



Günther, Katrin

**SEXUALITÄT UND SEXUELLE ENTWICKLUNG (KÖRPER-)BEHINDERTER  
KINDER UND JUGENDLICHER – KONSEQUENZEN FÜR DIE  
ZUSAMMENARBEIT MIT ELTERN AN DER SCHULE FÜR KÖRPER-  
BEHINDERTE**

<http://opus.bsz-bw.de/hsrt/>

© Katrin Günther, 2008

**ERSTE STAATSPRÜFUNG  
FÜR DAS LEHRAMT AN SONDERSCHULEN  
15.10.2008**

**AN DER  
FAKULTÄT FÜR SONDERPÄDAGOGIK**

**DER PÄDAGOGISCHEN HOCHSCHULE LUDWIGSBURG  
IN VERBINDUNG MIT DER UNIVERSITÄT TÜBINGEN  
MIT SITZ IN REUTLINGEN**

# **WISSENSCHAFTLICHE HAUSARBEIT**

**KATRIN GÜNTHER**

**THEMA:  
SEXUALITÄT UND SEXUELLE ENTWICKLUNG (KÖRPER-)BEHINDERTER  
KINDER UND JUGENDLICHER – KONSEQUENZEN FÜR DIE  
ZUSAMMENARBEIT MIT ELTERN AN DER SCHULE FÜR  
KÖRPERBEHINDERTE**

**THEMA VEREINBART MIT REFERENT: Prof. Dr. phil. Hans Weiß  
KORREFERENTIN: Prof. Dr. paed. Ursula Stinkes**

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Begriffsbestimmungen.....</b>	<b>6</b>
2.1. Verständnis von Behinderung.....	6
2.2 Verständnis von Körperbehinderung.....	8
2.3 Verständnis von Sexualität.....	10
<b>3. Sexualität und (körperliche) Behinderung .....</b>	<b>13</b>
3.1 Definitionen von Sexualität in Bezug auf Menschen mit Körperbehinderung.....	13
3.2 Definitionen von Sexualität in Bezug auf Menschen mit schwerster Behinderung.....	14
3.3 Theorien zur Sexualität und ihre Konsequenzen auf die Sichtweise der Sexualität körperbehinderter Menschen.....	16
3.3.1 Der triebdeterminierte Ansatz zur Sexualität nach SIGMUND FREUD....	16
3.3.2 Der triebfreie Ansatz zur Sexualität nach FRICKER und LERCH.....	19
<b>4. Einstellungen der Gesellschaft.....</b>	<b>21</b>
4.1 Einstellung der Gesellschaft zu Menschen mit Behinderung.....	21
4.2 Einstellungen der Gesellschaft gegenüber Sexualität.....	23
4.3 Einstellungen der Gesellschaft gegenüber "Sexualität und Behinderung".....	25
4.3.1 Einstellungen der Lehrer und Lehrerinnen zur Sexualität von Menschen mit (Körper-)Behinderung.....	27
4.3.2 Einstellungen von Eltern zur Sexualität ihres (körper-)behinderten Kindes.....	29
<b>5. Sexuelle Entwicklung.....</b>	<b>32</b>
5.1 Sexuelle Entwicklung von Kindern mit Körperbehinderung im Vergleich zu Kindern ohne Behinderung.....	33
5.2 Sexuelle Entwicklung von Jugendlichen mit Körperbehinderung im Vergleich zu Jugendlichen ohne Behinderung .....	38
5.2.1 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen ohne Behinderung.....	39
5.2.2 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen mit Körperbehinderung.....	41
5.2.3 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung.....	44
<b>6. Die Schule für Körperbehinderte als ein wichtiger Lebensort körperbehinderter Kinder und Jugendlicher.....</b>	<b>46</b>
6.1 Die Schüler der Schule für Körperbehinderte.....	46
6.2 Sexualität als situativer Gegenstand des Unterrichts und Schulalltags. 47	
6.2.1 Sexualität und Pflege an der Schule für Körperbehinderte.....	48
6.2.2 Sexualität und körpernahe Förderung.....	51
6.3 Sexualität als intentionaler Gegenstand des Unterrichts und Schulalltags.....	53
6.3.1 Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte.....	54

