit des Kindes nimmt weiterhin zu, da es in dieser Zeit lernt „Nein“ zu sagen. Es ist äusserst wichtig, dass dieses „Nein“ akzeptiert wird, damit das Kind sich in seinen Wünschen und Vorstellungen ernst genommen fühlt. „Im Rahmen der Vorbeugung von sexualisierter Gewalt ist es wichtig, dass körperliche Berührungen nicht gegen den Willen der Kinder geschehen, sondern eine ablehnende Haltung akzeptiert wird.“ (ebd.)

Zusätzlich beginnen die Kinder das Verhalten der Erwachsenen nachzuahmen und erlernen so am Vorbild rollenspezifisches Verhalten. Im dritten Lebensjahr sind Neugierde und Wissensdrang sehr hoch und durch die verbale Entwicklung ist es den Kindern möglich, Fragen zu den Bereichen von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt zu stellen. Die älteren Geschwister können diese Themen am Beispiel der schwangeren Mutter und der „plötzlichen“ Anwesenheit eines neuen Familienmitgliedes erlernen, was von vielen Eltern als Erleichterung empfunden wird (Ortland, 2008, S. 40). Die Sauberkeitserziehung gestaltet sich bei Kindern mit Beeinträchtigungen erschwert, vor allem, wenn eine zusätzliche schwere Form von Körperbehinderung vorliegt. Diese Kinder können ihren Schliessmuskel mit hoher Wahrscheinlichkeit nie beherrschen, was sie im Erleben des Festhaltens und Loslassens stark beeinträchtigt.

Eine weitere Herausforderung stellen die Kommunikationsbarrieren von Kindern mit kognitiver Beeinträchtigung dar, da diese besonders das "Trotzalter" beeinträchtigen. Auch durch sprachunterstützende Hilfsmittel und unterstützte Kommunikation (UK), ist ein geäußertes „Nein“ durch ein Piktogramm nie so kraftvoll oder wütend wie ein geschrienes „Nein“ (Ortland, 2008, S. 40).

Eltern und Bezugspersonen benötigen nun viel Einfühlungsvermögen, um den Kindern die Möglichkeit zu bieten, sich abzugrenzen und sich ernst genommen zu fühlen. Da die meisten Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen auf viel Hilfe und Unterstützung der Bezugspersonen angewiesen sind, gestaltet sich dieser Abgrenzungsprozess erschwert. Sich von einer Person abzugrenzen auf die man ständig angewiesen ist, stellt eine Schwierigkeit für die Kinder dar. Eltern und Bezugspersonen haben nun die herausfordernde Aufgabe, den Kindern ein Sich-abgrenzen zu ermöglichen und zusätzlich erzieherisch angemessen auf diese Widerstände zu reagieren. Die kommunikativen Einschränkungen erschweren oder verhindern zusätzlich das Stellen von neugierigen Fragen zum Thema Zeugung und Schwangerschaft. Aufgrund verminderter körperlicher Möglichkeiten und weniger sozialen Kontakten, welche durch Beeinträchtigungen in Mobilität und Kommunikation resultieren, wird die Nachahmung rollenspezifischen Verhaltens stark erschwert (ebd.).

#### Viertes Lebensjahr

Im vierten Lebensjahr nehmen die sozialen Kontakte zu anderen Kindern durch die zunehmende Selbstständigkeit zu. Freundschaften werden im gemeinsamen Spiel aufgebaut und somit soziale Regeln erlernt. Auch das Interesse an der Körperlichkeit der anderen Kinder nimmt zu. Es entwickelt sich nun langsam eine gewisse Form der Körperscham. Die gemeinsame Erziehung ist im Elementarbereich weit vorgeschritten, was die Inklusion von Kindern mit Beeinträchtigungen fördert. Somit haben auch Kinder mit einer kognitiven Beeinträchtigung Möglichkeiten, soziale Kontakte und Freundschaften zu knüpfen. Aufgrund körperlicher und kommunikativer Einschränkungen müssen jedoch Erwachsene anwesend sein und eine unterstützende Funktion einnehmen, was somit das gemeinsame Spiel unter Gleichaltrigen beeinflusst (Ortland, 2008, S. 42).

Auch besteht die Gefahr, dass Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen bei Eltern-Kind-Spielen vermehrt die Rolle des Kindes übernehmen müssen und dadurch das Erproben der Erwachsenenrolle erschwert wird oder gar ausbleibt. Da Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen häufig im urogenitalen Bereich auf permanente Hilfe und Versorgung angewiesen sind, stellt sich die Frage, inwieweit sie unter diesen Bedingungen eine adäquate Körperscham entwickeln können und ob sich diese unterscheidet von nicht beeinträchtigten Kindern (Ortland, 2008, S. 42). Die Entwicklung des Schamgefühls kann somit in einem sehr viel späteren Alter auftreten, so dass die Kinder und später Jugendlichen sich wenig bis gar nicht schamhaft verhalten, was zu Irritationen der Umwelt führen kann (Ortland, 2008, S. 76).

#### Fünftes Lebensjahr

Rollenspiele zur Erprobung geschlechterrollentypischen Verhaltens sind nach wie vor von grosser Bedeutung, entwickeln sich jedoch weiter. Bei sogenannten Doktorspielen werden die Genitalien des eigenen und des anderen Geschlechts untersucht. In erster Linie geht es um das Betrachten der Genitalien, aber auch Manipulation beziehungsweise gegenseitige Stimulation gehören zu diesen Spielen. Dies geschieht aus Neugier und zur Lustgewinnung und führt zu ersten innigeren und intensiveren Freundschaften, welche gleich- als auch gegengeschlechtlich sein können. Das Tragen einer Windel erschwert die Entblössung des Genitalbereichs, was ausschlaggebend dafür sein kann, dass Kinder mit Beeinträchtigungen von den Doktorspielen ausgeschlossen werden. Inklusionsgruppen im Kindergarten können dazu beitragen, dass sich Freundschaften zwischen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen anbahnen, wovon beide Seiten profitieren. Annäherungs- und Vermeidungs-Konflikte im Kontakt zwischen Kindern mit und ohne Beeinträchtigungen können verhindert und Partizipationsmöglichkeiten der beeinträchtigten Kinder verdeutlicht werden (Ortland, 2008, S. 42-43).

#### Sechstes Lebensjahr

Im sechsten Lebensjahr konzentrieren sich die Freundschaften auf das eigene Geschlecht. Das andere Geschlecht wird zunächst abgelehnt, um sich des eigenen Geschlechts zu vergewissern. Von Kindern mit kognitiven Beeinträchtigung kann diese

Ablehnung durch das andere Geschlecht als Ablehnung der eigenen Person verstanden werden. Zusätzlich empfinden sie Ablehnungen als gravierender, da sie meist über weniger soziale Kontakte verfügen. Auch fühlen sich Kinder in einer abhängigen und schwächeren Position als Erwachsene und provozieren diese durch sexuell gefärbte Sprüche oder Witze. Die Verunsicherung der Erwachsenen dient der Bestätigung, was Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht oder eher selten möglich ist. Erneut besteht die Aufgabe der Bezugspersonen darin, eine einfühlsame und sensible Unterstützung zu bieten und eine Anbahnung von Kontakten zwischen den Kindern positiv zu unterstützen (Ortland, 2008, S. 43-44).

#### Siebtes Lebensjahr bis Beginn der Pubertät: Die Latenzphase

Im siebten Lebensjahr hat ein Kind ohne Beeinträchtigung eine weitgehend stabile Identität erreicht und ist relativ selbständig. Erste Erfahrungen mit dem verliebt sein, wirken sich auf spätere Beziehungserfahrungen aus. Selbstbefriedigung, als Art sich schöne Sinneserfahrungen und Körpergefühle zu verschaffen, bereitet den Kindern nach wie vor Freude. Gegen gleich- und gegengeschlechtliche Doktorspiele ist nichts einzuwenden, solange diese im beidseitigen Einvernehmen der gleichaltrigen Kinder geschehen. Allerdings werden diese nun vor den Erwachsenen geheim gehalten, was auf das zunehmende Schamgefühl zurückzuführen ist. Eine neue Dimension der Sexualerziehung eröffnet sich den Kindern durch veränderte Möglichkeiten des Verstehens und durch Medienaneignung. Allerdings sollte dieses Halbwissen durch die Sexualerziehung der Eltern und PädagogInnen erweitert und Raum für Fragen geboten werden (Ortland, 2008, S. 44-46).

Ortland (2008) macht darauf aufmerksam, dass die Anerkennung der Peers bei Jungen und die Akzeptanz der Erwachsenen bei Mädchen der Identitätsfindung im eigenen Geschlecht dient. Für Kinder mit kognitiven und körperlichen Beeinträchtigungen können Förderschulen und tägliche sozialpädagogische Strukturen hinderlich sein, um sich mit Gleichaltrigen auszutauschen und beispielsweise im "Versteckten" lustvolle Begegnungen mit Gleichaltrigen zu erleben.

Hinzu kommt, dass sich Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen tendenziell jüngere SpielpartnerInnen aussuchen, was bei der Thematik der an sich harmlosen sexuellen Explorationen (z.B. Doktorspiele) von Eltern als gefährlich und unerwünscht interpretiert werden kann, obwohl sich beide Kinder mental in der gleichen Phase befinden würden (Ortland, 2008, S. 44-46).

Durch diese Erläuterungen wird aufgezeigt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bereits seit der frühen Kindheit erschwerenden Verhältnissen ausgesetzt sind, die die Entwicklung einer sexuellen Identität negativ beeinflussen können. Dies ist auch auf die sozioemotionale Entwicklung zurückzuführen, welche im nächsten Unterkapitel genauer beschrieben wird.

## 2.4 Sozioemotionale Entwicklung

Laut Erik Bosch und Ellen Suykerbuyk (2007) führen Kognition und Verstand zu Wissen. Für Bosch und Suykerbuyk ist Wissen mit Macht gleich zu setzen. Der Verstand dient somit dem Können und Begreifen, was dem einzelnen Individuum Macht verleiht. Das Können wird einerseits unter der Kognition und praktischen Fähigkeiten verstanden, andererseits muss man dem Können auch gewachsen sein um dieses ertragen zu können. Diese Ausführungen führen zum „Sozialen“ und „Emotionalen“ und diesbezüglich zur sozioemotionalen Entwicklung (S. 28-29).

Das Können (emotionales) und das Gewachsen-sein (soziales) bilden ein Spannungsfeld, das für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt spürbar wird. Es muss bedacht werden, dass die emotionale Entwicklung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen hinter der kognitiven Entwicklung zurückbleibt und dass das geistige Entwicklungsalter bei vielen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht einmal bei vier oder fünf Jahren liegt. Bosch und Suykerbuyk versuchen aufzuzeigen, dass nicht nur das geistige Entwicklungsalter von Bedeutung ist, sondern dass Professionelle ein Gespür dafür entwickeln müssen, das soziale und emotionale Entwicklungsalter von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen mit einzubeziehen, um auch in diesen Bereichen Unterstützung zu bieten und die Betroffenen nicht zusätzlich zu überfordern (ebd.).

Das Emotionale beschreibt grundsätzlich, wie man sich selbst erlebt. Es beinhaltet somit die Gemütsverfassung, das Erleben und die Gefühle. Das Soziale beschreibt, wie jemand mit anderen umgeht und äussert sich mit dem Verhalten anderen gegenüber. Das Emotionale und das Soziale stehen in einer Wechselwirkung und sind in ihrem Wesen nicht voneinander zu trennen (Bosch & Suykerbuyk, 2007 S. 28-29).

Die emotionale Entwicklung lässt sich in der Alltagspraxis gut mit Eriksons Triebtheorie, welche auf Freuds Erkenntnissen aufbaut, einschätzen. Laut Erikson sind Menschen triebgesteuerte Wesen, die kontinuierlich damit beschäftigt sind, ihre Triebe (Bedürfnisse) zu befriedigen und die Unausgewogenheit zu beseitigen. Ab dem vierten und fünften Lebensjahr entwickelt sich der „Wille“, der laut Erikson das „Ich“ darstellt. Der Wille wird lebenslanglich aktiv damit beschäftigt sein, situativ den Trieben (emotional) oder dem Gewissen (sozial) nachzugehen.

Trieb → Ich ← Gewissen

Bedürfnis → Ich ← sozial verantwortbare Normen

Im Zusammenhang mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist das Wissen über den Stand des emotionalen Funktionsniveaus von grosser Bedeutung. Nur mit diesem Wissen wird es Professionellen der Sozialen Arbeit möglich sein, das Handeln und Verhalten der Klientel zu verstehen. Falls das Entwicklungsalter unter vier bis fünf liegt, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass kein „Wille“ und somit keine „innere Stimme“ vorhanden sind, die sich die Frage stellen, ob das Befriedigen des aktuellen Triebs auf negative soziale Resonanz stossen könnte (Bosch & Suykerbuyk, 2007 S. 30-33). In Bezug auf das Verständnis des emotionalen Niveaus und der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen scheinen die orale Phase, die anale Phase und die ödipale Phase nach Erikson bedeutsam (S. 31-37).

In der oralen Phase steht die Befriedigung der Bedürfnisse im Zentrum, da ein Aufschub in diesem Alter unmöglich ist. Das Baby fragt sich nicht, ob das Befriedigen des Bedürfnisses sozial anerkannt ist oder nicht. Bosch und Suykerbuyk (2007) zeigen auf, dass es Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt, die sich lebenslanglich in der oralen Phase befinden. Das geistige, emotionale und soziale Entwicklungsalter liegt

unter einem Jahr. Das Verständnis für das emotionale Funktionsniveau dient der angemessenen Einschätzung des Hilfebedarfs und Akzeptanz und Respekt der betroffenen Menschen. Wenn also ein erwachsener Mann bei jeder Gelegenheit öffentlich im Flur masturbiert, tut er dies nicht zur Provokation und sollte dafür nicht sanktioniert werden. Dieser Verhalten ergibt sich, da er ganz ursprünglich auf seine Triebe reagiert und diese zu befriedigen versucht. Diese Erkenntnis führt zu mehr Verständnis und das Verhalten kann besser eingeordnet werden (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 31-37).

In der analen Phase steht laut Erikson das „Ich“ im Zentrum. Das Kind, zwischen eins und drei, entwickelt eine Identität, indem es sich aus der sehr engen Symbiose zur Mutter entfernt. Durch die wachsende Kontrolle über die Muskulatur im analen Bereich kann das Kind willentlich Stuhlgang zurückhalten oder ausscheiden. Das Erleben von Wille und Wahlfreiheit führt zu einem Gefühl von Autonomie. Ist die willentliche Regulation des Schliessmuskels nicht möglich, drängen sich Scham und Zweifel in den Vordergrund (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 31-37).

In dieser Phase beginnt die Entstehung des eigenen Willens und das Individuum strebt seine eigene Freiheit an. Das Festhalten und Loslassen der anatomischen Gegebenheiten werden auf das soziale übertragen und die Kinder beginnen damit zu experimentieren. Grenzen werden gesucht und überschritten und heftige trotzig Reaktionen entfacht (ebd.).

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist dieses trotzig Verhalten teils auch stark ausgeprägt, da ihr emotionales Niveau dem eines Kleinkindes entspricht. Individuen, die sich in der analen Phase befinden, machen sich stark abhängig von der Haltung der Umgebung. Bei Uneinigkeiten neigen sie dazu, sich abgewiesen zu fühlen, was zu heftigen Reaktionen wie Wutanfällen führen kann (ebd.).

Bosch und Suykerbuyk (2007) bringen ein Beispiel von einem 25-jährigen Mann mit leichter kognitiver Beeinträchtigung und seiner Freundin. Bernd möchte mehr Sex als Saskia. Wenn er sexuell aktiv sein möchte, sie aber keine Lust hat, interpretiert er

dies als immense Abweisung und brüllt sie an. Saskias Eltern haben die Betreuer und Betreuerinnen gebeten, diese Beziehung zu verbieten (S. 31-37).

Betrachtet man nun, dass Bernd in seinen Wutanfällen nicht wütend auf Saskia ist, sondern typisch für die anale Phase nach Selbstbestimmung schreit und noch keinen Umgang mit Grenzen kennt, wird ersichtlich, dass sein emotionales Niveau noch nicht ausreicht, in solchen Situationen adäquat zu reagieren. Dieses Beispiel eignet sich gut um aufzuzeigen, dass das emotionale Niveau dem geistigen Entwicklungsstand stark unterliegt. Weitere Grenzen zu setzen und die Beziehung zu verbieten wäre kontraproduktiv für alle Parteien. Da Bernd jedoch viel Bestätigung von seinem Umfeld braucht, ist es sinnvoll, verhandelnde Gespräche zu nutzen und Verabredungen miteinander zu treffen (ebd.).

In der ödipalen Phase stehen das Gewissen (Über-Ich) und sozialvertretbare Werte und Normen im Mittelpunkt. Auch ist die emotionale Belastbarkeit immens gestiegen, da Kinder aufgrund ihres Gewissens, als inneren Erkenntnissen über Normen und Werte, in der Lage sind, Bedürfnisse aufzuschieben. In dieser Phase erproben sie durch Rollenspiele, beispielsweise Vater- Mutterspiele, verschiedene Rollen und können sich einem Geschlecht zuordnen. Die Psychoanalyse ist der Auffassung, dass die Bildung des Gewissens durch verschiedene innere Konflikte entspringt. Im Folgenden wird daher auf den Ödipus-Komplex eingegangen (Beispiel anhand eines Jungens; ähnlich für Mädchen) (ebd.).

Sobald ein Junge sich mit der Rolle des Vaters identifiziert hat, möchte er diesem sehr ähnlich sein und vergleicht sich mit ihm. Der Vater fungiert als Vorbild des Sohnes, jedoch ergibt sich eine herausfordernde Situation. Die Mutter, die dem Jungen immer so nah war, ist in einer Liebesbeziehung mit dem Vater. Da der Junge dasselbe haben möchte wie der Vater, möchte er seine Mutter „besitzen“, genauso wie der Vater. Es entsteht ein Gewissenskonflikt für den Jungen, da er den eigenen Vater einerseits bewundert und als Vorbild sieht und andererseits als Rivalen. Schuldgefühle steigen auf. Durch diesen schmerzhaften inneren Konflikt kommt der Junge im Idealfall zur

Einsicht, dass es vernünftig ist, von diesem Trieb und der Lust Abstand zu nehmen und dass es realistisch gesehen nicht gut ist, dem eigenen Vater im Weg zu stehen.

Die familiären und gesellschaftlichen Werte und Normen erfordern es, starke Lustgefühle zu verdrängen und zeigen dem Jungen auf, dass es sich als Sohn nicht gehört, so dicht bei der Mutter zu sein. Das Lustprinzip wird gegen das Realitätsprinzip ausgetauscht und der Junge lebt nach den Normen und Werten, die seine Umgebung ihm auferlegt. Dieser Prinzipientausch und die Bildung des Gewissens finden ungefähr im Alter von vier bis fünf Jahren statt (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 31-37).