6.3.1.1 Begriffsklärung „Sexualerziehung“.....	54
6.3.1.2 Der Arbeit zugrunde liegendes Verständnis von Sexualerziehung- die sexualfreundliche Sexualerziehung nach ORTLAND.....	55
6.3.1.3 Grundlagen, Aufgaben und Ziele schulischer Sexualerziehung.....	56
<b>7. Die Eltern der Schule für Körperbehinderte.....</b>	<b>62</b>
7.1 Besondere Ausgangsbedingungen und Herausforderungen für Eltern behinderter Kinder .....	62
7.1.1 Der Abschied vom Wunschkind.....	62
7.1.2 Die Verunsicherung im Umgang mit dem eigenen behinderten Kind.....	65
7.2 Erfahrungen, Wünsche, Sichtweisen und Probleme der Eltern in Bezug auf die Sexualität und die sexuelle Entwicklung ihres Kindes mit (Körper-)Behinderung - eine qualitative Untersuchung .....	72
7.2.1 Fragestellung und Zielsetzung der qualitativen Untersuchung.....	72
7.2.2 Das problemzentrierte Interview (PZI) als ein Verfahren qualitativer Sozialforschung.....	72
7.2.2.1 Erstellung des Interviewleitfadens.....	74
7.2.2.2 Durchführung der Interviews.....	77
7.2.2.3 Vorgehensweise der Auswertung .....	79
7.2.2.4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse.....	79
<b>8. Die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und der Schule für Körperbehinderte.....</b>	<b>95</b>
8.1 Wie kann eine gelungene Zusammenarbeit aussehen?.....	95
8.2 Welche Konsequenzen ergeben sich aufgrund der gewonnenen Ergebnisse für die Zusammenarbeit?.....	101
<b>9. Abschließende Überlegungen.....</b>	<b>106</b>
<b>10. Literatur.....</b>	<b>109</b>
<b>11. Anhang.....</b>	<b>A1</b>

## 1. Einleitung

Es waren Jugendliche und junge Erwachsene mit starken motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen, die mich im Rahmen meines letzten Praktikums an der Schule für Körperbehinderte nachdenklich stimmten und einige Fragen aufwarfen.

*Wie kann ich einem Menschen gerecht werden, der sich körperlich sichtbar zu einem jungen Mann oder einer jungen Frau entwickelt hat, der vermutlich sehr ähnliche sexuelle Bedürfnisse und Empfindungen hat wie andere Jugendliche auch, dessen kognitive Fähigkeiten aber stark von der körperlichen Entwicklung abweichen?*

*Welche Gefühle löse ich aus, wenn ich beispielsweise in der körpernahen Förderung engen Körperkontakt zu Schülern aufbaue?*

*Wie gehen Eltern damit um, dass ihr Kind nun erwachsen wird, trotzdem aber in einem starken Abhängigkeitsverhältnis zu ihnen steht?*

*Spielt für sie die Sexualität ihres Kindes neben all den anderen Faktoren, die die Behinderung mit sich bringt, überhaupt eine Rolle?*

Es sind Fragen, die sich teilweise sicher nicht leicht beantworten lassen und auf die ich wohl auch im Rahmen dieser Arbeit oftmals keine explizite Antwort geben kann. Dennoch waren es Fragen, die mich veranlassten, mich intensiver mit der Thematik "Sexualität und Behinderung" zu befassen.

Dies hatte zur Folge, dass ich mich vermehrt mit Lehrern und Eltern über die Sexualität körperlich- und geistig behinderter Menschen unterhielt und immer wieder feststellen musste, dass es ein Thema ist, das nach wie vor gesellschaftlich tabuisiert ist, und sowohl auf Lehrer- als auch auf Elternseite zu Verunsicherung führt.