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist das Verständnis für Normen und Werte meist nicht sehr stark entwickelt. Dies äussert sich beispielsweise darin, dass sie nackt über die Flure der Wohngruppe gehen oder ohne Unterwäsche und mit geöffneten Beinen auf dem Sofa sitzen. Es wird davon ausgegangen, dass sie sich zwar im Sinne von Normen und Werten wünschenswert verhalten, diese jedoch nicht verinnerlicht haben. Aufgrund des zu wenig entwickelten emotionalen Niveaus, können viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen kein internes Gewissen entwickeln, welches im Normalfall den Tausch des Lust- und Realitätsprinzips bewirkt. Ist das Lustprinzip im Vordergrund, so sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen weiterhin auf das externe Gewissen (beispielsweise Mitarbeitende) angewiesen. Geht es um sexuell grenzüberschreitendes Verhalten von Menschen mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen, kann dies aufgrund fehlender innerer Norm und fehlender emotionaler Entwicklung geschehen (ebd.).

#### Das soziale Niveau

Wie bereits erwähnt, geht es beim sozialen Niveau um die Frage, wie man anderen gegenübertritt und was man aushalten kann. Grundsätzlich lautet die Devise, dass was auf sich genommen wird, auch ertragen werden muss. Zutreffend wird davon ausgegangen, dass Menschen mit hoher Belastbarkeit mehr ertragen können. Die darauffolgende Konklusion lautet, dass mit Zunahme der Belastbarkeit ein leichter situativer Umgang mit den herrschenden Normen und Werten stattfindet.

Dieser Umgang ermöglicht eine Anpassung an die Umwelt und deren Anforderungen. In Bezug auf die Sozialpädagogik ist es daher hilfreich zu durchschauen, wie das soziale Funktionsniveau von einzelnen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist und welche emotionale Welt sich dahinter verbirgt (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 38). Zusätzlich wurde festgestellt, dass die soziale Entwicklung häufig parallel zu der emotionalen Entwicklung läuft (ebd.).

Aus der Perspektive des Sozialen wird in der oralen Phase von einer Symbiose gesprochen, da der oder die Betroffene (oder der Säugling) an ihre oder seine Umgebung angeheftet ist (ebd.). Das Kind schreit und macht sich bemerkbar, da es auf Hilfe angewiesen ist, um seine Bedürfnisse zu befriedigen (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 31). In dieser Phase geht es „nur“ um die Befriedigung essentieller Triebe und Bedürfnisse und ein sozial angepasstes Verhalten wird nicht gezeigt. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in dieser Phase ist es nicht möglich, sich in andere hineinzusetzen, von sich aus auf andere zu schliessen und zwischen sich selbst und anderen zu unterscheiden (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 38).

Die soziale Entwicklung in der analen Phase, erstes bis drittes Lebensjahr, ermöglicht eine Unterscheidung zwischen dem „Ich“ und dem „Du“. Durch die Lösung aus der Symbiose zur Mutter begreift das Kind, dass es eine Grenze zwischen sich selbst und dem Gegenüber gibt. Durch diese Erkenntnis beginnt das Kind zu experimentieren und sucht nach Grenzen, um auf diese Weise verschiedenen Identitäten zu begegnen und um Reaktionen auf die eigene Identität zu erfahren. Dieses emotionale Erleben wird auch in der sozialen Entwicklung sichtbar (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 39).

Der Kampf um Selbstbestimmung scheint von hoher Bedeutung, was das individuelle Verhalten stark zu beeinflussen vermag. Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zeigt sich dieses selbstbezogene Verhalten darin, dass ihnen die Anwesenheit bestehender Normen, Werte und Regeln zwar bewusst ist, sie durch Grenzkonflikte aber in bestimmten Situationen sehr eigensinnig und herausfordernd auf diese reagieren (ebd.). Klienten und Klientinnen in dieser Phase sind noch sehr „Ich-bezogen“ und es wird von einem „nebeneinander Spielen“ gesprochen. Diesbezüglich

handelt es sich mehr um ein Abtasten als eine Zusammenarbeit im sozialen Sinne und die Betroffenen können sich auf diesem sozialen Niveau kaum oder gar nicht in andere versetzen (Bosch & Suykerbuyk, 2007, S. 39).

Das Einfühlen in andere Menschen ist in der ödipalen Phase bereits bedeutend einfacher. Wie bereits erläutert, steht in emotionaler Hinsicht das Gewissen in dieser Phase im Mittelpunkt. Das Experimentieren mit Normen und Werten und das Verständnis dafür, was sich gehört und was nicht, gehören zum sozialen Verhalten und somit zu der Entwicklung des sozialen Niveaus. Entsprechend der geltenden Normen und Werte ist es dem Individuum möglich, seine Bedürfnisbefriedigung aufzuschieben. Wer über das soziale Niveau eines Vorschulkindes verfügt (drei bis fünf Jahre alt), kann sich in andere Menschen hineinversetzen und es kann von Zusammenarbeit gesprochen werden (ebd.).

Wenn Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zur emotionalen Entwicklung eine anscheinend höhere soziale Entwicklung anzeigen, ist Vorsicht geboten. Die Problematik besteht darin, dass die soziale Anpassung für die betroffene Person zwar angenehme Interaktionen bewirkt, jedoch zu überfordernden Situationen führen kann, welche emotional nicht verkraftet werden können (ebd.).

Es kann festgehalten werden, dass zwischen dem emotionalen und sozialen Niveau von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt Spannungsfelder entstehen. Das Vorführen von sozialem, adäquatem und gewünschtem Verhalten kann für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu Überforderung führen, was zur Folge haben kann, dass sie mehr prästieren wollen, als sie ertragen können. In solchen Spannungsfeldern ist es wichtig, geeignete Unterstützung anzubieten. Bestätigung, Bekräftigung und die adäquate Vorgabe von Verhaltensnormen müssen gewährleistet werden. Adäquate Unterstützung muss auch in der Pubertät sichergestellt werden, was im nächsten Unterkapitel genauer beschrieben wird (ebd.).

## 2.5 Pubertät

Aus dem lateinischen Wort "pubertas" wird der Begriff Pubertät übersetzt, was so viel wie Geschlechtsreife bedeutet. Es wird ein Lebensabschnitt definiert, der den Namen der Adoleszenz, auch Jugendalter genannt, trägt und mit dem Einsetzen der Pubertät beginnt. Diese Entwicklungsphase und die damit verbundene Entwicklung der Geschlechtsreife dauert bis zu zirka sechs Jahren an. Bei Mädchen beginnt sie mit der ersten Regelblutung und bei Jungen mit dem ersten Samenerguss. Weiter bezeichnet die Pubertät die Übergangsphase von der Kindheit ins Erwachsenenalter (Werner Stangl, 2017).

Ilse Achilles (2010) unterteilt den Prozess des Erwachsenwerdens in drei Bereiche auf. Nämlich in den Bereich der sexuellen Reife, der psychischen Reife und der sozialen Reife. Die sexuelle Reife wird durch die psychische und soziale Reife ergänzt. Unter psychischer Reife wird die Ablösung vom Elternhaus, das kritische Denken und das verantwortungsbewusste Handeln verstanden. Die soziale Reife gilt als erreicht, wenn die Jugendlichen die wirtschaftliche Unabhängigkeit erlangen (S. 40-45). Dieser Reifungsprozess ist nach Joachim Walter (2005) von einer Vielzahl von Faktoren abhängig, wie zum Beispiel von der Kultur, der sozialen Schichtzugehörigkeit, dem Klima, dem Gesundheitszustand, der Ernährung oder von vererbten Gegebenheiten (S. 160).

Während der Adoleszenz durchlaufen die Jugendlichen laut Oerter und Dreher (Oerter & Dreher, 1998, zit. In Orland, 2008, S. 47) folgende Entwicklungsaufgaben:

- Aufbau neuer und reifer Beziehung zu Altersgenossen beiderlei Geschlecht
- Übernahme der weiblichen oder männlichen Geschlechtsrolle
- Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung und effektiver Nutzen des Körpers
- Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und Erwachsenen
- Vorbereitung auf Ehe- und Familienleben
- Vorbereitung auf beruflichen Werdegang
- Entwicklung einer Ideologie, die durch Werte und Ethik als Leitfaden für das Verhalten dienen
- Erstreben und Erreichung sozial verantwortlichen Verhaltens

Obengenannte Entwicklungsaufgaben sind für Jugendliche mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen zu durchlaufen. Diesbezüglich erlangen beeinträchtigte Jugendliche zur gleichen Zeit die pubertäre Reifeentwicklung wie kognitiv gesunde Jugendliche. Es wird davon ausgegangen, dass kognitiv beeinträchtigte Kinder und Jugendliche denselben stressvollen Entwicklungsprozess in der Pubertät durchleben wie gleichaltrige, nicht beeinträchtigte Jugendliche. Der Reifeprozess ist diesbezüglich unabhängig von der vorhandenen Intelligenz des Individuums (Susanne Leue-Käding, 2004, S. 80).

Jedoch sind Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen im Vergleich zu den nicht beeinträchtigten Jugendlichen im Nachteil und aus Sicht der Autorinnen noch mehr Stress ausgesetzt. Wie sich dieser Nachteil äussert, hängt nicht alleine von der primären Beeinträchtigung ab, sondern auch von der Einstellung und dem Erziehungsverhalten der Eltern, Pädagogen und Pädagoginnen und Therapeuten und Therapeutinnen. Ein weiterer Faktor bildet das Umfeld, in welchem die kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen aufwachsen. Ob diese zu Hause oder im stationären sozialpädagogischen Setting aufwachsen ist daher von grosser Bedeutung (Walter, 2005, S. 160).

Kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen wird im allgemeinen weniger zugetraut und aus diesem Grund auch weniger erlaubt als gleichaltrigen nicht beeinträchtigten Jugendlichen. Die Auseinandersetzung und das Ausprobieren mit ihrer Umwelt findet in einem sehr eingeschränkten Rahmen oder gar nicht statt (ebd.).

Auch Leue-Käding (2004) bezieht sich auf Walter (1996) und macht auf eine grosse Diskrepanz zwischen dem Sexualalter und dem Intelligenzalter der kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen aufmerksam (S. 82). Diesbezüglich ist es für kognitiv beeinträchtigte Jugendliche durch diesen Zustand äusserst schwer zu erfassen, was in ihnen vorgeht und sie können dies emotional nicht verarbeiten. Es kommt zu einer Verstärkung der Primärsymptome der Beeinträchtigung, welche eine doppelte Wirkung auf die kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen hat. Die kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen schämen sich für die Veränderungen ihres Körpers und zusätzlich wenden sich ihre Bezugspersonen von ihnen ab, da das "naive Kindliche" verloren gegangen ist.

Die Berührungssängste werden gesteigert und die Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen erfahren noch mehr Abneigung, was die Entwicklung eines positiven Selbstbildes behindert (Leue-Kädding, 2004, S. 81-85).

Wie bereits erwähnt, gehen durch diese Veränderung des Äusseren noch mehr Menschen auf Distanz zu ihnen und der Anschluss an gleichaltrige, nicht-beeinträchtigte Jugendliche wird dadurch noch mehr erschwert. Eltern, Familie und Betreuer, die die Jugendlichen immer noch als Kind sehen, oder sehen wollen, sind irritiert und es kommt häufig zu abstossenden Reaktionen (ebd.).

In dieser Phase brauchen kognitiv beeinträchtigte Jugendliche jedoch umso mehr Hilfestellung von deren Umgebung, damit sie einen adäquaten Umgang mit den Veränderungen ihrer Körper erlangen. Sie müssen über körperliche Veränderungen und über die Bereiche Menstruation und Samenerguss aufgeklärt werden. Dies ist ganz besonders wichtig, damit bei kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen nicht der Eindruck entsteht, dass sie abnormal oder krank seien und damit sie nicht noch mehr Abneigung verspüren. Auch muss auf die Bedürfnisse der kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen eingegangen werden, wenn diese sich beispielsweise sexuell befriedigen möchten, aber nicht wissen, wie dies funktioniert (Barbara Senckel, 2000, S. 176).

Es ist daher in der Phase der Pubertät immens wichtig, den kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen zu erklären, wie sie sich selbst stimulieren und befriedigen können. Sowohl die sexuelle Befriedigung als auch eine Orientierung an einer Gruppe Gleichaltriger ist in diesem Alter von grosser Bedeutung. Wird diese Unterstützung jedoch nicht gewährleistet, fühlen sich kognitiv beeinträchtigte Jugendliche unsicher und ängstlich und schämen sich für ihre Beeinträchtigung, was mit der fehlenden sexuellen Identität in Verbindung gebracht werden kann (ebd.).

Die Studie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) belegt obengenannte Faktoren. Es geht hervor, dass sich die Auseinandersetzung mit Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung für Jugendliche mit Sinnes- und Körperbeeinträchtigungen schwieriger gestaltet. Als Gründe werden die erschwerten Bedingungen der Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen, die nicht vollzogene emotionale

Lösung der Eltern und die fehlende Akzeptanz des eigenen Körpers aufgrund der Beeinträchtigungen genannt (Sabine Wienholz, Anja Seidel, Marion Michel & Martina Müller, 2013; zit. in Daniel Kunz, 2016, S. 31).

## 2.6 Sexuelle Identität

Durch die ablehnenden und verunsicherten Reaktionen der Umwelt und die tabuisierenden und negierenden Verhältnisse der Gesellschaft sind Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besonderen Voraussetzungen ausgesetzt. Diesbezüglich wird die sexuelle Entwicklung und somit die Gestaltung einer sexuellen Identität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch verschiedene Faktoren erschwert. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden in ihrer sexuellen Entwicklung weitgehend gehemmt und exkludiert. So werden sie in der Gesellschaft beispielsweise selten als Mann oder Frau definiert, sondern vielmehr auf ihre Beeinträchtigung und Defizite reduziert (Ortland, 2008, S. 80).

Für die Erläuterung des Begriffs der sexuellen Identität wurde bei der Fachstelle für Sexualpädagogik und Beratung Lust und Frust recherchiert. Die sexuelle Identität sagt entsprechend aus, als was sich ein Individuum selbst sieht und wie es von anderen Personen und somit von der Gesellschaft wahrgenommen wird oder wahrgenommen werden möchte. Es handelt sich somit um die Eigenschaften der individuellen Sexualität. Die sexuelle Identität setzt sich aus dem biologischen Geschlecht (Körper), dem psychischen Geschlecht (Psyche), dem sozialen Geschlecht (Rolle) und der sexuellen Orientierung (Begehren) zusammen (Lust und Frust, 2017).

## 2.7 Sexuelle Gewalt

Reinhilde Stöppler (2014) stützt sich auf Karin Jeschke, welche besagt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt Opfer sexueller Gewalt werden, wobei Frauen öfter betroffen sind als Männer (Jeschke, 2006; zit. in Stöppler, 2014, S. 180). Zur sexuellen Gewalt gehören sexuelle Ausbeutung, sexuelle Belästigung, sexueller Missbrauch, sexuelle Nötigung und sexuelle Übergriffe (Ortland, 2008, S. 113).

Durch die Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse, welche die Möglichkeiten zur Ausübung sexueller Gewalt begünstigen, sind Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich in institutionellen Kontexten befinden, besonders gefährdet (Ortland, 2008, S. 114). Ortland stützt sich auf Bronfranchi, welche ebenfalls darauf hinweist, dass über 30% der Übergriffe an Orten stattfinden, mit denen die Beeinträchtigung des Opfers zusammenhängt. Neben den Wohnheimen werden auch Krankenhäuser oder Fahrzeuge, welche für die Beförderung der Menschen mit Beeinträchtigung genutzt werden, genannt (Ortland, 2008, S. 115).

Nebst dem Abhängigkeitsverhältnis erläutert Insieme (ohne Datum) folgende Faktoren, die zur Begünstigung von sexueller Gewalt führen:

- Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen über weniger Wissen bezüglich angemessenen sexuellen Verhaltensweisen. Dies ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen schulisch schlechter gebildet sind, wodurch ihnen die Möglichkeit fehlt, sich adäquat zu informieren.
- Aufgrund ihres Betreuungsbedarfs erleben Menschen mit Beeinträchtigungen vermehrt Eingriffe in ihre Intimsphäre, wodurch ein sexueller Übergriff als Grenzverletzung interpretiert und deshalb nicht als Übergriff wahrgenommen wird.
- Viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen über eine eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit. Aufgrund fehlender verbaler Kommunikationsmöglichkeiten wird der Körper als Verständigungsmittel eingesetzt. Dies kann jedoch dazu führen, dass der Täter oder die Täterin einen falschen Eindruck erlangt und annimmt, das Recht auf Körperkontakt zu haben.
- Aufgrund fehlender Möglichkeiten sich glaubhaft mitzuteilen, wird Menschen mit Beeinträchtigungen eine verminderte Glaubwürdigkeit zugesprochen (ohne Datum). Stöppler fügt hinzu, dass es Menschen mit Beeinträchtigungen erschwert wird, Anzeige zu erstatten (2008, S. 573).

- Des Weiteren ergänzt Stöppler (2008), dass die Täter oder Täterinnen aufgrund der kognitiven Beeinträchtigung des Opfers, eine geringere Hemmschwelle empfinden (S. 573).
- Oft verfügen Menschen mit Beeinträchtigungen über ein mangelndes Selbstbewusstsein und ein negatives Selbstkonzept.
- Ein weiterer Risikofaktor stellt die Distanzlosigkeit des Opfers dar, welche auf den Betreuungsbedarf zurückzuführen ist.
- Durch die Beeinträchtigungen kann eine körperliche und/oder verbale Wehrlosigkeit entstehen (ebd.).

Das Erleben von sexueller Gewalt kann sehr unterschiedliche und individuelle Folgen mit sich tragen. Einerseits hängt dies von der Art der sexuellen Gewalt ab, andererseits spielen die soziale Umgebung und die Persönlichkeit der betroffenen Person eine wesentliche Rolle (Ortland, 2008, S. 114). Die Folgen lassen sich in die drei Bereiche psychosozial, psychisch und psychosomatisch unterteilen (ebd.). Des Weiteren wird zwischen Langzeit- und Kurzzeitfolgen unterschieden. Somit kann es neben gesundheitlichen Beschwerden, welche durch Verletzungen oder Infektionen entstanden sind, auch zu einer negativen Identitätsentwicklung und dem Gefühl von Wertlosigkeit kommen (Stöppler, 2014, S. 182). Opfer sexueller Gewalt weisen häufig Symptome auf oder senden Signale aus, um auf ihre Leidenssituation aufmerksam zu machen. Diese fallen sehr individuell aus. Bei Menschen mit Beeinträchtigungen werden diese Signale häufig übersehen und vom sozialen Umfeld als Verhalten aufgrund der Beeinträchtigung verstanden (Ortland, 2008, S. 114).

Anlässlich des grössten Missbrauchsfalls in der Schweiz, in welchem ein Sozialtherapeut innert 30 Jahren mehr als 120 Menschen mit Beeinträchtigung missbraucht hat, reagierten zwölf Verbände, Organisationen und Institutionen mit der Verfassung der Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen

Grenzverletzungen. Diese fordert eine Null-Toleranz-Politik und setzt besonders bei den Mitarbeitenden und der Stärkung der Menschen mit Beeinträchtigung an (Charta Prävention, 2017).

## 2.8 Fazit

Kinder mit kognitiven Beeinträchtigungen erleben bereits in der frühen Kindheit negative sexuelle Erfahrungen, da ihr Umfeld häufig keinen adäquaten Umgang mit der jeweiligen Beeinträchtigung findet und diesbezüglich "falsche" Stimuli setzt.

Die Geschlechtsreife von Jugendlichen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird ungefähr im selben Alter wie bei Jugendlichen ohne kognitive Beeinträchtigungen erreicht. Die Entwicklung einer sexuellen Identität gestaltet sich jedoch bei beeinträchtigten Jugendlichen erschwert, da diese aufgrund der Diskrepanz zwischen dem Intelligenz- und Sexualalter und fehlender Möglichkeiten der sexuellen Erfahrungssammlung, Vorurteilen und Schwierigkeiten in der Partnersuche ausgesetzt sind.

Während der Pubertät sind Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen stark auf Unterstützung und Hilfeleistung ihres Umfeldes angewiesen, um eine individuelle Form der Geschlechtlichkeit zu finden und diese als Bereicherung zu erleben. Werden diese Bedürfnisse ignoriert, wirkt sich dies negativ auf die Entwicklung einer sexuellen Identität aus. Es ist immens wichtig, Eltern und Fachpersonen zu befähigen, die Sexualität der kognitiv beeinträchtigten Jugendlichen anzuerkennen und zu unterstützen, da eine Ignoranz wiederum auffällige Verhaltensweisen zur Folge haben könnte. Auch scheint eine individuelle und adäquate Aufklärung unerlässlich, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen den Umgang mit Sexualität zu erleichtern und allfällige Unsicherheiten zu reduzieren. Durch die Aufklärung können sexuelle Übergriffe vermindert werden, da kognitiv beeinträchtigte Menschen darauf sensibilisiert werden, was es heisst, sexuell aktiv zu sein und eigene Grenzen zu setzen.

Grundlegend kann gesagt werden, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dieselben Bedürfnisse nach Sexualität, Nähe, Liebe und Zärtlichkeit haben wie Menschen ohne kognitiven Beeinträchtigungen. Der ausschlaggebende Unterschied besteht jedoch darin, dass sie auf Unterstützung, Information und Akzeptanz

angewiesen sind, damit ein Kennenlernen und Ausleben einer "gesellschaftlich akzeptierten" Sexualität ermöglicht werden kann. Es besteht eine Abhängigkeit zu den Bezugspersonen, welche die Verantwortung und Macht darüber haben, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in deren Sexualität zu begleiten.

### 3. Kognitive Beeinträchtigung & Sexualität aus gesellschaftlicher, rechtlicher und ethischer Perspektive

Im folgenden Kapitel wird die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im gesellschaftlichen, rechtlichen und ethischen Kontext analysiert.

#### 3.1 Akzeptanz der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf gesellschaftlicher Ebene

Geht es um die Anerkennung der Sexualität in der Gesellschaft, so werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen noch heute stark diskriminiert. Die gesellschaftliche Stigmatisierung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen führt dazu, dass normale und angesehene Verhaltensweisen bei der eben genannten Personengruppe anders wahrgenommen, stark kritisiert und kritisch hinterfragt werden (Ehlers, 2006, S. 14).

Wird ein Mensch geboren, wird er vom Normen-, Werte- und Moralsystem der herrschenden Zeit und der bestehenden Gesellschaft bestimmt. Diese Systeme sind als relativ zu betrachten, da sie veränderbar sind. Jedoch führt eine Abweichung zum bestehenden System zu sehr unterschiedlichen gesellschaftlichen Reaktionen. Normen- und Wertesysteme erfüllen somit den Zweck, dass das Individuum sein Denken und Handeln fremden Urteilen und Vorschriften unterwirft, was für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen teils schwer umzusetzen ist. Wie bereits erwähnt, sind diese Systeme veränderbar und laut Ehlers (2006) haben sich die Normen besonders im Bereich Sexualität enorm verändert (S. 14). Sie bezieht sich auf Kluge (1978), der die kulturelle Normierung des gesellschaftlichen Lebens wie folgt zusammenfasst:

«Die kulturbedingten Normen und die von den geltenden Normen geprägten Wertevorstellungen des Individuums beeinflussen als intervenierende Variable sowohl das Sexualverhalten wie die Konsequenzen der jeweiligen sexuellen Verhaltensweise» (S. 14).

Durch den Normenwandel sind Fortschritte in den Bereichen Gleichberechtigung, Selbstbestimmung oder dem Umgang mit sexuellen Minderheiten zu vermerken. Dieser Fortschritt zieht jedoch auch negative Folgen mit sich, wenn man die Kehrseite der Liberalisierung der Sexualität betrachtet. Die Kommerzialisierung und das Konkurrenzdenken in Bezug auf Attraktivität und Leistungsfähigkeit sind in der heutigen Gesellschaft zentral. Auch werden die Eltern von Kindern mit einer Beeinträchtigung noch heute durch das gesetzte Normen- und Wertesystem sanktioniert. Allein die Geburt eines beeinträchtigten Kindes ruft viele, oftmals negative, Reaktionen der Umwelt hervor. Die Auseinandersetzung mit der Geschlechtlichkeit der beeinträchtigten Kinder birgt bei Eltern viele zusätzliche Ängste und Schwierigkeiten. Sie müssen sich mit Fragen des sexuellen Missbrauchs auseinandersetzen und sich ständig sorgen, dass ihre Kinder keine gesellschaftlich gesehenen „Sexualtabus“ überschreiten (Ehlers, 2006, S. 15).

Es wird ersichtlich, dass die vergrößerte Freizügigkeit und Offenheit der Sexualthematik sich positiv auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auswirkt, da das Normen-, Werte- und Moralsystem auch ihnen das Recht auf Partnerschaft und Sexualität zugestehen muss. Dies zeigt sich beispielsweise darin, dass die Sterilisation erschwert ist und dass Frauen und Männer mit kognitiven Beeinträchtigungen grösstenteils in gemischten Wohngruppen leben. Das Leistungsdenken und die Vorstellung über ein Schönheitsideal wirken sich jedoch negativ auf die Lebensumstände von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus (ebd.).

In Bezug auf das Schönheitsideal benutzt Mathias Vernaldi (2002) den Begriff des "makellosen Menschen". In der modernen Gesellschaft ist jeder Mensch der alltäglichen Bilderflut ausgesetzt. Durch die Medien werden ununterbrochen und überall makellose Menschen inszeniert, was den Körperkult immer massiver werden lässt. Laut Vernaldi, der sich selbst als beeinträchtigten Menschen bezeichnet, steht der Körper im Mittelpunkt des Interesses. Sexualität wird somit als höchste und lustvollste Wahrnehmung des Körpers gehandhabt (S. 52-57). Eine Beeinträchtigung wird in diesem Rahmen als unerotisch und unattraktiv empfunden, was die Möglichkeiten, einen

Partner oder eine Partnerin ohne Beeinträchtigung zu finden, stark beeinflusst. Durch die ständige Bilderflut von makellosen Menschen entwickelt jedes Individuum einen kritischen Blick und es scheint, als ob niemand mit seinem Körper und Äusseren zufrieden ist. Die allgemeine Wahrnehmung und Ästhetik prägt die Selbstwahrnehmung immens. Diesbezüglich wäre es wünschenswert, wenn beispielsweise durch Aktbilder von Menschen mit Beeinträchtigungen Integration stattfinden würde. Auf diese Weise würde ein neuer Sinn für allgemeine Ästhetik resultieren (Vernaldi, 2002, S. 52-57).

### Gesellschaftliche Vorurteile Sexualität und Beeinträchtigung

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden gesellschaftlich stark sanktioniert. Nebst der primären Behinderung werden sie auch aufgrund ihres Aussehens, Verhaltens, ihrer Hilfsbedürftigkeit oder ihren erschwerten Kommunikationsmöglichkeiten sanktioniert und exkludiert. Dieser gesellschaftliche Ausschluss begrenzt die Möglichkeiten kognitiv beeinträchtigter Menschen, partnerschaftliche Erfahrungen zu machen. Diesbezüglich resultiert eine sekundäre Behinderung seitens der Gesellschaft, welche die Persönlichkeitsentwicklung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusätzlich behindert (Hoyle-Hermann & Walter, 1994; zit. in Ehlers 2008, S. 14). Treffend formuliert Walter (2005, S. 29.) die These, dass "Beeinträchtigung" und Sexualität weit mehr für Angehörige und Betreuende ein Problem ist als für die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen selbst.

Im Wesentlichen gibt es laut Walter (1996) drei typische Vorurteile in Bezug auf die Sexualität der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. So werden Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als "ewige unschuldige Kinder", "Wüstlinge" oder "klebrige Distanzlose" betitelt und wahrgenommen. Bei dem "unschuldigen Kind" werden die Veränderung und die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geleugnet. Ausgehend von der Meinung der Gesellschaft, dass die Begrifflichkeiten Sexualität und kognitive Beeinträchtigung nicht zu vereinen sind, wird von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erwartet, dass sie lebenslänglich naive, unverdorben und geschlechtlose „grosse Kinder“ bleiben.

Das zweite Vorurteil besagt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen „Wüstlinge“ sind. Hier handelt es sich um die Dramatisierung und Überbetonung der Sexualität von kognitiv beeinträchtigten Menschen. Sexuelle Handlungen werden als tierische Befriedigung rein körperlicher Bedürfnisse interpretiert. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird nicht zugetraut, dass sie ihre sexuellen Triebwünsche in personellen Beziehungen oder auf andere sozial akzeptable Weise befriedigen können. Der Gedanke, dass „schlafende Hunde“ nicht geweckt werden sollten und dass der Mensch mit einer kognitiven Beeinträchtigung kein Interesse an Sexualität hat, bis dieses beispielsweise im Rahmen der Sexualerziehung in ihm von aussen geweckt werde, erweist sich als weitere Herausforderung (Walter, 1996, S. 32; zit. in Ehlers 2008, S. 14).

Das Vorurteil des „klebrigen Distanzlosen“ bezieht sich auf die Fehldeutung nonverbaler Kommunikation kognitiv beeinträchtigter Menschen. Durch sprachliche Schwierigkeiten und fehlende Ausdrucksweise, sind die Körpersprache und die nonverbale Kommunikation von grosser Bedeutung. Menschen ohne kognitive Beeinträchtigungen deuten diese Ausdrucksweise oft falsch, wodurch viele Missverständnisse entstehen, die den Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung als „distanzlos, unbeherrscht oder triebhaft“ etikettieren (ebd.).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die gesellschaftlich vermittelte, restriktive Einstellung zur Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen immense Auswirkungen auf die Sexualität von ebengenannter Personengruppe hat. Die beschränkende Haltung und Abweisung der Gesellschaft verhindert die Schaffung von Bedingungen, sexuelle Erfahrungen zu sammeln. Dies führt zu verstärkter sozialer Isolation was wiederum das Finden einer Partnerin oder eines Partners erschwert (Ortland, 2008, S. 31).

### 3.1.1 Doppelte Tabuisierung

In der Öffentlichkeit über Sexualität zu sprechen stellt viele Menschen vor eine grosse Herausforderung. Dies einerseits, weil Sexualität als sehr heikles und intimes Thema gehandhabt wird und andererseits, weil es so scheint, als reiche die Alltagssprache nicht aus, um diese komplexe Thematik zu umschreiben und zu besprechen. Sexualität gilt somit noch heute als ein Tabuthema, über welches kaum gesprochen wird. Wie bereits angetönt, wurde nie gelernt, adäquat darüber zu sprechen. Wenn die Aufklärungsphase abgeschlossen ist, sprechen Erwachsene ohne kognitive Beeinträchtigungen im Normalfall nicht mit ihren Eltern über Sexualität und sicherlich nicht über konkrete sexuelle Erfahrungen. Für die Eltern scheint dies selbstverständlich und die persönlichen Geheimnisse eines jeden Individuums werden akzeptiert. Das Tabu bleibt somit ein "gesundes" Tabu (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2009, S. 12).

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gestaltet sich dies jedoch anders. Infolge fehlender Ablösung der Eltern sind Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen noch immer sehr nahe an ihre Bezugspersonen gebunden. Aufgrund dieser Abhängigkeit wird es ihnen nicht ermöglicht, sich selbständig zu machen. Genau an dieser Stelle kommt es zu der doppelten Tabuisierung (ebd.). Eltern von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen erleben die Regungen und sexuellen Wünsche oder Sehnsüchte ihrer Kinder hautnah mit. Da dies den Eltern unangenehm ist und eigentlich als nicht wünschenswert betrachtet wird, wird das natürliche Schamgefühl der Eltern aktiviert. Ein Tabu wird verletzt. Aufgrund der Scham, des Schreckens oder der Ratlosigkeit neigen viele Eltern dazu, das Verhalten ihrer Kinder negativ zu codieren oder gar zu verbieten. Auf diese Weise wird die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen doppelt tabuisiert (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2009, S. 12-13).

Peggy Sternberg (2008) begründet die doppelte Tabuisierung der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zusammenfassend damit, dass die Sexualität etwas intimes und persönliches ist, der Zugang für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen jedoch durch gesellschaftliche Muster erschwert wird (S. 1-3).

### 3.1.2 Paternalismus

Bezüglich der Tabuisierung seitens der Eltern und Gesellschaft, muss an dieser Stelle der Paternalismus genauer beleuchtet werden. Laut Markus Dederich (2011) findet der Begriff des Paternalismus seinen Ursprung in der lateinischen Sprache, in welcher das Wort "Pater" mit "Vater" übersetzt wird. Gemeint ist eine Herrschaftsordnung, die ihre Autorität und Herrschaftslegitimierung mit einer vormundschaftlichen Beziehung zwischen Herrschenden und beherrschten Personen begründet (S. 169).

Betreffend Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gelten Handlungen als paternalistisch, die gegen den eigenen Willen, aber auf das vermeintliche Wohl der Betroffenen ausgerichtet sind. Wolfgang van den Daele (2002) besagt, dass paternalistische Regelungen von den Adressaten und Adressatinnen häufig als Bevormundung empfunden werden. Markant ausgedrückt kann Paternalismus als eine Form der Behindertenfeindlichkeit bezeichnet werden, unabhängig davon, ob diese bewusst oder unbewusst erfolgt. So handeln Menschen paternalistisch, wenn sie es aus ihrer eigenen Sicht „nur gut mit den beeinträchtigten Menschen“ meinen und sie deshalb beschützen und fürsorglich behandeln wollen.

Diese von Eltern und professionellen Betreuenden noch vorhandene Haltung führt jedoch häufig zu einer Bevormundung der Kinder oder der Klientel. Der Paternalismus wird in der heutigen Zeit stark kritisiert, da der Schutz und die Versorgung kognitiv beeinträchtigter Menschen nicht mehr im Zentrum der Überlegungen stehen, sondern deren Autonomie und Ermächtigung. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sollen in die Lage versetzt werden, ein unabhängiges Leben „so normal wie möglich“ zu führen (ebd.).

#### Auswirkungen

Die doppelte Tabuisierung und die Neigung, paternalistische Entscheidungen zu treffen, führen zu einem erhöhten Mass an Fremdbestimmung im Bereich der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. So kann das Heranwachsen der eigenen Kinder zu geschlechtsreifen Wesen vielen Eltern Sorgen bereiten und als Bedrohung wahrgenommen werden. Die Angst, dass die eigene Tochter durch sexuelle Aktivitäten

Liebeskummer erleiden muss, schwanger oder sexuell missbraucht wird, führt häufig dazu, dass Eltern nach "sicheren Lösungen" suchen. So erschien die Sterilisation lange als sicherste Lösung, um der Gefahr einer Schwangerschaft entgegenzuwirken, was in der jetzigen Zeit als ethisch verwerflich und gesetzeswidrig gilt. Andere Aufgaben und Thematiken im Bereich der Sexualerziehung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen schienen zweitrangig (Lebenshilfe, 2009, S. 13).

Es wurde jedoch empirisch belegt, dass Verdrängung und Unterdrückung von Sexualität zu neurotischen und verkrampften Persönlichkeiten führen kann. Daher gilt es, positive und sozialverträgliche Formen zu finden, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Entwicklung und dem Erleben ihrer Sexualität zu unterstützen. Dies beginnt bei der Notwendigkeit, dass Eltern von Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen die Verantwortung für eine bewusste Sexualerziehung ihrer Kinder übernehmen und gewähren müssen (ebd.).

An dieser Stelle möchten die Autorinnen noch kurz auf die Fortschritte im Bereich der Verhütung eingehen. Erschreckenderweise galt das eugenische Gedankengut, also alle Anstrengungen, die Weitergabe von "schlechten und ungesunden" Genen zu verhindern, in Europa bis nach dem zweiten Weltkrieg als hoch anerkannt. Der Sozialdarwinismus war in der Gesellschaft breit abgestützt und wurde sogar von Heilanstalten, sozialen Institutionen, Behörden und Fachpersonen des Sozialbereichs mitgetragen. Im Jahr 1996 stellten Zemp und Pirchers in einer Studie in Österreich fest, dass 62,5 Prozent der befragten Frauen sterilisiert waren. (Lucie, Kniel-Fux, 2014, S. 25-27).

Die Autorinnen möchten auf den Zusammenhang zwischen der doppelten Tabuisierung, des Paternalismus und der Zwangssterilisation hinweisen. Durch den Wertewandel, rechtliche Grundlagen und spezifisch durch das Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes im Jahr 2005, werden Paternalismus und Tabuisierung immer mehr abgebaut, was zu weniger Fremdbestimmung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen führt.

## 3.2 Recht auf selbstbestimmte Sexualität

Das Recht auf selbstbestimmte Sexualität wird in folgenden Unterkapiteln auf Grund verschiedener rechtlichen Bestimmungen dargelegt. In den rechtlichen Grundlagen wird der Begriff Menschen mit Behinderungen verwendet. Aufgrund der Begriffserklärung in Unterkapitel 1.6.2 wird im Folgenden jedoch die Begrifflichkeit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verwendet.

### 3.2.1 Normalisierungsprinzip

Das Normalisierungsprinzip wurde vom dänischen Jurist und Verwaltungsbeamten Niels Bank-Mikkelsen in den 1950er Jahren entwickelt. Die Idee bestand darin, wichtige Lebensbereiche von Menschen mit Beeinträchtigungen voneinander zu trennen und zu "normalisieren". Dies bedeutet grundsätzlich die Lebensbereiche an der gesellschaftlichen Norm anzupassen. Somit lautet der Grundgedanke des Normalisierungsprinzips, dass der Umgang und die Gestaltung der sozialen Welt und den Lebensbedingungen für Menschen mit Beeinträchtigungen möglichst gleich sein sollte wie für Menschen ohne Beeinträchtigungen. 1969 wurde das Normalisierungsprinzip vom Schweden Nirje systematisch ausgearbeitet (Svenja Bender, 2012, S. 23-24).