Wenn davon ausgegangen wird, dass Sexualität untrennbar mit dem menschlichen Geist und Körper verbunden ist, so verdeutlicht dies, welche gravierenden Auswirkungen es für einen Menschen mit Behinderung haben muss, wenn ihm seine Sexualität abgesprochen wird oder zu einer behinderten Sexualität degradiert wird.

Eltern und Lehrer behinderter Kinder sind nicht frei von gesellschaftlichen Norm- und Wertvorstellungen. Ihre Einstellungen zur Sexualität von Menschen mit Behinderung wirken sich gravierend auf die psychosexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen aus und somit auch auf die Einstellung, die der Mensch mit Behinderung zu seiner Sexualität hat.

In Anbetracht dessen, dass Kinder und Jugendliche mit einer (Körper-)Behinderung sich hauptsächlich zwischen zwei Lebenswelten, Familie und Schule, bewegen, wird deutlich, dass die Betrachtung der Sexualität eines Menschen mit Behinderung innerhalb eines Systems unzureichend ist.

In dieser Arbeit wird es darum gehen, neben grundsätzlichen Überlegungen zur Sexualität und zur sexuellen Entwicklung von Menschen mit (Körper-)Behinderung, die Auswirkungen der Lebenswelten und der Erziehung von Schule und Familie darzulegen. Unerlässlich für eine Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule ist ein besseres Verständnis der elterlichen Bedürfnisse und Sichtweisen, das mit Hilfe von problemzentrierten Interviews vertieft werden soll.

Die vorliegende Arbeit kann in sechs Bereiche gegliedert werden.

Im ersten Teil (Kapitel 2 und 3) sollen wesentliche, der Arbeit zugrunde liegende Begrifflichkeiten wie *Behinderung*, *Körperbehinderung* und *Sexualität* geklärt werden.

Des Weiteren soll es darum gehen, das Verständnis von Sexualität in Bezug auf Menschen mit Körper- und schwerster Behinderung aufzuzeigen, indem *Definitionen und Theorien* herangezogen werden.

Im zweiten Teil (Kapitel 4) werden *gesellschaftliche Einstellungen* als wesentliche Einflussfaktoren der Sexualität (körper-)behinderter Menschen detailliert aufgezeigt. Da ich ihnen einen hohen Stellenwert beimesse, werden die Einstellungstendenzen zum besseren Verständnis jeweils getrennt beleuchtet. Das bedeutet, dass zunächst Einstellungen der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung aufgezeigt werden, im Anschluss daran gilt es, gesellschaftliche Werte und Normen in Bezug auf Sexualität darzustellen, um schließlich die gesellschaftlichen Einstellungen hinsichtlich des „doppelten Tabuthemas“ "Sexualität und Behinderung" zu beleuchten. Dabei werden die Einstellungen der Eltern und Lehrer noch einmal gesondert hervorgehoben.

Im dritten Teil (Kapitel 5) wird, ebenfalls sehr ausführlich, auf die *sexuelle Entwicklung* von Kindern und Jugendlichen mit Körperbehinderung eingegangen. Grundlegend hierfür sind die Ausführungen ORTLANDS (2008), die sich intensiv und umfassend mit der sexuellen Entwicklung behinderter und nicht behinderter Kinder und Jugendlicher auseinandersetzen.

Im vierten Teil (Kapitel 6) wird es darum gehen, die Einflussgrößen der *Schule für*

*Körperbehinderte* bezüglich der sexuellen Entwicklung körperbehinderter Kinder und Jugendlicher aufzuzeigen. Dies geschieht anhand zweier Unterteilungen, indem Sexualität einmal als unbewusster und ungeplanter (situativer) Gegenstand des Schulalltags und einmal als zielgerichteter, geplanter (intentionaler) Gegenstand des Unterrichts betrachtet wird.