Gemäss PTA-Wohnheim (ohne Datum) soll das Normalisierungsprinzip dazu dienen, Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein möglichst differenziertes Angebot zur Gestaltung ihrer Lebensbedingungen zu bieten. Zentral scheint, dass durch das Normalisierungsprinzip nicht ein "normal sein" aufgezwungen werden soll, sondern dass Interventionen stattfinden, um möglichst "normale" Lebensumstände zu schaffen, um so die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

Nirjes (1994) Definition des Normalisierungsprinzips lautet wie folgt:

Das Normalisierungsprinzip bedeutet, dass 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.

Diesbezüglich wurden acht konkrete Forderungen formuliert:

1. Normaler Tagesrhythmus
2. Normaler Wochenrhythmus
3. Normaler Jahresrhythmus
4. Normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus
5. Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung
6. Normale sexuelle Lebensmuster der jeweiligen Kultur
7. Normale ökonomische Lebensmuster und Rechte im Rahmen gesellschaftlicher Gegebenheiten
8. Normale Umweltmuster und Standards innerhalb der Gesellschaft

Im Zusammenhang mit der Thematik Sexualität und Beeinträchtigung scheinen die Punkte vier, fünf und sechs besonders relevant. In dieser Bachelorarbeit werden diesbezüglich nur diese drei Forderungen beleuchtet.

#### Punkt 4: Normale Erfahrungen im Ablauf des Lebenszyklus

Die Forderung besteht laut Nirje darin, dem Lebensalter entsprechende Wünsche und Bedürfnisse der Betroffenen anzuerkennen. Svenja Bender (2012) bezieht sich diesbezüglich auf Valerie Sinsason (2000), die auf die Thematik des Paternalismus aufmerksam macht und diesen kritisiert. Die Auffassung, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als verwunderliche ewige Kinder betrachtet werden, führt dazu, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen die Sexualität abgesprochen wird und dass sie als geschlechtslos wahrgenommen werden. Diese Aspekte haben einen negativen Einfluss auf die Entfaltung einer autonomen Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (S. 24-25). Zusätzlich kann auch der lebenslange Prozess der Bildung und Förderung beigezogen werden, der auch in Bereichen der Sexualität umgesetzt werden muss und somit einen hohen Stellenwert für Menschen mit Beeinträchtigungen trägt (PTA, ohne Datum, S. 3).

### Punkt 5: Respekt vor dem Individuum und dessen Recht auf Selbstbestimmung

PTA-Wohnheim (ohne Datum) beleuchtet den Aspekt der Verantwortungsübernahme von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und die ressourcenorientierte Rolle der Mitarbeitenden als "Assistenz". Mitarbeitende in sozialpädagogischen stationären Einrichtungen werden gefordert, Wünsche, Hoffnungen, Entscheidungen und Willensäußerungen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bezüglich ihrer Sexualität zu respektieren und zu akzeptieren. Das Postulat verlangt zusätzlich einen angemessenen Respekt des persönlichen Eigentums, der Räume und der Privatsphäre von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (S. 4).

### Punkt 6: Normale sexuelle Lebensmuster

Die Bedürfnisse nach Zuwendung, Freundschaft bis hin zu den Bedürfnissen nach Partnerschaft und Sexualität gelten als emotionale und soziale Bedürfnisse, die einem Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht abgesprochen werden können und dürfen. Das Normalisierungsprinzip verlangt daher, dass aus gleichen Bedürfnissen gleiche Rechte resultieren. Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass die Aufrechterhaltung von Freundschaften und Beziehungen zum Lebensmuster jedes Individuums gehört und der Entwicklung der sozialen Kompetenzen des Menschen dient (PTA, ohne Datum, S. 5). Die hohe soziale Kontrolle und die erschwerte Zugänglichkeit zu privaten Rückzugsorten im institutionellen Kontext erschwert die Befriedigung obengenannter Bedürfnisse erheblich. Daher müssen in der Praxis Kontakte zwischen Geschlechtern unterstützt werden, um sexuelle Erfahrungen und die Bildung einer sexuellen Identität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu ermöglichen (Bender, 2012, S. 64).

### 3.2.2 Menschenrechte

Menschenrechte sind darauf ausgerichtet, die Würde jedes Menschen zu wahren. Sie stehen jedem Menschen allein auf Grund seines Menschseins zu. Ein grundlegendes Merkmal ist, dass die Menschenrechte angeboren und unveräußerlich sind. Von Geburt an stehen sie jedem Menschen zu und können nicht aberkannt werden. Menschenrechte sind egalitär und unteilbar. Sie stehen allen Menschen gleichermaßen zu, unabhängig von Hautfarbe, Geschlecht, Religion oder weiteren Merkmalen.

Diskriminierung wird nicht zugelassen. Durch die Gesamtheit einzelner Rechte wird die Würde des Menschen geschützt. Daher bilden die bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Menschenrechte eine Einheit. Ebenfalls sind Menschenrechte universell. Sie gelten weltweit und beschreiben einen Grundbestand an Rechten, der für alle Menschen gelten soll. Menschenrechte sind nicht nur Bestandteil der Politik, sondern auch Gegenstand menschlichen Denkens, Fühlens und Handelns. Daraus entsteht eine Wertebasis für das Zusammenleben in einer demokratischen Gesellschaft und begegnet uns somit ständig in unserem Alltag (profamilia, 2012, S. 8-9).

Aufgrund der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte entstand die Europäische Menschenrechtskonvention (1974). Die Konvention ist in Europa das wichtigste Menschenrechtsübereinkommen, da durch sie erstmals ein völkerrechtlich verbindlicher Grundrechtsschutz in Europa geschaffen wurde, welcher von jedem und jeder eingeklagt werden kann. Relevant für die selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen sind die Artikel 14 EMRK und 12 EMRK. Artikel 14 EMRK fordert, dass die Menschenrechte ohne jegliche Diskriminierung aufgrund verschiedener Merkmale gewährleistet sind. Somit gelten Menschenrechte für Menschen mit Beeinträchtigungen gleichermassen. In Artikel 12 EMRK wird das Recht auf Eheschliessung und Gründung einer Familie für alle Menschen festgehalten. Dies impliziert auch das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität.

Sexuelle Rechte sind ebenfalls Menschenrechte, die auf einer Reihe von sexualitätsbezogenen Rechtsansprüchen, wie den Rechten auf Freiheit, Gleichstellung, Privatsphäre, Selbstbestimmung, Integrität und Würde aller Menschen basieren. Festgehalten sind sie in der Deklaration der sexuellen Rechte der International Planned Parenthood Federation (IPPF) (Santé Sexuelle Suisse, ohne Datum). Achtung, Schutz und die Förderung sexueller Rechte innerhalb des Verbandes sind die leitenden Grundsätze.

Die sexuellen Rechte werden in der Erklärung der IPPF in folgenden Artikeln festgehalten:

- Artikel 1: Das Recht auf Gleichstellung, gleichen Schutz durch das Gesetz und Freiheit von allen Formen von Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Sexualität oder Gender.
- Artikel 2: Das Recht auf Partizipation unabhängig von Geschlecht, Sexualität oder Gender.
- Artikel 3: Die Rechte auf Leben, Freiheit, Sicherheit der Person und körperliche Unversehrtheit.
- Artikel 4: Das Recht auf Privatsphäre.
- Artikel 5: Das Recht auf persönliche Selbstbestimmung und Anerkennung vor dem Gesetz.
- Artikel 6: Das Recht auf Gedanken- und Meinungsfreiheit, das Recht auf freie Meinungsäußerung und Versammlungsfreiheit.
- Artikel 7: Das Recht auf Gesundheit und das Recht, am wissenschaftlichen Fortschritt und dessen Errungenschaften teilzuhaben.
- Artikel 8: Das Recht auf Bildung und Information.
- Artikel 9: Das Recht auf freie Entscheidung für oder gegen die Ehe und für oder gegen die Gründung und Planung einer Familie sowie das Recht zu entscheiden, ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen.
- Artikel 10: Das Recht auf Rechenschaftspflicht und Entschädigung.

Ersichtlich durch die allgemeinen Grundsätze gelten die sexuellen Rechte, wie auch alle anderen Rechte, genauso für Menschen mit Beeinträchtigungen (International Planned Parenthood Federation, 2009).

### 3.2.3 UN-Behindertenrechtskonvention

Am 13. Dezember 2006 verabschiedete die Generalversammlung der United Nation die internationale Konvention über die Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen, welche am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist. Die Behindertenrechtskonvention (BRK) basiert auf den Menschenrechten und ist das erste Spezialübereinkommen für die

Rechte von Menschen mit Beeinträchtigungen. Am 15. April 2014 ratifizierte die Schweiz als 144. Staat die UNO-Behindertenrechtskonvention, welche am 15. Mai 2014 für die Schweiz in Kraft getreten ist. Jedoch hat die Schweiz das Fakultativprotokoll nicht ratifiziert, welches vorsieht, individuelle Beschwerden durch den Vertragsausschuss zu prüfen und Untersuchungsverfahren durchzuführen (Humanrights, 2014).

Durch die Ratifizierung der Behindertenrechtskonvention kann das schweizerische Behindertengleichstellungsrecht in einen kohärenten Rahmen gesetzt werden. Ebenfalls wird ihm dadurch mehr Sichtbarkeit verschafft (Eidgenössisches Departement des Inneren, ohne Datum). Die Behindertenrechtskonvention hat keine neuen Menschenrechte für Menschen mit Beeinträchtigungen geschaffen, sondern hebt explizit hervor, dass alle Menschenrechte gleichermassen für Menschen mit Beeinträchtigungen gültig sind. Zum ersten Mal wurden die Würde, das Recht auf Selbstbestimmung und die Chancengleichheit für Menschen mit Beeinträchtigungen deutlich. Auch werden die Probleme von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht geleugnet, sondern benannt (Sigrid Arnade, 2013, S. 39).

In Artikel 3 der Behindertenrechtskonvention sind die allgemeinen Grundsätze festgehalten. Dort werden zentrale Aspekte sichtbar, welche im Zusammenhang mit Beeinträchtigung massgebend sind. Die allgemeinen Grundsätze beinhalten folgende Aspekte:

- Achtung der Würde, Autonomie und Freiheit, Entscheidungsfreiheit und Unabhängigkeit
- Schutz vor Diskriminierung
- Partizipation
- Achtung und Akzeptanz für Vielfalt
- Chancengleichheit
- Zugänglichkeit
- Geschlechtergleichstellung
- Achtung vor den entwickelnden Fähigkeiten eines Kindes mit Beeinträchtigungen und dessen Recht auf Wahrung der Identität

In Gesetzen wird die "sexuelle Selbstbestimmung" selten ausdrücklich benannt. Auch in der UN-Behindertenkonvention findet die Sexualität keinen expliziten Ausdruck. Durch andere rechtliche Bestimmungen welche im Gesetz verankert sind, besonders dem Schutz der Würde, der Privatsphäre und dem Schutz vor Diskriminierung, lässt sich die sexuelle Selbstbestimmung dennoch ableiten (Arnade, 2013, S. 39).

Bezüglich der UN-Behindertenrechtskonvention sind die Artikel 22 und 23 von Relevanz. In Artikel 22 BRK wird die Achtung der Privatsphäre festgehalten. Menschen mit Beeinträchtigungen dürfen keinen willkürlichen oder rechtswidrigen Eingriffen in ihr Privatleben, ihre Familie, ihre Wohnung, ihren Schriftverkehr oder andere Arten der Kommunikation, ihre Ehre oder ihres Rufes ausgesetzt werden. Artikel 23 BRK hält die Achtung der Wohnung und der Familie fest. Dieser besagt, dass geeignete Massnahmen zu treffen sind, um die Diskriminierungen von Menschen mit Beeinträchtigungen auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in Fragen der Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft zu beseitigen (Barbara Ortland, 2016, S. 20-21). Des Weiteren fordert Artikel 1 nach Behindertenrechtskonvention die Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung von Menschen mit Beeinträchtigungen, was auch für deren Sexualität gilt. Ein weiterer relevanter Artikel ist Artikel 8 BRK, welcher die Bewusstseinsbildung und Sensibilisierung der gesamten Gesellschaft bezüglich Menschen mit Beeinträchtigungen und deren Rechte und Würde verlangt. Artikel 19 BRK postuliert die selbstbestimmte Lebensführung und Entscheidungsfreiheit, wo und mit wem sie leben wollen (BRK, 2006).

#### 3.2.4 Bundesverfassung

In der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) sind wichtige Grund- und Menschenrechte festgehalten, welche, unabhängig seines Hintergrundes und seiner individuellen Merkmale, für jeden Menschen in der Schweiz gelten. Besonders relevant für die selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen sind folgende Artikel: Artikel 7 BV besagt, dass die Würde jedes Menschen zu schützen und zu achten ist. In Artikel 8 BV ist festgehalten, dass niemand diskriminiert werden darf aufgrund der Herkunft, Rasse, des Geschlechts, Alters, der Sprache, Sozialen Stellung, Lebensform, wegen religiösen, weltanschaulichen oder

politischen Überzeugungen oder aufgrund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Beeinträchtigung. Ebenso wird in Absatz 4 festgehalten, dass das Gesetz Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Beeinträchtigungen vorsieht. Das Recht auf die persönliche Freiheit, besonders auf körperliche und geistige Unversehrtheit, wird in Artikel 10 BV festgehalten. Ein weiterer relevanter Artikel ist Artikel 13 BV, welcher den Schutz der Privatsphäre postuliert. Durch besagte Artikel in der Bundesverfassung werden der Schutz der Würde und vor Diskriminierung, das Recht auf persönliche Freiheit und körperliche und geistige Unversehrtheit, wie auch der Schutz der Privatsphäre besonders sichtbar (Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 1999, S. 1-3).

Arnade (2013) weist darauf hin, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihrer Würde und ihren Rechten oftmals nicht bewusst sind und dass diese ihnen bewusstgemacht werden müssen. Somit haben Staat und Gesellschaft den Auftrag, die Menschenrechte von Menschen mit Beeinträchtigungen zu achten und sicherzustellen (S. 42-44).

### 3.2.5 Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG)

Das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) basiert hauptsächlich auf dem Artikel 8 Absatz 4 der Bundesverfassung, welche Massnahmen zur Beseitigung von Benachteiligung von Menschen mit Beeinträchtigungen vorsieht. Das BehiG trat am 1. Januar 2004 in Kraft. Sein Zweck ist es, Benachteiligungen, denen Menschen mit Beeinträchtigungen ausgesetzt sind, zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen. Ebenfalls setzt es Rahmenbedingungen, die es Menschen mit Beeinträchtigungen erleichtert, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Besonders im Fokus stehen die Aspekte des selbständigen Pflagens von sozialen Kontakten, die Möglichkeit, Aus- und Weiterbildungen zu besuchen oder einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Artikel 2 Absatz 1 BehiG postuliert, dass der Gesetzgeber dazu verpflichtet ist, Massnahmen zu treffen, wenn Menschen aufgrund ihrer Beeinträchtigungen behindert werden, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen oder sich aus- und weiterzubilden.

Konkrete Massnahmen zur Beseitigung sexueller Benachteiligung sind nicht ersichtlich. Oft werden Menschen mit Beeinträchtigungen ihre sexuellen Rechte abgesprochen oder eingeschränkt. Durch Artikel 2 BehiG wird für den Gesetzgeber der Auftrag zur Beseitigung dieser Benachteiligung ausgesprochen. Des Weiteren wird in Artikel 6 BehiG festgehalten, dass öffentliche Dienstleistungen Menschen mit Beeinträchtigungen auf Grund ihrer Beeinträchtigung nicht diskriminieren. Dies impliziert auch, dass Menschen mit Beeinträchtigungen nicht von öffentlichen Dienstleistungen ausgeschlossen werden. Es bestehen viele öffentliche Angebote bezüglich sexuellen Dienstleistungen, welche für Menschen ohne Beeinträchtigungen frei zugänglich sind. Auf Grund oftmaliger Fremdbestimmung und struktureller Benachteiligungen in diesen Lebensbereichen, haben Menschen mit Beeinträchtigungen keinen uneingeschränkten Zugang zu sexuellen Dienstleistungen (Behindertengleichstellungsgesetz, 2002, S. 1-8).

### 3.3 Ethik

Wie bereits in Punkt 2.1.3 erwähnt, geht aus dem Berufscodex Soziale Arbeit hervor, dass das Anrecht auf die Befriedigung existenzieller Bedürfnisse zu den Grundsätzen und zur Leitidee der Sozialen Arbeit gehören (AvenirSocial, 2010, S. 6).

Im Zusammenhang mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ergibt sich die ethische Thematik vom Spannungsfeld zwischen Paternalismus und Selbstbestimmung. Besonders wenn es um Menschen mit schwersten kognitiven Beeinträchtigungen geht, bedient sich die Sozialpädagogik oft einer advokatorischen Ethik. Professionelle Fachperson agieren vermehrt als "Anwalt" oder "Anwältin" für ihre Klientel, was kausal die Selbstbestimmung der Betroffenen beeinträchtigt. Die grosse Herausforderung besteht darin, dass Menschen mit schweren kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel ihre Bedürfnisse aufgrund der Schwere der Beeinträchtigung nicht selber äussern können. Falls Äusserungen gemacht werden, erfolgen diese meist in sehr verschlüsselter Art und Weise, was zu einem weiten Interpretationsspielraum führt (Dialog Ethik, 2011, S. 4).

Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen werden gefordert, in solchen Fällen eine "best interest" Entscheidung für die Klientel zu treffen, was als immense Herausforderung betrachtet werden kann (Dialog Ethik, 2011, S. 4). Durch das Modul "Berufsethik" haben die Autorinnen folgende Schlüsse für die Thematik "kognitive Beeinträchtigung und Sexualität" gezogen.

### Die Moral der Sozialen Arbeit

Die Werte-Lehre der Sozialen Arbeit besagt, dass sich aus der prinzipiellen gegen- und wechselseitigen Angewiesenheit der Menschen das Prinzip des Ausgleichs von Rechten und Pflichten ergibt. Ein moralisches Recht berechtigt das Individuum, seine bio-psycho-sozialen Werte, also seine Bedürfnisse, verwirklichen zu dürfen. Die moralische Pflicht besteht somit darin, anderen Individuen bei der Verwirklichung der ebengenannten Werte zu helfen (Schmocker, 2017, S. 9). Somit ist die Moral "das In-Rechnung-Stellen des Wohlergehens anderer Menschen und unserer Verantwortlichkeit dafür, in der Einsicht, dass jeder und jede von uns nur ein Leben hat, das es auszuschöpfen gilt" (Bunge/Mahner zit. in Beat Schmocker, 2017, S. 8).

### Die moralischen Imperative der Sozialen Arbeit

1. Die Soziale Arbeit hat die Aufgabe, subsidiäre agogische Unterstützung zur Realisierung des individuellen Mensch-Seins und Mensch-Werdens zu verrichten. Dies wird durch Ermächtigung, Befreiung, Menschenwürde und Anerkennung realisiert.
2. Die Soziale Arbeit verpflichtet sich, strukturelle Unterstützung bei sozialen Prozessen des zwischenmenschlichen Zusammen-Lebens zu leisten, um den sozialen Zusammenhalt, die Kohäsion, die soziale und ausgleichende Gerechtigkeit und die gemeinschaftliche Verantwortung (Solidarität) zu stärken.
3. Die Soziale Arbeit beinhaltet die politische Unterstützung bei gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen mit dem Ziel menschengerechter Sozialstrukturen und-Systeme (Schmocker, 2017, S. 8-10).

Diese drei Imperative verlangen nach einer Moralphilosophie die es vermag, die Person, die Interaktion zwischen den Menschen sowie die Integration aller Menschen in (zu erschaffende) menschengerechte soziale Strukturen und gesellschaftliche Systeme einzubinden (Schmocker, 2017, S. 8-10).

In Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben Professionelle der Sozialen Arbeit die Pflicht, die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als Grundbedürfnis anzuerkennen und sie zu ermächtigen und zu unterstützen, diese Bedürfnisse zu verwirklichen und auszuleben (Imperativ 1).

Die Soziale Arbeit muss sich für die soziale und ausgleichende Gerechtigkeit einsetzen. In Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen bedeutet dies aus Sicht der Autorinnen, dass Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen ihre Klientel unterstützen, adäquate sexuelle Angebote wie Sexualassistenz oder sexuelle Aufklärung wahrzunehmen. Die gemeinschaftliche Verantwortung und die Zusammenarbeit mit Sexualpädagogen und Sexualpädagoginnen sowie Weiter- und Fortbildungen sind zu erfüllen, um (annähernd) ausgleichende Gerechtigkeit (für das Ausleben der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen) zu verwirklichen (Imperativ 2).

Die Soziale Arbeit orientiert sich an der Verwirklichung der Menschenrechte und positioniert sich klar für die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und gegen Diskriminierung. Sie unterstützt die gesellschaftliche Veränderung und Entwicklung positiv und ist für die Sensibilisierung der Gesellschaft verantwortlich (Imperativ 3).

#### Ethische Diskussion: Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Sich klar für die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu positionieren kann mit einigen Schwierigkeiten und Unsicherheiten verbunden sein. Der Diskurs über den Kinderwunsch und die Familienplanung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung gestaltet sich noch heute schwierig.

Joachim Walter (2001) positioniert sich beispielsweise klar für die Elternschaft von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Er sagt, wenn die Sexualität als Grundrecht deklariert wird, könne dessen selbstverständliche Umsetzung und Anwendung mit der naturgegebenen Folge der Kinderzeugung nicht verhindert werden. Das Recht auf das eigene Kind ist daher laut Walter ebenfalls ein selbstverständliches Menschenrecht (ebd.). Durch die Seminardiskussionen im Modul 328 zeichnete sich jedoch ab, dass Sexualität und Elternschaft unbedingt getrennt werden müssen, da es sich bei der Sexualität um ein Bedürfnis und bei der Elternschaft um einen Wunsch handelt.

Durch Wilhelm Kamlah (1972) wird der Unterschied deutlich (S. 53-55). Er verwendet die Begriffe Begehren und Bedürfen. Das Begehren ist mit dem Wünschen gleichzusetzen und wird als beliebiges Wollen aufgefasst. Es wird erläutert, dass nicht alles, was man begehrt auch wirklich gebraucht wird und nötig ist. Somit entspricht das Begehren nicht dem Bedürfen, da der notwendige Bezug auf das Leben und die Lebensbedingungen nur beim Bedürfen gegeben sind. Bedürfnisse sind laut Kamlah begründete Begehren, weil sie ihren Ursprung in den Überlebensimperativen finden. Diese Bedürfnisse müssen befriedigt werden, um überleben zu können.

Gestützt auf Kamlah und die Seminardiskussionen ist das Bedürfnis nach Schutz des ungeborenen Kindes höher zu werten, als der Kinderwunsch der Eltern. Ist das Kindeswohl aufgrund einer schweren kognitiven Beeinträchtigung der Eltern gefährdet und das Bedürfnis, in einer Umgebung aufzuwachsen, in der eine geistige, körperliche, seelische und soziale Entwicklung gefördert wird, nicht gegeben, so werden alle Beteiligten Bedürfnisspannungen ausgesetzt sein, die es abzubauen gilt.

### 3.4 Fazit

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind auf gesellschaftlicher Ebene durch die Stigmatisierung unterschiedlicher Diskriminierungen ausgesetzt. Verhaltensweisen, welche den gesellschaftlichen Werten und Normen entsprechen, werden bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen anders wahrgenommen und kritisch hinterfragt. Dies bezieht sich auch auf die Sexualität. Die Gesellschaft ist von den Vorurteilen geprägt,

dass Menschen mit Beeinträchtigungen keine Sexualität haben, distanzlos sind oder ein abnormales Sexualverhalten aufweisen. Ebenfalls beeinflussen die gesellschaftlichen Werte und Normen die Selbstwahrnehmung der Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Der Körper gilt als Lustobjekt der Sexualität und somit wird eine Beeinträchtigung als unerotisch und unattraktiv empfunden. Des Weiteren entspricht eine Beeinträchtigung nicht dem Schönheitsideal und passt nicht in die leistungsorientierte Gesellschaft. Dies hat zur Folge, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen exkludiert werden und es ihnen dadurch erschwert wird, partnerschaftliche Erfahrungen zu erleben.

Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, die Bundesverfassung und insbesondere die UN-Behindertenkonvention und das Behindertengleichstellungsgesetz zeigen auf, dass Menschen mit Beeinträchtigungen das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität haben, nicht diskriminiert werden dürfen und ihnen die gleichen Rechte wie Menschen ohne Beeinträchtigungen zustehen. Durch die sexuellen Rechte wird die selbstbestimmte Sexualität besonders geltend gemacht. Ebenso positioniert sich die Soziale Arbeit für die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigung, aufgrund dessen, dass Sexualität ein Grundbedürfnis ist.

Obgleich verschiedener rechtlicher Grundlagen ist das Leben von Menschen mit Beeinträchtigungen vielfach durch Fremdbestimmung und massiven Menschenrechtsverletzungen geprägt. Der UN-Sonderberichterstatter Leandro Despouys bestätigt dies und nennt besonders das Verbot von Heirat und Familiengründung, die Zwangssterilisation, die sexualisierte Gewalt und die zwangsweise Heimunterbringung (Arnade, 2013, S. 36).

## 4. Institutioneller Kontext

In folgendem Kapitel wird ein Überblick über den institutionellen Kontext und dessen Besonderheiten geschaffen. Anschliessend werden strukturelle Bedingungen und mögliche Folgen erläutert und es wird darauf eingegangen, wieviel Selbstbestimmung in den verschiedenen Wohnformen ermöglicht wird.

### 4.1 Überblick

Bis in die 1990er Jahre war die Behindertenpädagogik durch einen defizitorientierten Blick gekennzeichnet. Glücklicherweise fand in den letzten Jahren jedoch ein Paradigmenwechsel statt. Specht (2008) spricht von einem Wandel der pädagogischen Bemühungen vom früheren Helfen und Fördern, hin zu Empowerment und gesellschaftlicher Teilhabe. Die Ressourcen, Kompetenzen und Möglichkeiten von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden individuell analysiert und wahrgenommen und durch Unterstützungsangebote wird ein Höchstmass an Selbstbestimmung angestrebt (S. 296).

Trotz der zahlreichen positiven Veränderungen, welche sich in den letzten Jahrzehnten und Jahren als Resultat dieser neuen Sichtweise vollzogen haben, wird die Lebenswelt vieler Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen noch heute strukturell behindert und beschränkt. Am meisten betroffen scheinen Menschen mit "schweren" kognitiven Beeinträchtigungen, die nicht selbständig wohnen können und in stationären Einrichtungen untergebracht werden, damit sie die Unterstützung erhalten, auf die sie angewiesen sind. Specht (2008) spricht von zahlreichen restriktiven und beschränkenden Momenten, die aus der strukturellen Notwendigkeit des Wohnalltags resultieren und zu einer sogenannten sekundären Behinderung führen (S. 299).

Es ist offensichtlich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen durch diese sekundäre Behinderung eingeschränkt werden, jedoch ist das Ausmass im Bereich der Sexualität von besonderer Grösse und Bedeutung. Die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird im familiären wie im stationären Kontext häufig ausgeschlossen, missachtet und ignoriert, da sie den

reibungslosen Ablauf in den Wohngruppen gefährden und stören könnte. Die Gefahr, dass die höchstpersönliche und intime Sexualität der Klientel im stationären Kontext öffentlich und delegiert wird, ist sehr präsent. Laut Specht (2008) gibt es schlicht und einfach keinen Raum im stationären Kontext, um Sexualität zu leben. Wenn sich Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen dann selbst einen "ungünstigen" Raum schaffen, um ihre funktionierende Sexualität auszuleben, so wird diese seitens der Familie oder Betreuer und Betreuerinnen nicht selten als störend und unangebracht deklariert (S. 299).

Wie bereits angetönt, tragen auch die Unterstützungspersonen, nebst dem Raum und den Strukturen, eine grosse Verantwortung für die beeinträchtigten Lebensverhältnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Mitarbeitende müssen die Rahmenbedingungen schaffen und treffen Entscheidungen, ob etwas erlaubt ist oder nicht. Dies geschieht häufig ohne schlechte Absichten für die Klientel, sondern hat damit zu tun, dass die konventionell erlernten pädagogischen Konzepte meist nicht ausreichen um einen adäquaten Umgang mit sexuellen Fragestellungen und Themen zu gewährleisten. Zusätzlich versuchen Unterstützungspersonen zumeist ihre pädagogische Verantwortung bestmöglich wahrzunehmen, was sich schwierig gestaltet, wenn die individuellen sexuellen Bedürfnisse des Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Spannungsverhältnis dazu stehen (Specht, 2008, S. 300).

Eine weitere Schwierigkeit sieht Specht (2008) darin, dass sich zu den pädagogischen Unsicherheiten in Bezug auf sexuelle Fragestellungen, rechtliche Bedenken gesellen. Aus Angst gesetzwidrig zu handeln, entscheiden sich Betreuer und Betreuerinnen vermehrt für die verantwortungsvolle Restriktion. Dies auch, weil sie sich nicht über den Rückhalt durch die Kollegenschaft, der Leitung und der Beistandschaft sicher sind (S. 300). Diesbezüglich plädiert Specht (2008) für einen verantwortungsvollen Umgang und somit für eine sexualfreundliche Begleitung. Diese könne gewährleistet werden, wenn Mitarbeitende sexualpädagogische Qualifizierungen und praxisorientierte Weiter- und Fortbildungen im Bereich der Sexualpädagogik absolvieren (S. 300-301).

## 4.2 Strukturelle Bedingungen

Wie bereits in Kapitel 3.2.3 Normalisierungsprinzip erwähnt, wird trotz eines Umdenkens zu einer selbstbestimmten und normalisierten Sexualität in sozialpädagogischen Institutionen, das Ausleben von Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingeschränkt. In vielen Institutionen gibt es Regelungen bezüglich des Empfangens von Besuch oder Übernachtungen des Partners oder der Partnerin. Hinzu kommt eine hohe soziale Kontrolle und die eingeschränkte Zugänglichkeit innerhalb privater Rückzugsorte, welche das Ausleben der Sexualität hemmen (Bender, 2012, S. 64). Des Weiteren gibt es immer noch Mehrbettzimmer, fehlende, ungestörte Rückzugsorte (Norbert Schwarte & Ralf Oberste-Ufer, 1997, S. 49) und keine abschliessbaren Wasch- und Toilettenräume (BMFSJ, 2012; zit. in Ortland, 2016, S. 115).

## 4.3 Privat- und Intimsphäre

Die bereits erwähnten strukturellen Bedingungen haben starken Einfluss auf die Privat- und Intimsphäre von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Des Weiteren zeigt Barbara Ortland (2016) auf, dass die Privat- und Intimsphäre durch die Mitarbeitenden zu wenig gewahrt wird. Dies zeigt sich beispielsweise durch das Eintreten in einen Raum ohne anzuklopfen. Andererseits ist zu beachten, dass die Bewohnenden einen sehr offenen Umgang mit Privat- und Intimsphäre haben, welcher auf verschiedene Faktoren zurück zu schliessen ist. Dazu gehören zum Beispiel, die Toilettentür offenstehen lassen, nackt durch die Wohngruppe gehen oder andere Bewohnende beim Toilettengang zu beobachten (S. 114-115).

Die mangelnde Wahrung der Intimsphäre durch Mitarbeitende und der offene Umgang mit Intimität der Bewohnenden, kann als ein auf sich gegenseitig einwirkender Prozess betrachtet werden. Aufgrund des Machtverhältnisses und den höheren Ressourcen der Reflexion liegt es an den Mitarbeitenden, diesen Prozess zu durchbrechen. Dies soll durch das Initiieren von Lernprozessen in den Bereichen Scham und Intimität geschehen (Ortland, 2016, S. 116).

#### 4.4 Wohnformen

Das Ausmass an Privat- und Intimsphäre ist stark an die Wohnform der betroffenen Person gekoppelt. Im Folgenden werden die verschiedenen Wohnformen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen der Schweiz erläutert.

##### Wohnen in einer Institution:

Diese Wohnform ist auf Menschen ausgerichtet, die jederzeit umfassende Hilfe und Pflege benötigen. Auf Grund der strukturellen Bedingungen fällt die Fremdbestimmung in einer Institution oftmals eher hoch aus (Procap, 2016, S. 10). Nach Bundesamt für Statistik (2016) leben in der Schweiz 42'717 Menschen mit Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext.

##### Aussenwohngruppe:

Viele Institutionen bieten zudem Aussenwohngruppen an, wobei die unterstützenden Angebote wie Pflege, Betreuung und Unterstützung im Haushalt individuell ausgerichtet sind. Die Fremdbestimmung fällt in einer Aussenwohngruppe geringer aus und bietet zudem mehr Privatsphäre für die Klientel (Procap, 2016, S. 10).

##### Betreute WG/Begleitete Wohngruppe:

Eine begleitete Wohngruppe ist für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignet, welche nicht selbständig wohnen und leben können. Die Begleitung erfolgt meist innerhalb der Wohngruppe und passt sich den individuellen Bedürfnissen an (ebd.).

##### Wohnschule:

Eine Wohnschule bietet jungen Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen eine Ausbildung, die sie zum selbständigen Wohnen befähigt. Diese dauert zwei bis vier Jahre. Ausserhalb der Wohnschule arbeiten die Auszubildenden Teilzeit. In der Wohnschule lernen sie die Haushaltsführung, Administratives und das soziale Zusammenleben (ebd.).

### Sprungbrettwohnung:

In einer Sprungbrettwohnung kann das eigenständige Wohnen für ein paar Monate erprobt werden. Diesbezüglich eignet sich dieses Angebot vor allem für selbständige Menschen, welche planen, in einer eigenen Wohnung zu wohnen (Procap, 2016, S. 10).

### Eigene Wohnung mit Assistenz:

Bei dieser Wohnform leben die Personen mit Beeinträchtigungen alleine und können ihren Alltag selber bewältigen. Sie werden dabei durch eine Assistenzperson oder einen ambulanten Pflegedienst unterstützt. Diese Wohnform wird am geringsten durch die Fremdbestimmung beeinflusst und ermöglicht somit ein Höchstmass an Autonomie (ebd.).

## 4.5 Fazit

Über die letzten Jahre hinweg fand ein Paradigmenwechsel statt, welcher sich von einem defizitorientierten Blick zu einem ressourcenorientierten und partizipativen Blick entwickelte. Das Empowerment gehört zu einem wichtigen Bestandteil der Pädagogik. Jeder Mensch mit kognitiven Beeinträchtigungen wird mit seinen Bedürfnissen individuell wahrgenommen, unterstützt und gefördert. Trotz diesem Wandel und den Bemühungen wird die Autonomie von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen immer noch stark durch strukturelle Bedingungen beeinflusst. Dies betrifft insbesondere das Ausleben selbstbestimmter Sexualität.

Die Wohnform ist somit für ein selbstbestimmtes Leben und eine selbstbestimmte Sexualität sehr entscheidend. Aufgrund dessen erlangen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, die mit Assistenz leben, am meisten Selbstbestimmung. Jedoch setzt diese Wohnform gewisse kognitive Fähigkeiten voraus. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, welche in einem institutionellen Kontext leben, erleben durch die strukturellen Bedingungen am wenigsten Selbstbestimmung und es besteht ein starkes Macht- und Abhängigkeitsverhältnis.

Besonders einschränkend sind Regelungen und Rahmenbedingungen, sowie die Haltung der Mitarbeitenden, welche die sexuellen Bedürfnisse ignorieren oder als störend wahrnehmen. Diese Bedingungen wirken sich besonders auf die Privat- und Intimsphäre der Bewohnenden aus. Des Weiteren wird ersichtlich, dass viele Bewohnende einen sehr offenen Umgang mit ihrer Privat- und Intimsphäre haben und dass seitens der Mitarbeitenden eine mangelnde Wahrung der Privat- und Intimsphäre herrscht. Dies führt zu einem auf sich gegenseitig einwirkenden Prozess, welchen es durch die Mitarbeitenden zu durchbrechen gilt.

Wiederum sehen die Autorinnen eine Chance im institutionellen Kontext, dass die Mitarbeitenden einen offeneren Umgang mit dem Thema Sexualität haben, als zum Beispiel Personen im familiären Kontext, da sie nicht so nahe an der Klientel sind. Ebenfalls verfügen die meisten stationären Einrichtungen über Konzepte bezüglich der Sexualität. Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit haben stationäre Einrichtungen meist auch besseren Zugang zu Fachstellen oder Sexualbegleitende.

## 5. Unterstützende Angebote und Ansätze

Aus den Erkenntnissen und Ausführungen der vorangegangenen Kapitel wurde ersichtlich, dass es auf verschiedenen Ebenen Spannungsfelder und Herausforderungen im Umgang mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt. Dieses Kapitel dient dazu, unterstützende Angebote und Ansätze zu präsentieren, welche einen Umgang mit den eben genannten Herausforderungen ermöglicht und somit die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen positiv beeinflussen.

### 5.1 Passive Sexualassistenz

Durch die passive Sexualassistenz sollen konkrete Voraussetzungen und Möglichkeiten für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geschaffen werden, um die Verwirklichung einer selbstbestimmten Sexualität zu gewährleisten. In diesem Sinne werden Massnahmen getroffen, die es Frauen und Männern mit kognitiven Beeinträchtigungen ermöglichen, ihre sexuellen Bedürfnisse zu befriedigen. Beispielsweise durch die Beschaffung von sexuellen Hilfsmitteln, Pornografie oder der Vermittlung einer Prostituierten oder Sexualbegleiterin (Gebauer, 2014, S. 31). Laut Krenner (2003) gehört das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung ebenfalls zu der passiven Sexualassistenz. Die passive Sexualassistenz agiert immer auf einer beratenden und anleitenden Ebene und beinhaltet keine aktive Befriedigung der sexuellen Bedürfnisse (S. 35).