Im fünften Teil (Kapitel 7) wird es zunächst darum gehen, besondere Ausgangsbedingungen und Herausforderungen der Eltern körperbehinderter Kinder aufzuzeigen, die dem besseren Verständnis von Eltern und ihrer Wertschätzung dienen sollen.

Im Anschluss daran wird die qualitative Untersuchung dargestellt, bei der drei Eltern zum Thema "Sexualität und Behinderung" befragt wurden. Zuerst wird die genaue Fragestellung und Zielsetzung der Untersuchung aufgezeigt sowie die darauf folgenden kennzeichnenden Merkmale des problemzentrierten Interviews. Des Weiteren werden Angaben zum Interviewleitfaden, zur Durchführung der Interviews sowie zur Darstellung der Ergebnisse gemacht. Schließlich wird die qualitative Untersuchung mit der Darstellung der Ergebnisse abgeschlossen.

Im sechsten Teil (Kapitel 8 und 9) werden zunächst einige wesentliche Kennzeichen einer guten Zusammenarbeit dargestellt und an einigen Stellen auf die Schule für Körperbehinderte übertragen. Dabei spielt die Thematik der Sexualität an dieser Stelle keine Rolle, wird aber im Anschluss daran, wenn es darum geht, Konsequenzen für die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule zu formulieren, aufgegriffen. An dieser Stelle werden die Ergebnisse der Interviews herangezogen sowie wesentliche Inhalte aus der Arbeit und miteinander in Beziehung gesetzt.

Anmerkung:

Es wird aufgefallen sein, dass ich oftmals Körperbehinderung einklammere. Der Grund liegt zum einen darin, dass viele der im Folgenden genannten Aspekte auch für Menschen mit geistiger Behinderung oder schwerster Behinderung gelten, zum anderen haben viele Kinder und Jugendliche, die die Schule für Körperbehinderte besuchen, auch eine geistige Behinderung.

An dieser Stelle sei noch darauf verwiesen, dass der besseren Lesbarkeit wegen im Folgenden meist nur die männliche Form verwendet wird. Dabei ist das weibliche Geschlecht selbstverständlich auch angesprochen.

## 2. Begriffsbestimmungen

Grundlegend für die Thematik dieser Arbeit erachte ich die Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten Behinderung, Körperbehinderung und Sexualität. Zum einen dient diese der eigenen Klarheit über die alltäglich verwendeten Termini, und zum anderen soll sie dem Leser verdeutlichen, welches Verständnis von Behinderung und Sexualität der Arbeit zugrunde liegt, um Missverständnissen möglichst vorzubeugen.

### 2.1. Verständnis von Behinderung

Die Klärung des Behinderungsbegriffs kann meiner Meinung nach immer nur der Versuch einer Umschreibung eines komplexen Bedingungsgefüges sein. Vor allem im Kontext der kulturellen Unterschiede sowie der jeweiligen gesellschaftlichen Entwicklung und der damit einhergehenden sich wandelnden Normen und Werte, ist auch die Definition von Behinderung von diesem Wandel und dem jeweiligen gesellschaftlichen Rahmen geprägt.

Die Entwicklung in den letzten Jahren ging im Wesentlichen von einer individuumszentrierten Sichtweise hin zu einem relationalen Verständnis von Behinderung (vgl. ORTLAND 2008, 11f; LEYENDECKER 2005, 19; LINDMEIER 2004, 1f).

Anhand der folgenden beiden Beispiele lässt sich das veränderte Verständnis von Behinderung der letzten Jahre verdeutlichen:

1994:

*„Behindert sind alle die, '(...) die von den Auswirkungen einer nicht nur vorübergehenden Funktionsbeeinträchtigung betroffen sind, die auf einem regelwidrigen körperlichen geistigen oder seelischen Zustand beruht“* (Definition der BRD 1994 zit. nach TROST SS 2008, Mitschrieb aus dem Seminar „Didaktik I“)

2002:

*„Behinderung liegt vor, wenn ein Mensch mit einer Schädigung oder Leistungsminderung ungenügend in sein vielschichtiges Mensch-Umfeld-System integriert ist“* (SANDER 2008, 106 ).