Mitarbeitende stationärer Einrichtungen für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind dazu verpflichtet, passive Sexualassistenz zu leisten, was in den meisten Leitbildern und Konzepten der verschiedenen Institutionen verankert ist. Ohne die Unterstützung der Mitarbeitenden können viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen keine Sexualität erleben.

Im Bereich der passiven Sexualassistenz tragen Mitarbeitende folgende Pflichten:

- Sexualpädagogische Angebote und Sexualberatung bieten
- Informationsvermittlung sexueller Themen und Praktiken
- Beschaffung von Materialien und Hilfsmitteln wie Pornografie, Vibratoren, Gleitgel etc.
- Vermittlung von Prostituierten, Sexualbegleitung und Terminen bei speziellen Servicedienstleistern (Gebauer, 2014, S. 31)

### Beratungs- und Unterstützungsangebote für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen

Ein weiterer Aspekt der passiven Sexualassistenz besteht in der Organisation von Terminen für Betroffene bei Anlauf- und Beratungsstellen. Diese Fachstellen sind auf das Themenfeld Sexualität und Beeinträchtigung spezialisiert. Die Autorinnen betrachten das Angebot von Pro Infirmis und AirAmour als empfehlenswert.

Die Pro Infirmis ist die grösste Fachorganisation für Menschen mit Beeinträchtigungen der Schweiz. Das Ziel besteht darin, Menschen mit Beeinträchtigungen und ihre Angehörige bei der Lebensgestaltung und der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen zu unterstützen. Die Beratung der Pro Infirmis richtet sich in erster Linie an Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Mitarbeitende sozialpädagogischer Einrichtungen werden gefordert, die Klientel über dieses Angebot zu informieren und gegebenenfalls Termine zu vereinbaren, damit diese das kostenlose Beratungsangebot in Bezug auf Fragen rund um Sexualität und Beeinträchtigung nutzen können (Pro Infirmis, 2017).

Die Beratungsstelle AirAmour (2017) aus Basel ist Teil des Behindertenforums und gehört zur Dachorganisation der Behindertenselbsthilfe. Seit 2002 bietet AirAmour Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Fachpersonal, Angehörigen und Bezugspersonen fachliche Beratungen und Unterstützung an, wenn es um Themen wie Sexualität und Partnerschaft geht. Im Mittelpunkt der Beratungen steht die Selbstbestimmung der Menschen mit Beeinträchtigungen. Für AirAmour wird die Sexualität als Grundbedürfnis verstanden, welche ein unabdingbarer Teil der persönlichen Freiheit darstellt. Es wird mit persönlichen Gesprächen und bildlichen,

sowie gegenständlichen Informationsmaterialien gearbeitet. Beratungen für Angehörige, Fachpersonen sowie institutionelle Beratungen werden ebenfalls angeboten. Im Gegensatz zu den kostenlosen Beratungen von Pro Infirmis werden bei AirAmour folgende Preise pro Stunde verlangt:

- Einzelberatung für Betroffene 5 Franken
- Paarberatung pro Person 5 Franken
- Angehörige 30 Franken
- Fachpersonen 120 Franken
- Institutionen 120 Franken

#### 5.1.1 Sensibilisierung und Befähigung der Mitarbeitenden

Um eine adäquate passive Sexualassistenz gewährleisten zu können, müssen Mitarbeitende aus Sicht der Autorinnen sensibilisiert und befähigt werden. Dies kann beispielsweise durch sexualpädagogische Weiterbildungen und Seminare für Fachpersonen gewährleistet werden. An dieser Stelle wird auf das Weiterbildungsangebot von CURAVIVA (2017) „Let’s talk about sex“ Bezug genommen. Die Weiterbildung richtet sich an Mitarbeitende aller Stufen und aller Arbeitsfelder, die mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen arbeiten. Das Ziel der Weiterbildung ist die Befähigung der Mitarbeitenden, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen adäquat sexualpädagogisch zu begleiten. Inhalte der Weiterbildung sind die Grundlagen der Sexualpädagogik mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und die sexualpädagogische Methodik. Ein grosser Teil der Weiterbildung dient der Bearbeitung eigener Fallbeispielen aus der Praxis (ebd.).

Die Teilnehmenden werden durch diese Weiterbildung darauf sensibilisiert, Entwicklungsmöglichkeiten im Bereich der Sexualität ihrer Klientel zu erkennen. Das Verständnis für die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wird gefördert und die Haltung und Handlungskompetenzen der Betreuenden gestärkt und verfeinert. Somit ermöglicht dieser Fachkurs vielfältige Lernmöglichkeiten in Bezug auf ein positives Bild von Sexualität und die Teilnehmenden erschaffen sich einen Methodenkoffer für sexualpädagogische Angebote. Des Weiteren wird ein adäquater

und professioneller Sprachgebrauch in Bezug auf sexuelle Themen erlernt und erweitert. Durch die Reflexion der individuellen Handlungskompetenz und die Unterstützung, sexualpädagogische Konzepte professionell umzusetzen, wird die Lebensqualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen angehoben. Durch diese Weiterbildung werden die Teilnehmenden sensibilisiert, Sexualität im umfassenden Sinne zu verstehen. CURAVIVA (2017) versteht Sexualität als Austausch von Liebe, Zärtlichkeit, Körperlichkeit und Identitätsarbeit.

Somit bestehen die konkreten Ziele dieser Weiterbildung darin, die persönliche und professionelle Haltung zu Sexualität zu reflektieren und förderliche Sichtweisen für eine sexualpädagogische Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erarbeiten. Zusätzlich wird eine professionelle Sprache im Bereich der Sexualität geübt und vorgestellte Methoden und Materialien werden verstanden und können individuell auf die Klientel adaptiert werden. Es handelt sich hierbei um eine zweitägige Weiterbildung und die Kurskosten belaufen sich für CURAVIVA Mitglieder auf 480 Franken und für Nicht-Mitglieder auf 610 Franken (ebd.).

Auch die gesamte Weiterbildung oder einzelne Seminare vom Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie in Uster vermitteln hochstehendes Wissen und Informationen, welche Mitarbeitende in ihren Berufsalltag transferieren können (Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster, 2017).

Diesbezüglich plädieren die Autorinnen dafür, dass in grossen Institutionen interessierte Mitarbeitende die ganze Weiterbildung vom Institut Uster absolvieren, um anschliessend als Fachpersonen in Bezug auf Sexualität agieren zu können.

Die Installation einer Peergroup würde es ermöglichen, periodisch an Teamsitzungen oder in akuten Situationen interne und adäquate Unterstützung zu bieten.

### 5.1.2 Aufklärung

Aus den vorangegangenen Kapiteln zeichnet sich ein immenser Handlungsbedarf im Bereich der sexuellen Aufklärung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ab. In diesem Unterkapitel wird vertieft auf die sexuelle Aufklärungsarbeit für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen eingegangen. Es wird Bezug genommen auf Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen. Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass eine gute Sexualerziehung dem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen hilft, den eigenen Körper besser zu verstehen und mit seinen/ihren Gefühlen und der eigenen Sexualität umzugehen (Insieme, 2017).

Fachleute, einschliesslich Insieme Schweiz, sind sich sicher, dass eine Sexualerziehung für jedes Individuum, egal ob beeinträchtigt oder nicht, von immenser Bedeutung ist. Eine leichte, mittlere oder schwere kognitive Beeinträchtigung ändert nichts an dem Bedürfnis nach Zärtlichkeit und Sexualität. Wie alle anderen Menschen auch, müssen Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen lernen, mit ihren Gefühlen, ihrer Sexualität und ihren Trieben umzugehen. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen haben das Recht, auch in diesem Bereich ihres Lebens informiert und unterstützt zu werden. Somit ist die Sexualerziehung ein Teil dieser Unterstützung (ebd.).

Dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Verlauf ihres Lebens auf verschiedenen Ebenen benachteiligt werden ist Tatsache. Diese Diskriminierung ist auch im Bereich der Sexualität festzustellen. Diesbezüglich ist die Sexualerziehung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Benachteiligung umso wichtiger. Im Allgemeinen haben Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einen weniger leichten Zugang zu Informationen und verfügen über weniger Möglichkeiten, sich mit Gleichaltrigen auszutauschen und erste sexuelle Erfahrungen zu machen. Zusätzlich verfügen Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen über verminderte Fähigkeiten, die Veränderungen ihres Körpers zu verstehen, zu akzeptieren und einen Umgang damit zu finden. Fehlt die Sexualerziehung bei kognitiv beeinträchtigten Menschen, so wirkt sich dies negativ auf die Sexualität der Betroffenen aus und die Exklusion steigt an (ebd.).

Bosch & Suykerbuyk (2007) machen die Tabuisierung seitens der Eltern und Betreuenden dafür verantwortlich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen wenig oder gar nichts über Sexualität wissen (S. 25). Es ist die Rede von verpassten Chancen, die Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht ohne Unterstützung wahrnehmen können. Kognitiv beeinträchtigte Menschen können nicht wie Jugendliche ohne Beeinträchtigungen ihre Erfahrungen, Phantasien, Ängste und Wünsche mit ihren Peers auf dem Pausenplatz besprechen und sich austauschen. Sie können sich nicht am Gruppencodex ihrer Peers orientieren und sich schamlos über Sexualität und das Verändern der eigenen Körper austauschen (S. 91).

Dementsprechend ist die Aufklärung seitens der Eltern und Professionellen der Sozialen Arbeit für kognitiv beeinträchtigte Menschen umso wichtiger, da sie all diese "Chancen" verpassen, sich selbst aufzuklären. Auch wird erläutert, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sehr sensibel und empfänglich für vorgegebene Vorstellungen sind. Oftmals glauben sie was ihnen erzählt wird und halten dies für die Wahrheit. Diesbezüglich kann das Fehlen einer sexuellen Aufklärung unrealistische und inadäquate Vorstellungsbilder hervorrufen und aufrechterhalten. Dies ist als doppelt gefährlich zu betrachten, wenn man sich beispielsweise vorstellt, dass ein Betreuer oder eine Betreuerin die Aussage macht, dass man Frauen an den Po fassen darf und eine Klientin dies so akzeptiert. Auf diese Weise lässt sich die Klientin unwissend sexuell nötigen (ebd.). Allgemein kann das Unwissen aufgrund versäumter oder ignoriertes Aufklärung zur Folge haben, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt Opfer sexueller Übergriffe werden (S. 48-49).

Im Folgenden wird erläutert, warum Sexualaufklärung stattfinden muss und was diese bewirkt. Durch die Sexualerziehung lernen Kinder ihren Körper und die Bezeichnungen sowie Funktionen der Sexualorgane kennen. Durch die Aufklärung wird ein Umgang mit der eigenen Sexualität erlernt. Die Kinder oder Jugendlichen können Erscheinungen wie Lust, Verlangen, Erektion und weiteres einordnen, was eine emotionale Überforderung vermeidet. Sie zeigt auf, wie Sexualität gelebt werden kann, zum Beispiel durch Selbstbefriedigung oder in einer sexuellen und/oder sinnlichen Beziehung ohne Scham und Gewalt (Insieme, 2017). Durch die Aneignung eines Wortschatzes, kann

Sexualerziehung als Kommunikationswerkzeug betrachtet werden, das gebraucht wird, um Erwartungen, Bedürfnisse, Grenzen und Ängste besser ausdrücken zu können. Auch wird ein Umgang mit Nähe und Distanz erlernt, der den unverzichtbaren sozialen Kodex der Intimität vermittelt. Sexualerziehung wird auch als Prävention vor sexuellem Missbrauch gesehen, da Kinder und Jugendliche lernen, Grenzen zu setzen, nein zu sagen und sich zu schützen (Insieme, 2017).

Dank der Sexualerziehung lernen Kinder und Jugendliche, über Gefühle zu sprechen und mit diesen umzugehen. Diesbezüglich wird erlernt, wie eine Beziehung einzugehen ist, was es heisst, das Gegenüber zu respektieren und wie eine Liebes- oder Paarbeziehung gelebt werden kann. Informationen über Verhütungsmittel und sexuell übertragbare Krankheiten werden vermittelt. Kinder und Jugendliche wissen, wie man sich vor ebengenannten Krankheiten schützt und an wen man sich bei Betroffenheit wendet. All diese Vorzüge einer gelungenen Sexualerziehung gelten auch für Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen. Somit soll bei nicht erfolgter Sexualerziehung im Jugendalter eine individuelle Sexualerziehung für Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen gewährleistet werden (ebd.).

Diesbezüglich bietet die Bundesvereinigung Lebenshilfe (2009) eine fundierte und praxiserprobte Arbeitshilfe zur Sexualerziehung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Diese eignet sich für Fachleute sowie engagierte Eltern. Sie umfasst verschiedene sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. In einem ersten Teil werden sexualpädagogische Grundlagen und die Voraussetzungen der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterfortbildungen erläutert. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit der Didaktik und Methodik der Sexualerziehung, welches mit Konzepten und Materialien ausgestattet ist. Anschliessend folgt ein umfangreicher Praxisteil mit konkreten methodischen Umsetzungsvorschlägen und Beispielen, gelungener sexualpädagogischer Fortbildungsseminare. Aus Sicht der Autorinnen bieten sich die Unterlagen der Bundesvereinigung Lebenshilfe an, um die passive Sexualassistenz im institutionellen Kontext zu steigern. Diesbezüglich wird für die Anschaffung adäquater sexualpädagogischer Hilfsmittel und Materialien plädiert.

Bosch und Suykerbuyk (2007) besagen, dass ein offener und unverkrampfter Umgang mit Sexualität eine Grundvoraussetzung für die erfolgreiche sexuelle Aufklärung ist. Zudem gehören Konkretisierung, positive Verstärkung, regelmässige Wiederholung und schrittweise Realisation zu den Kernelementen der Didaktik sexueller Aufklärung für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen (S. 70). Konkret empfehlen Bosch und Suykerbuyk (2007) die sexuelle Aufklärung mit dem Körperbild zu beginnen. Männliche und weibliche Geschlechtsteile sollen visualisiert und richtig benannt werden. Um Missverständnisse vorzubeugen, wird geraten, körperliche Funktionen und sexuelle Praktiken sehr präzise und detailliert zu beschreiben. Die sexuelle Aufklärung erfolgt idealerweise schrittweise und mit vielen, regelmässigen Wiederholungen sowie verschiedenen Materialien wie Bildern, Piktogramme, Filme oder plastische Darstellungen. Laut Bosch und Suykerbuyk (2007) sind kurze Sitzungen von 20 Minuten am sinnvollsten, bei denen die verschiedenen Sinne angesprochen werden. Rein verbale Inputs sind mit hoher Wahrscheinlichkeit zu abstrakt für die Klientel (S. 25).

## 5.2 Aktive Sexualassistenz

In diesem Kapitel wird spezifisch auf das Themenfeld der Sexualbegleitung eingegangen und eruiert, welche Risiken und Chancen sich durch dieses Angebot für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ergeben. Die Autorinnen verwenden die Begrifflichkeiten "Sexualassistenz" und "Sexualbegleitung" synonym und sind sich bewusst, dass der Begriff der "BerührerInnen" in der Gesellschaft am meisten verbreitet ist. Dadurch, dass es sich bei sexualassistierenden Menschen jedoch um ausgebildete Professionelle handelt, wird in dieser Arbeit auf den Begriff der "BerührerInnen" verzichtet.

Die aktive Sexualassistenz wird mit dem Terminus Sexualbegleitung gleichgesetzt. Die Sexualassistenz wird diesbezüglich aktiv in die sexuelle Handlung mit einem Menschen mit Beeinträchtigungen einbezogen. Da eine sexuelle Dienstleistung gekauft wird, ist die Grenze zur Prostitution fließend. Die professionelle Sexualassistenz unterscheidet sich insofern von der Prostitution, dass die Begleiter und Begleiterinnen über Schulungen und Ausbildungen verfügen.

Basiskompetenzen bezüglich Reflexion der eigenen Sexualität, Pflege- sowie Heil- und Sexualpädagogik, Sexualtherapie, Betreuungsrecht, Kontrakt- und Vertragsgestaltung und Supervision, werden erworben (Gebauer, 2014, S. 32).

Diesbezüglich können Sexualbegleiter und Sexualbeleiterinnen als Entlastung für die Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Settings betrachtet werden. Sie übernehmen verschiedene Funktionen, bei welchen sich Mitarbeitende klar distanzieren und abgrenzen müssen. Die aktive sexuelle Unterstützung darf unter keinen Umständen von Mitarbeitenden gewährleistet werden. So dürfen Mitarbeitende nicht bei der Selbstbefriedigung oder beim Vollzug des Beischlafs helfen (ebd.).

Laut Krenner (2003) erhalten Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Sexualassistenz oftmals zum ersten Mal die Gelegenheit, Zärtlichkeiten auszutauschen oder den nackten Körper einer Frau oder eines Mannes zu betrachten und lustvoll zu berühren. Die Sexualbegleitung beinhaltet verschiedene Handlungen und Hilfeleistungen und wird durch individuelle Grenzen der Ausübenden gestaltet. Ob Oralsex und Geschlechtsverkehr angeboten werden, ist dementsprechend von den individuellen und persönlichen Grenzen der Sexualbegleitung abhängig. Die Sexualbegleitung bietet beispielsweise konkrete Anleitung und Einübung manueller Selbstbefriedigung an und klärt über die korrekte Anwendung der Masturbation auf, bis hin zu erotischen Massagen, Nacktheit, Körperkontakt und Zärtlichkeiten wie Umarmungen und Streicheln (S. 36).

#### Initiative Sexualbegleitung für Menschen mit Beeinträchtigungen

Die Autorinnen möchten an dieser Stelle die InSeBe (**I**nitiative **S**exual**B**egleitung für Menschen mit Beeinträchtigungen) genauer vorstellen, da sie im Grundstudium eine Organisationsanalyse über diese Organisation verfasst haben und den "Empower Sexualberater und Sexualbegleiter" Erich Hassler kennen lernen und interviewen durften. Gegenwärtig ist die InSeBe die grösste schweizerische Organisation, die Ausbildungen zur Sexualbegleitung anbietet. Die Ausbildung zur Sexualbegleiterin oder zum Sexualbegleiter umfasst 20 Stunden Heimstudium, die Teilnahme an Info- sowie Entscheidungsworkshop, fünf Ausbildungswochenenden und einen dreitägigen

Erotikworkshop. Wer Sexualbegleiterin oder Sexualbegleiter werden möchte, muss über 25-jährig sein. Das Ausbildungsteam entscheidet über die Zulassung, da abgeklärt werden muss, ob die Interessierten die nötige Haltung und Kompetenz mitbringen, diese Ausbildung zu absolvieren. Eine ausgeglichene Persönlichkeit ist eines der Hauptkriterien (InSeBe, 2017).