In der ersten Definition wird Behinderung als individuums- und eigenschaftsorientiert betrachtet. Sie ist somit Eigenschaft und Kennzeichen einer Person und im Sinne der Individuumszentrierung als eine, allein aus der Schädigung resultierende Beeinträchtigung, zu verstehen (vgl. LEYENDECKER 2005, 19).

Dass dieses Verständnis aus der heutigen Sichtweise einen sehr einseitigen und defizitorientierten Blick auf Behinderung aufzeigt, wird deutlich, wenn man sich der zweiten Definition zuwendet.

Behinderung wird hier nicht mehr als Eigenschaft einer Person begriffen, sondern *„als eine*



Relation zwischen der als ‚behindert‘ bezeichneten Person und ihrer Umwelt“ (ORTLAND 2008, 11). Nach WALTHES (2003, 49) kann Behinderung als der „nicht gelungene Umgang mit Verschiedenheit“ verstanden werden.

Deutlich wird die relationale Sichtweise auch in dem Behinderungsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in der „International Classification of Functioning, Disability and Health“<sup>1</sup> (ICF) von 2001. Ziel dieser Definition ist die erweiterte Sichtweise auf den gesamten Lebenshintergrund des behinderten Menschen. Behinderung ist laut dieser Definitionen als ein komplexer Tatbestand zu sehen, der medizinische, soziale und gesellschaftliche Dimensionen aufweist.

Die ICF gliedert sich in zwei Bereiche. Im ersten Teil wird die Systematik in drei Dimensionen, Bezug nehmend auf die Funktionsfähigkeiten eines Menschen, untergliedert. Im zweiten Teil nimmt sie Bezug auf Kontextfaktoren, die die individuelle Ausformung der Behinderung eines Menschen bestimmen (vgl. LEYENDECKER 2005, 20).

Im Folgenden sollen die drei Komponenten des ersten Teils näher erläutert werden:

1. Impairment:

Diese Komponente umfasst Körperfunktionen (physiologische und psychische Funktionen von Körpersystemen) sowie Körperstrukturen (Organe, Gliedmaßen und deren Bestandteile) bzw. die Funktionsstörungen und Strukturschäden eines Menschen. Störungen in diesem Bereich werden als „Schäden“ (impairments) bezeichnet.

2. Activity bzw. Activity limitations:

Kann hier als Aktivität bzw. Beeinträchtigung einer Aktivität eines Menschen als handelndes Subjekt verstanden werden. Dieser Aspekt begründet sich dadurch, dass mit der Schädigung Fähigkeitseinschränkungen einhergehen.

3. Participation bzw. Participation restriction

Hierunter ist die Partizipation bzw. Beeinträchtigung der Teilhabe eines Menschen an der Gesellschaft und seiner Umwelt gemeint. Diese Faktoren führen zu einer sozialen Benachteiligung, die aus der Schädigung oder Funktionsbeeinträchtigung eines Menschen resultieren (vgl. LEYENDECKER 2005, 18-19; ORTLAND 2005, 23-25; HEDDERICH 2006, 20).

Die im zweiten Teil der Klassifikation genannten Kontextfaktoren beinhalten zum einen

---

<sup>1</sup> In der deutschen Fassung wurde die ICF folgendermaßen übersetzt: „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung, und Gesundheit“ (Leyendecker 2005, 19).

äußere Einflüsse, sowohl fördernde als auch beeinträchtigende Umweltfaktoren, zum anderen aber auch innere Einflüsse im Sinne von personenbezogenen Einflussfaktoren. Zusammenfassend könnte man sagen, dass in der Definition der ICF die zuvor in vielen Definitionen grundlegende individuumszentrierte Sichtweise aufgehoben wurde. Es wird nun davon ausgegangen, dass „erst in der Relation zu den Einschränkungen der Aktivität und der Beeinträchtigung der Partizipation“ (LEYENDECKER 2005, 19) Behinderung entsteht.