Es geht darum, etwas Gutes für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu tun und nicht darum, diese auszubeuten um Anerkennung zu suchen oder einen eigenen Fetisch auszuleben. Somit richtet sich diese Ausbildung an Frauen und Männer, welche Menschen mit Beeinträchtigungen darin unterstützen möchten, Sexualität selbstbestimmt und selbstbewusst leben zu können, und...

- ...die bereit sind ihren Körper und ihr Bewusstsein einzusetzen, um bei ihren Kundinnen und Kunden ein positives Körpergefühl zu stärken und ihnen eine erotisch-sexuelle Begegnung zu ermöglichen.
- ...die die Bereitschaft einbringen, ihre eigene sexuelle Biografie zu reflektieren und ihre Motivation und Haltung für diese Tätigkeit zu hinterfragen.
- ...die Erfahrung mit Körperarbeit im wesentlichen Sinne haben.

Nebst den obengenannten Kompetenzen stehen Selbsterfahrungen und Körperübungseinheiten im Zentrum der Ausbildung, welche durch fundiertes theoretisches Wissen der Ausbilder und Ausbilderinnen ergänzt werden. Es handelt sich um eine kostenpflichtige Ausbildung und die Workshops finden teils in der Schweiz und teils in Deutschland statt. Zu den 2'500 Franken Grundgebühren für den Ausbildungsplatz kommen noch die Reisekosten hinzu, was zu einem Total zwischen 3'000 Franken - 4'000 Franken führt (ebd.).

Das Ausbildungsteam bestehend aus:

- Erich Hassler, Empower Sexualbegleiter ISBB® und Sexualberater im ISBB Trebel + Zürich
- Eva Zylka, Empower Sexualbegleiterin ISBB® und Sexualberaterin im ISBB Trebel
- Sabina Maag, Sexualbegleiterin ISBB® und
- weiteren Referentinnen und Referenten oder Gästen

Hassler, Zylka und Maag leiten die Ausbildungskurse in Fünfer-bis-Zwölfer-gruppen. Mit Abschluss der Ausbildung erhalten die Absolventen und Absolventinnen ein Zertifikat und den geschützten Titel *Sexualbegleiter oder Sexualbegleiterin InSeBe*.

Erich Hassler ist der Überzeugung, dass durch die Sexualbegleitung nicht nur sexuelle und körperliche Befriedigungen erzielt werden, sondern dass auch psychische Probleme gelöst werden können (InSeBe, 2017).

Der Beruf der Sexualbegleiterin oder des Sexualbegleiters trifft laut ihm nicht immer auf Verständnis in der Gesellschaft. Auch wird immer wieder ein Vergleich mit der Prostitution gezogen, was Hassler nicht verneint. Auf rechtlicher Ebene seien Prostitution und Sexualbegleitung gleichzusetzen, da in beiden Fällen Geld für eine sexuelle Dienstleistung verlangt wird. Jedoch verzichte die Sexualbegleitung im Gegensatz zur gewöhnlichen Prostitution auf das Vorspielen von Illusionen. Er betrachte die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht als seine Kundschaft, die er durch seine Dienstleistungen an sich binden müsse, damit sie wiederkommt (InSeBe, 2017).

Anders als bei der gewöhnlichen Prostitution verkaufen Sexualbegleiter und Sexualbegleiterinnen keine einzelnen sexuellen Akte, die je nach Angebot verschiedene Preise haben. Vielmehr verkaufen Sexualbegleiter und Sexualbegleiterinnen Begegnungen und Zeit, welche nur nach Absprache geschehen. Es geht um einen gefühlvollen und respektvollen Austausch, welcher prinzipiell als Surrogat und als Ersatzpartnerschaft betrachtet werden kann. Auch erklärte er im Interview mit der Autorenschaft, dass ein Prinzip der InSeBe darin bestehe, sich abzugrenzen und keine weiteren "Dates" zu vereinbaren, wenn Klienten und Klientinnen sich "verlieben". Viele der Sexualbegleiter und Sexualbegleiterinnen haben Partner und Partnerinnen oder gar Kinder. Wie bereits erwähnt bietet die InSeBe Begegnungen und gemeinsame Zeit an, jedoch keine Partnerschaft.

### 5.3 Fazit

Durch die passive und aktive Sexualassistenz soll Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu einer selbstbestimmten Sexualität verholfen werden. Es wird ersichtlich, dass bei der Sensibilisierung der Mitarbeitenden der Grundstein gesetzt werden muss. Nur wenn die Mitarbeitenden sensibilisiert sind, können sie eine adäquate passive Sexualassistenz bieten. Des Weiteren kann eine individualisierte Aufklärung erst stattfinden, wenn die Mitarbeitenden sich entsprechend mit dem Thema auseinandergesetzt haben. Bereits bei der Sensibilisierung der Mitarbeitenden und der Aufklärung soll auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zurückgegriffen werden. Für Schulungen oder Aufklärung können zum Beispiel Insieme oder ProInfirmis beigezogen werden. Auch für die aktive Sexualassistenz soll das Netzwerk genutzt werden um Begegnungen zu ermöglichen.

## 6. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

In diesem Kapitel werden anhand der Beantwortung der Fragestellungen die zentralen Erkenntnisse und Schlussfolgerungen wiedergeben. Im Ausblick wird eine "Haltung" vorgestellt, die es aus Sicht der Autorinnen ermöglicht, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrer selbstbestimmten Sexualität zu unterstützen. Zusätzlich werden Themen angeschnitten, die in dieser Bachelorarbeit nicht aufgegriffen wurden.

### 6.1 Beantwortung der Fragestellung

*Inwiefern darf, kann und soll die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen als „anders“ betitelt werden und welche Besonderheiten gilt es zu beachten?*

Bei der Erarbeitung dieser Fragestellung wurde ersichtlich, dass die Sexualität zum Menschsein gehört und eine sinngebende Bedeutung trägt. Diesbezüglich ist es nicht legitim, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihre Sexualität abzusprechen. Laut Werner Obrecht (2002) gehört die Sexualität zu den biologischen Grundbedürfnissen eines jeden Menschen. Werden diese Bedürfnisse nicht befriedigt, resultieren Bedürfnisspannungen, die sich wiederum auf die Lebensqualität auswirken. Zudem gestaltet sich die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Allgemeinen erschwert.

Barbara Ortland (2008) nennt fehlenden „sexuellen“ Interaktionsmöglichkeiten von Kindern mit kognitiven Beeinträchtigungen als Grund für Unterschiede zu der sexuellen Entwicklung von Kindern ohne kognitive Beeinträchtigungen. So haben kognitiv beeinträchtigte Kinder beispielsweise weniger oder gar keine Möglichkeiten, sich durch Rollenspiele einem Geschlecht zuzuordnen, was die Bildung einer sexuellen Identität erschwert. Grundsätzlich erlangen Jugendliche mit und ohne kognitive Beeinträchtigungen etwa zur gleichen Zeit die Pubertät und somit die Geschlechtsreife. Die Pubertät bringt viele, vor allem körperliche, Veränderungen mit sich, was zu Unsicherheit führt. Durch die Diskrepanz zwischen dem Entwicklungs- und

Intelligenzalter, sowie dem emotionalen und sozialen Niveau, erleben Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen ihre Pubertät häufig als beängstigend und belastend. Barbara Senckel (2000) macht darauf aufmerksam, dass Jugendliche mit kognitiven Beeinträchtigungen in dieser Phase vermehrt auf empathische Unterstützung angewiesen sind um die Veränderungen ihres Körpers zu akzeptieren und sich nicht abgeschoben zu fühlen.

Zudem soll laut Erik Bosch und Ellen Suykerbuyk (2007) der sozioemotionalen Entwicklung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen besondere Beachtung geschenkt werden. Es wird besagt, dass viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beim Entwicklungsstand eines vier bis fünf jährigen Kindes stehen bleiben. Aus der Empirie geht hervor, dass die Entwicklung des Gewissens und ein Umgang mit Werten und Normen erst ab fünf Jahren möglich ist. Diesbezüglich kann es vermehrt vorkommen, dass Erwachsene mit kognitiven Beeinträchtigungen nicht zwischen sich und anderen unterscheiden können, sich nicht in andere hineinfühlen können oder impulsiv auf Grenzen reagieren. Durch das Fehlen verinnerlichter Werte und Normen kann es vorkommen, dass sie eine verminderte Scham empfinden, Bedürfnisse nicht aufschieben können und diese ohne Rücksicht auf negative soziale Resonanz befriedigen. Ist es Professionellen der Sozialen Arbeit möglich, diese „Besonderheiten“ zu erkennen, zu akzeptieren und adäquate Unterstützung anzubieten, wirkt sich dies positiv auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus.

Zusätzlich wird ersichtlich, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen durch Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse in ihrer Sexualität fremdbestimmt werden. Fehlende Unterstützung, Ignoranz und fehlende Kompetenzen für die selbständige Informationsbeschaffung führen zu Unwissenheit bezüglich angemessenen sexuellen Verhaltensweisen, welche Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen laut Insieme (2017) zu idealen Opfern für sexuelle Übergriffe macht. Mitarbeitende sind gefordert, empathisch und sensibel auf ihre Klientel einzugehen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die gesellschaftliche Stigmatisierung dafür verantwortlich gemacht werden kann, dass zwischen der Sexualität von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterschieden wird. Aufgrund fehlender Kenntnisse und Akzeptanz seitens der Gesellschaft, wird die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stark kritisiert und hinterfragt (Cathrin Ehlers, 2006).

Gesellschaftliche Fehlschlüsse, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen einerseits asexuell oder andererseits gar sexbesessen seien, wirken sich negativ auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aus. Die Abneigung seitens der Gesellschaft wird spürbar und viele Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen verfügen über ein beschädigtes Selbstwert- und Körpergefühl was zu „behinderter“ Sexualität führen kann.

Im Allgemeinen tragen die gesellschaftlichen Schönheitsideale und Medien negative Folgen mit sich. Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen werden nebst dem „makellosen Ideal“ als unattraktiv empfunden und auf diese Weise exkludiert (Vernaldi, 2002). Diese Exklusion führt wiederum dazu, dass weniger sexuelle Erfahrungen gemacht werden können und dass normale und angesehene Verhaltensweisen von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen falsch interpretiert und aufgenommen werden.

*Wie gestalten sich rechtliche Grundlagen und ethische Prinzipien, die sich mit der Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen beschäftigen?*

In Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen gibt es verschiedene rechtliche Grundlagen. Es bleibt jedoch zu beachten, dass es schwierig ist, klare Schlüsse daraus zu ziehen. Viele dieser Gesetze postulieren im weitesten Sinne, die rechtliche Verpflichtung, Sexualität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu ermöglichen, wie beispielsweise das Menschenrecht auf Eheschließung und Familiengründung. Da Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt in ihren Menschenrechten verletzt wurden, wurde im Jahr 2006 die Behindertenrechtskonvention aufgesetzt. Die BRK baut auf den Menschenrechten auf, nimmt jedoch explizit Bezug auf die Lebensumstände von Menschen mit Beeinträchtigungen.

Die Autorinnen stellten fest, dass die BRK Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen nimmt, aber sich nicht klar positioniert. Die BRK scheint eher der Sensibilisierung zu dienen und versucht Gleichberechtigung zu schaffen. Das Recht auf Familie und Ehe wird von den Autorinnen als Forderung nach selbstbestimmter Sexualität gedeutet. Dies in dem Sinne, dass Eltern oder Betreuer und Betreuerinnen nicht paternalistisch entscheiden können, wie die Sexualität der betroffenen Personen sich gestaltet. Verhütung, Sterilisation oder die Begleitung durch aktive Sexualassistenten ist Sache der betroffenen Person.

Auch das Normalisierungsprinzip nach Nirje (1994) scheint in Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen von hohem Stellenwert und postuliert explizit zu einer selbstbestimmten Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen und fordert gleiche Lebensumstände für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Somit soll der Alltag in einer sozialpädagogischen Einrichtung möglichst nahe der gesellschaftlichen Realität gestaltet werden, was jedoch in der Realität meist nicht umgesetzt wird. Dies kann einerseits auf strukturelle Bedingungen zurückgeführt werden, andererseits auf die Tabuisierung des Themas Sexualität. Wobei

mittlerweile ein Wandel ersichtlich wird und sich sozialpädagogische Einrichtungen und ihre Mitarbeitenden vermehrt mit der Thematik auseinandersetzen.

Eine weitere ethische Thematik ist die Selbstbestimmung. Das Konzept der Selbstbestimmung fordert, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ihr Leben selber gestalten dürfen und ihnen somit genügend Informationen und Möglichkeiten geboten werden müssen, damit sie eigene Entscheidungen treffen können. Entsprechend ist die Sexualität ein Grundbedürfnis, wodurch sich die Soziale Arbeit klar für eine selbstbestimmte Sexualität positioniert.

*Inwiefern wird die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext beeinflusst?*

Laut Specht (2008) wird das Leben im institutionellen Kontext aufgrund struktureller Bedingungen stark fremdbestimmt, was zur Folge hat, dass auch die selbstbestimmte Sexualität immens beeinträchtigt wird. Aus den Erfahrungen der Autorinnen geht hervor, dass im stationären Kontext meist zwischen drei bis zehn Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf einer Wohngruppe zusammenleben. Hinzu kommt, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in der Regel nicht selbständig wählen können und dürfen, mit wem sie wohnen möchten. Die Gruppengrösse kann zudem eine eingeschränkte Privatsphäre zur Folge haben, wenn beispielsweise das Badezimmer geteilt werden muss.

Eine weitere massive Verletzung der Privat- und Intimsphäre besteht darin, wenn Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Mehrbettzimmern leben. Die Tatsache, dass Menschen mit Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext in einem Abhängigkeitsverhältnis leben und die bereits aufgelisteten Aspekte für sie alltäglich sind, hat zur Folge, dass die Bewohnenden einen sehr offenen Umgang mit ihrer Privat- und Intimsphäre haben.

Nebst den negativen strukturellen Bedingungen werden auch positive Einflüsse ersichtlich. Durch den Wandel der Behindertenpädagogik entstanden verschiedenste neue Sichtweisen, welche auch das Thema selbstbestimmte Sexualität beinhaltet. Zahlreiche sozialpädagogische Einrichtungen haben bereits Konzepte zum Thema Sexualität, welche in den Alltag einfließen. Des Weiteren verfügen viele sozialpädagogische Einrichtungen über ein grosses Netzwerk und können dadurch situativ, individuell und bedürfnisgerecht auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zurückgreifen.

Wenn man sozialpädagogische Einrichtungen mit den anderen Wohnformen vergleicht, wird besonders deutlich, dass die Menschen mit Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext vielen Beeinflussungen ausgesetzt sind und die Fremdbestimmung eher hoch

ist, während diese beim Wohnen mit Assistenz um einiges geringer ausfällt. Da jedoch für das Assistenzmodell gewisse kognitive Fähigkeiten vorausgesetzt werden, ziehen die Autorinnen den Schluss: Je stärker die kognitive Beeinträchtigung, desto grösser die Fremdbestimmung und eingeschränkter die selbstbestimmte Sexualität.

*Welche Handlungsmöglichkeiten und Angebote gibt es aus sozialpädagogischer Sicht, um Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Ausleben ihrer eigenen Sexualität zu unterstützen?*

Infolge der Erkenntnisse dieser Bachelorarbeit zeichnet sich ab, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen vermehrt auf Unterstützung angewiesen sind, selbstbestimmte Sexualität leben zu können. Laut Gebauer (2014), Sternberg (2008) und Schwarte & Oberste-Ufer (1997) sind die Toleranzbereitschaft und moralische Einstellung der Mitarbeitenden ausschlaggebend dafür, ob die Sexualität der Klientel ermöglicht wird, was als enorme Fremdbestimmung in der Befriedigung biologischer Grundbedürfnisse zu betrachten ist. Diese Fremdbestimmung und die paternalistische Haltung im stationären Kontext gilt es zu brechen. Specht (2008) fordert diesbezüglich die Sensibilisierung Mitarbeitender durch Weiterbildungen und Seminare.

Entsprechend muss die passive Sexualassistenz, welche zu der Verantwortung von Mitarbeitenden in sozialpädagogischen Einrichtungen gehört, unumstritten ausgebaut und verbessert werden (Gebauer, 2014). Mitarbeitende müssen befähigt werden, adäquate Unterstützung im Bereich der passiven Sexualassistenz zu leisten. Durch Weiterbildungen und Seminare im Themenfeld „Sexualität und Beeinträchtigung“ sollen Mitarbeitende sensibilisiert werden und eine verständnisvolle und akzeptierende Haltung gegenüber der Klientel und deren Sexualität einnehmen (CURAVIVA, 2017). Eine ausgebaute passive sexuelle Assistenz schafft laut Krenner (2003) und Gebauer (2014) konkrete Voraussetzungen für die Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität.

Sexualpädagogik, Sexualberatung und die Beschaffung von Materialien und Hilfsmitteln gehören zu den Pflichten der Mitarbeitenden im institutionellen Kontext. Bei der passiven Sexualassistenz geht es in erster Linie darum, Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung genauso wie Menschen ohne kognitive Beeinträchtigung als sexuelle Wesen anzuerkennen und ihnen einen möglichst "normalen" Umgang mit Sexualität zu ermöglichen. Es geht darum, Rahmenbedingungen zu schaffen, durch welche Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ihre sexuellen Bedürfnisse befriedigen können.

Wie bereits erwähnt, besteht ein grosser Handlungsbedarf darin, eine adäquate und individuelle Sexuaufklärung zu gewähren. Es empfiehlt sich daher, im institutionellen Kontext geeignete Unterlagen zu installieren. Die Stiftung Lebenshilfe (2009) bietet eine Reihe von sexualpädagogischen Materialien und Konzepten, die auf die Sexuaufklärung kognitiv beeinträchtigter Erwachsener ausgerichtet ist. Zusätzlich können Beratungsstellen von Betroffenen wie auch von Mitarbeitenden aufgesucht werden.

Die Autorinnen verweisen hier spezifisch auf das Institut für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster, welches eine umfassende Weiterbildung im Bereich „Sexualität und Beeinträchtigungen“ anbietet. Motivierte Mitarbeitende sollen diese Ausbildung absolvieren und anschliessend als Ansprechperson wohngruppenübergreifend im institutionellen Rahmen agieren. Auch sollten vermehrt Inputs an Teamsitzungen und internen oder externen Fachtagungen zur Thematik der Sexualität gegeben werden. Da Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen das Recht auf eine individuelle Sexuaufklärung und Unterstützung haben, ist die Soziale Arbeit verpflichtet, Vernetzungsarbeit zu leisten und bei Bedarf auch externe Fachkräfte beizuziehen.

Spezifisch heisst dies, dass Mitarbeitende verpflichtet sind, aktive Sexualassistenz zu organisieren und vermitteln, jedoch nicht aktiv in der sexuellen Interaktion einbezogen sind. Die externen SexualbegleiterInnen können Hilfestellungen bei der Masturbation sowie jegliche Formen des aktiven "Hand-Anlegens", des Geschlechtsverkehrs oder erotische Massagen anbieten (Gebauer, 2014).

## 6.2 Schlussfolgerungen und Ausblick

Die Autorinnen ziehen den Schluss, dass die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen stark von ihrer Umwelt behindert wird. In Bezug auf die Fragestellung, inwiefern die selbstbestimmte Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im institutionellen Kontext unterstützt werden kann, wird folgende Schlussfolgerung als äusserst wichtig geachtet.

Durch diese Bachelorarbeit wurde aufgezeigt, dass die Haltung der Mitarbeitenden im stationären Kontext einen immensen Einfluss auf die Verwirklichung selbstbestimmter Sexualität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen hat. Trotz ethischen Prinzipien und geltenden Rechten, liegt es in den Händen der Mitarbeitenden, ihre Klientel zu befähigen und zu unterstützen, eine selbstbestimmte Sexualität zu entwickeln. Die Sexualität ist jedoch ein sehr intimer und persönlicher Lebensbereich und darüber zu sprechen, stellt eine grosse Herausforderung dar.

Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen sind hingegen darauf angewiesen, dass dieses Schweigen gebrochen wird. Um eine professionelle Begleitung gewährleisten zu können, müssen Mitarbeitende ihre Klientel in allen Lebensbereichen unterstützen, begleiten und befähigen. Es ist diesbezüglich äusserst unprofessionell, aufgrund eigener Unsicherheiten und Scham, Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen im Bereich der Sexualität ihrem Schicksal zu überlassen, ihre sexuellen Bedürfnisse zu ignorieren oder ihnen Sexualität gar abzusprechen. Eine solche Haltung wird von den Autorinnen als kolossale Behinderung aufgefasst, die es zu verhindern gilt.

Aus Sicht der Autorinnen, kann der personenzentrierte Ansatz von Carl Rogers Mitarbeitende darin unterstützen, einen geeigneten Umgang mit der Sexualität der Klientel zu erwerben. Durch den personenzentrierten Ansatz kann eine aufrichtige Beziehung zwischen der Klientel und den Betreuenden erschaffen werden, die als Hilfe zur Selbsthilfe zu betrachten ist. In der Begleitung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen ist zu beachten, dass sie es sind, die in den Mittelpunkt aller Interventionen gestellt werden müssen. Es gilt, darauf zu vertrauen, dass die Tendenz der Selbstverwirklichung zu den Fähigkeiten eines jeden Individuums gehört.

Um eine pädagogisch wertvolle Haltung einzunehmen, kann der Leitsatz von Akzeptanz, Empathie und Kongruenz auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen adaptiert werden. Wird Sexualität als Grundbedürfnis eines jeden Menschen betrachtet, verschafft dies eine grundlegende Akzeptanz. Das Wissen darüber, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen aufgrund ihrer Lebenserfahrungen und ihrer sexuellen Entwicklung teils "normabweichende" sexuelle

Muster entwerfen, ermöglicht es Mitarbeitenden, einen akzeptierenden Umgang damit zu finden und empathisch auf diese zu reagieren. Das Verständnis über die sozioemotionale Entwicklung und der Miteinbezug des sozialen und emotionalen Niveaus der Klientel, führen zudem zu einer empathischen und akzeptierenden Haltung. So können alltägliche Pflegesituationen beispielsweise genutzt werden, um die Bedürfnisse nach Nähe und Zuneigung durch basale Stimulation zu befriedigen. Wichtig gilt hier, zu beachten, dass die basale Stimulation nicht als sexuelles Angebot gelten soll und sich davon klar abgrenzt.

Die Kongruenz besteht aus Sicht der Autorinnen darin, dass die Mitarbeitenden der Klientel offen, authentisch und ehrlich gegenüberzutreten. In Bezug auf die Sexualität sollen Mitarbeitende sich selbst als sexuelle Wesen sehen und offen über Gefühle und Einstellungen sprechen können. Die Kongruenz wird von den Autorinnen diesbezüglich als Gegensatz zum Paternalismus interpretiert, da Mitarbeitende sich aufgrund ihrer Profession und Hierarchie nicht über die Klientel setzen dürfen. Der personenzentrierte Ansatz fordert Mitarbeitende auf, sich emotional einzubringen. Diesbezüglich muss seitens der Mitarbeitenden eine kongruente Sprache und sexuelle Aufklärung gewährleistet werden, die Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in ihrer selbstbestimmten Sexualität unterstützen.

Des Weiteren wird auch deutlich erkennbar, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, häufig aufgrund fehlender sexueller Erfahrungen, keine ausgeprägte sexuelle Identität entwickeln können. Die Entwicklung einer sexuellen Identität wird bereits von Geburt an durch äussere Faktoren erschwert und zieht sich durch das ganze Leben von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen. Diesbezüglich kann aus Sicht der Autorinnen das Normalisierungsprinzip als Grundlage dienen, die sexuelle Sozialisation der Menschen mit Beeinträchtigungen auf den verschiedenen Ebenen zu erleichtern und ermöglichen. Die Orientierung an dem Normalisierungsprinzip würde bedeuten, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen möglichst ähnlichen Lebensumständen wie Menschen ohne Beeinträchtigungen ausgesetzt wären.

Diesbezüglich wäre es wünschenswert, Eltern von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit kognitiv Beeinträchtigungen zu unterstützen einen "normalen" Umgang mit ihren Kindern zu gestalten und paternalistisches Handeln zu verringern. Idealerweise werden Kinder in Zukunft nicht nur in heilpädagogischen Schulen, sondern vermehrt in öffentlichen Schulen oder Internaten in Peergroups eingebunden werden, wodurch ein Austausch mit gleichaltrigen, nicht-beeinträchtigten Kindern ermöglicht wird. Wie bei nicht-beeinträchtigten Menschen würde die Sexualität als positiv bewertet, was eine gelingende Auseinandersetzung mit dieser bekräftigen würde.

Zusätzlich muss ein Umdenken seitens der Gesellschaft stattfinden. Die gesellschaftliche Stigmatisierung, Diskriminierung, die Vorurteile und Fehlschlüsse in Bezug auf die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen müssen zwingend behoben werden. Die gesellschaftliche Bewusstseinsbildung und somit die Anerkennung der Rechte und Bedürfnisse von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen soll dieses Umdenken positiv unterstützen. Die Vorurteile sollen abgeschafft werden und es soll nicht mehr vorkommen, dass davon ausgegangen wird, dass Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen unfähig sind, Sexualität zu leben.

Das doppelte Tabu der Sexualität von Menschen mit Beeinträchtigungen muss gebrochen, die geltenden Rechte, die Ratifizierung der UN-BRK und das Normalisierungsprinzip öffentlich diskutiert werden. Um eine selbstbestimmte Sexualität für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen zu erreichen, muss eine grundlegende Auseinandersetzung auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Aus Sicht der Autorinnen muss die Sexualität von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen in Einrichtungen, im familiären Kontext, in der Öffentlichkeit, in der Politik und in der Medienwelt in Zukunft viel präsenter, fundierter und offener diskutiert werden.

Im institutionellen Kontext müssen Mitarbeitende vermehrt ihre Klientel und deren Bedürfnisse in den Fokus setzen. Oftmals wird die Meinung der gesetzlichen Vertretung oder der Eltern in den Fokus gestellt oder damit argumentiert, was die gesetzliche Vertretung oder die Eltern dazu sagen würden.

Diese paternalistische Haltung und die Angst, falsch zu handeln, muss sich unbedingt ändern. Mitarbeitende werden gefordert, Verantwortung zu übernehmen. Es darf in Zukunft keine grossen Diskussionen mehr darüber geben, wenn Mitarbeitende gewissenhaft passive Sexualassistenz leisten und beispielsweise pornografische Hilfsmittel organisieren. Es muss allen Mitarbeitenden bewusst werden, dass Sexualität zum Menschsein gehört und somit ein Grundbedürfnis darstellt und Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen auf adäquate Unterstützung angewiesen sind.

## 7. Literaturverzeichnis

Achilles, Ilse (2010). *"Was macht ihr Sohn denn da?" Geistige Behinderung und Sexualität*. München: Ernst Reinhardt.

AirAmour (2017). Gefunden unter [http://www.airamour.ch/html/aa\\_ueber.html](http://www.airamour.ch/html/aa_ueber.html)

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

AvenirSocial (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. Bern: AvenirSocial.

Behindertengleichstellungsgesetz [BehiG] (2002). *Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002658/201701010000/151.3.pdf>

Bender, Svenja (2012). *Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik*. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Bosch, Erik & Suykerbuyk, Ellen (2007). *Auklärung - Die Kunst der Vermittlung. Methodik der sexuellen Auklärung für Menschen mit geistiger Behinderung*. Weinheim und München: Juventa.

Bundesamt für Statistik (2016). *Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-menschen-behinderungen/behinderungen.html>

Bundesgesetz über die Institutionen zur Förderung der Eingliederung von invaliden Personen (2006). Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20051694/index.html>

Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hrsg.) (2009). *Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen*. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] (1999). Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201405180000/101.pdf>

Charta Prävention (2017). *Charta zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen*. Gefunden unter <http://www.charta-praevention.ch/?Home>

CURAVIVA (2017). *Let's talk about sex*. Gefunden unter [http://www.bildungsangebote.curaviva.ch/de/50\\_kurse/default.htm?detailid=105815](http://www.bildungsangebote.curaviva.ch/de/50_kurse/default.htm?detailid=105815)

Dederich, Markus (2011). Paternalismus als ethische Figur - Ein Problemaufriss. In Karl-Ernst Ackermann, & Markus Dederich (Hrsg.), *An Stelle des Anderen. Ein Interdisziplinärer Diskurs über Stellvertretung und Behinderung* (S. 167-194). Oberhausen: Athena.

- Dialog Ethik (2011). *Ethik und Heilpädagogik*. Gefunden unter [http://www.fasmed.ch/fileadmin/pdf/TiF95\\_heilp%C3%A4dagogik%20%282%29.pdf](http://www.fasmed.ch/fileadmin/pdf/TiF95_heilp%C3%A4dagogik%20%282%29.pdf)
- Doherr, Silke (2007). *Die Professionalisierung der Behindertenpädagogik zur Qualitätsentwicklung und -sicherung in Einrichtungen und Diensten für behinderte Menschen*. Oldenburg: Isensee Verlag.
- Ehlers, Cathrin (2006). *Sexualerziehung bei Jugendlichen mit körperlicher und geistiger Behinderung. Unterrichtsmaterialien*. Horneburg: Persen Verlag GmbH.
- Eidgenössisches Departement des Inneren (ohne Datum). *Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international/0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html>
- Gebauer, Maike (2014). *Sexualbegleitung und Sexualassistenz für Menschen mit geistiger Behinderung*. Leipzig: Leipziger Wissenschaftsverlag.
- Humanrights (2014). *Schweiz ratifiziert die UNO-Behindertenrechtskonvention*. Gefunden unter <https://www.humanrights.ch/de/menschenrechte-schweiz/inneres/gruppen/behinderte/behindertenkonvention-uno-vernehmlassung>
- InSeBe (2017). *Initiative SexualBegleitung für Menschen mit Behinderung - zur Förderung der sexuellen Kompetenz*. Gefunden unter <http://www.insebe.ch/>
- Insieme (2017). *Sexualerziehung*. Gefunden unter <http://insieme.ch/leben-im-alltag/sexualitat/sexualerziehung/>

- Insieme (ohne Datum). *Missbrauch*. Gefunden unter <http://insieme.ch/leben-im-alltag/sexualitat/missbrauch/>
- Institution für Sexualpädagogik und Sexualtherapie Uster (2017). *Sexualität und Behinderung*. Gefunden unter <http://www.sexualpaedagogik.ch/Sexualität-und-Behinderung/>
- International Planned Parenthood Federation [IPPF] (2009). *Sexuelle Rechte: Eine IPPF-Erklärung*. Gefunden unter [http://oegf.at/dokumente/IPPF\\_SRD.pdf](http://oegf.at/dokumente/IPPF_SRD.pdf)
- Kamlah, Wilhelm (1972). *Philosophische Anthropologie. Sprachkritische Grundlegung und Ethik*. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Kniel-Fux, Lucie (2014). *Sterilisationen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung*. Gefunden unter [http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/140606\\_sa\\_03\\_025\\_027.pdf](http://www.avenirsocial.ch/sozialaktuell/140606_sa_03_025_027.pdf)
- Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (1974). Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19500267/index.html>
- Krenner, Monika (2003). *Sexualbegleitung bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Marburg: Tectum Verlag.
- Kunz, Daniel (Hrsg.) (2016). *Sexuelle Gesundheit für Menschen mit kognitive Einschränkungen. Angebotsübersicht und Bedürfnisabklärung zu öffentlich zugänglichen Dienstleistungen sexueller Gesundheit*. Luzern: Interact Verlag.
- Leue-Käding, Susan (2004). *Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.

- Lust und Frust (2017). *Sexuelle Identität*. Gefunden unter <http://www.lustundfrust.ch/jugendliche/sexuelle-identitaet>
- Mösler, Thomas (2002). Sexualität. Anmerkung aus wissenschaftlicher und therapeutischer Sicht. In Manuela Bannasch (Hrsg.), *Behinderte Sexualität - verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung* (S. 37-51). Neu-Ulm: AG SPAK.
- Obrecht, Werner (2002). *Umriss einer biopsychosozialen Theorie sozialer Probleme. Ein Beispiel einer transdisziplinär integrativen Theorie*. Gefunden unter [https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11\\_lokal/forschungspublikationen/lehrmaterialien/dokumente\\_112/sagebiel\\_1/Obrecht-2002-Umriss\\_einer\\_biopsychosozialen\\_Theorie\\_sozialer\\_Probleme.pdf](https://w3-mediapool.hm.edu/mediapool/media/fk11/fk11_lokal/forschungspublikationen/lehrmaterialien/dokumente_112/sagebiel_1/Obrecht-2002-Umriss_einer_biopsychosozialen_Theorie_sozialer_Probleme.pdf)
- Ortland, Barbara (2008). *Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ortland, Barbara (2016). *Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Ostschweizer Verein zur Schaffung und zum Betrieb von Wohnmöglichkeiten für Körperbehinderte [OVWB] (ohne Datum). *Sexuelle Gesundheit für Menschen mit körperlichen Behinderungen*. Gefunden unter [http://spina-hydro.ch/wp-content/uploads/2015/09/Sexualität\\_Beziehung\\_Sexuelle\\_Gesundheit1\\_12.pdf](http://spina-hydro.ch/wp-content/uploads/2015/09/Sexualität_Beziehung_Sexuelle_Gesundheit1_12.pdf)
- Pfadfinder Trotz Allem-Wohnheim [PTA] (ohne Datum). *Das Normalisierungsprinzip*. Gefunden unter <http://www.pta-wohnheim.ch/wp-content/uploads/2012/06/Normalisierung.pdf>

- Pro Infirmis (2017). *Partnerschaft & Sexualität*. Gefunden unter <http://www.proinfirmis.ch/mobile/betroffene-angehoerige/familie-partnerschaft/partnerschaft-sexualitaet.html>
- Procap (2016). *Wohnformen*. Gefunden unter [https://www.procap.ch/fileadmin/user\\_upload/customers/procap/2\\_News/Magazin/Archiv\\_2016/2016\\_04\\_de\\_Procap-Magazin\\_Web.pdf](https://www.procap.ch/fileadmin/user_upload/customers/procap/2_News/Magazin/Archiv_2016/2016_04_de_Procap-Magazin_Web.pdf)
- profamilia (2012). *Menschenrechtsbasierte Sexualpädagogik mit Jugendlichen. Mit drei Praxisbeispielen*. Frankfurt am Main: profamilia.
- Santé Sexuelle Suisse (ohne Datum). *Sexuelle Rechte*. Gefunden unter <https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/sexuelle-rechte/>
- Schmocker, Beat (2017). *Zur entstehung menschlicher Moral, der Werte und pholospohischen Ethik*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Hochschule Luzern - Soziale Arbeit.
- Schwarte, Norbert & Oberste-Ufer, Ralf (1997). *LEWO. Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geisitger Behinderung. Ein Instrument zur Qualitätsentwicklung*. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.
- Senckel, Barbara (2000). *Mit geistig Behinderten leben und arbeiten*. München: C.H. Beck.
- Specht, Ralf (2008). Sexualität und Behinderung. In Renate-Berenike Schmidt, & Uwe Sielert (Hrsg.), *Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung* (S. 295-308). Weinheim: Juventa.
- Speck, Otto. (1991). *System Heilpädagogik: eine ökologische reflexive Grundlegung. 2. Auflage*. München/Basel: Ernst Reinhardt.

- Stangl, Werner (2017). *Körperliche und sexuelle Entwicklung im Jugendalter*. Gefunden unter <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/PSYCHOLOGIEENTWICKLUNG/KoerperlicheEntwicklung.shtml>
- Stein, Roland (2006). Beeinträchtigungen und Behinderungen. In Gerd Hansen & Roland Stein (Hrsg.), *Kompendium Sonderpädagogik* (S. 9-24). Bad Heilbrunn: Klinikhardt.
- Sternberg, Peggy (2008). *Partnerschaft und Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung*. Saarbrücken: VDM-Verlag Dr. Müller.
- Stiftung für Schwerbehinderte Luzern [SSBL] (2016). *Konzept Sexualität*. Unveröffentlichtes Konzept der Stiftung für Schwerbehinderte Luzern.
- Stöppler, Reinhilde (2014). *Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung*. München: UTB GmbH.
- Theunissen, Georg & Plaute, Wolfgang (1995). *Empowerment und Heilpädagogik. Ein Lehrbuch*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- UN-Behindertenrechtskonvention [BRK] (2017). *Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Gefunden unter <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20122488/index.html#fn1>
- Van den Daele, Wolfgang (2002). *Zeugung auf Probe*. Gefunden unter [http://www.zeit.de/2002/41/Zeugung\\_auf\\_Probe](http://www.zeit.de/2002/41/Zeugung_auf_Probe)

Vernaldi, Mathias (2002). Der makellose Mensch? Oder: Der makellose Körper. In Manuela Bannasch (Hrsg.), *Behinderte Sexualität - verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung* (S. 52-57). Neu-Ulm: AG SPAK.

Walter, Joachim (Hrsg.) (2005). *Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Schriftenreihe. Band 1. 6. Auflage*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Walter, Joachim (2001). *Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht*. Gefunden unter <https://www.forum.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=663>

Walter, Joachim (2005). Pubertätsprobleme bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung. In Joachim Walter (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (S. 160-173). Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH.

Weltgesundheitsorganisation (2017). *Definition des Begriffs "geistige Behinderung"*. Gefunden unter <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability>

Titelbild:

CarpeDiem (ohne Datum). *Sexualität und Behinderung*. Gefunden unter <http://zurich.carpediem.cd/events/4001400-sexualit-t-und-behinderung-at-kulturhaus-helferei/>