Auch in Bezug auf aktuelle behinderungsspezifische Definitionen, wie die der Körperbehinderung oder geistigen Behinderung, ist die relationale Sichtweise grundlegend. In Bezug auf den Terminus „geistige Behinderung“ betont Speck (2007, 137), dass biologisch-organische Beeinträchtigungen zwar nach wie vor Ausgangspunkt für die Entstehung einer geistigen Behinderung sind, diese aber nicht automatisch mit einer geistigen Behinderung gleichzusetzen seien.

Dies wird auch in der Umschreibung der amerikanischen Vereinigung für Menschen mit geistiger Behinderung ("American Association of Mental Retardation - AAMR") deutlich:

*„Geistige Behinderung ist nicht etwas, das man hat, wie man blaue Augen oder ein schwaches Herz hat, noch ist sie etwas, das man sein kann, so wie man klein oder dünn ist. Geistige Behinderung ist keine Krankheit (...) noch ist sie eine psychische Störung (...). Der Begriff Geistige Behinderung beschreibt einen besonderen Zustand, der Leistungsfähigkeit, der in der Kindheit beginnt und in dem Beeinträchtigungen der Intelligenz mit damit zusammenhängenden Beeinträchtigungen der Fähigkeiten sozialer Anpassung koexistieren. (...) Als Aussage über die Leistungsfähigkeit beschreibt der Begriff die 'Entsprechung' zwischen den Fähigkeiten der Person und der Struktur und den Erwartungen ihres persönlichen und sozialen Umfelds“ ( GOLL 1994, 133).*

Unter Behinderung versteht man also nicht mehr das, was eine Person ist oder hat, sondern vielmehr das, was sich in konkreten Handlungssituationen als ein komplexer und wechselseitiger Zusammenhang von Körperfunktionen- und Strukturen, Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen zeigt (vgl. LINDMEIER 2004, 1f).

Neben dem Verständnis von Behinderung und geistiger Behinderung möchte ich im Folgenden detaillierter auf den Begriff Körperbehinderung eingehen und auch hier die Einflüsse der relationalen Sichtweise aufzeigen.

## 2.2 Verständnis von Körperbehinderung

Im Hinblick auf aktuellere Definitionen zum Verständnis von Körperbehinderung, wie sie unter anderen in LEYENDECKER (2005) und ORTLAND (2005) zu finden sind, wird die

Einbeziehung der ICF deutlich. LEYENDECKER sieht die ICF als unverzichtbare Grundlage an, was er in folgender Aussage verdeutlicht:

*„Eine Definition von Körperbehinderung wird die Bestimmungsmerkmale der Schädigung (Impairment) und die daraus folgende Begrenzung oder Veränderung der Verhaltensmöglichkeiten (Activity limitations) und schließlich die eigentliche Behinderung in Form erschwerter Selbstverwirklichung und eingeschränkter sozialer Teilhabe (Participation restriction) beinhalten müssen“ (LEYENDECKER 2005, 21).*

LEYENDECKER (2005) formuliert somit, unter Einbeziehung der drei Dimensionen der ICF, folgende Definition von Körperbehinderung:

*„Als körperbehindert wird eine Person bezeichnet, die infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in ihren Verhaltensmöglichkeiten beeinträchtigt ist, dass die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist“ (LEYENDECKER 2005, 21).*

ORTLAND (2005) definiert bei einer stärkeren Gewichtung der relationalen Sichtweise in Anlehnung an die Definition von LEYENDECKER und WALTHES (2003) (vgl. Kap. 2.1 Behinderung) Körperbehinderung wie folgt:

*„Eine Person wird als körperbehindert bezeichnet, wenn es allen an der Interaktion Beteiligten nicht gelingt, eine Schädigung oder eine chronische Krankheit dieser Person so in den gemeinsamen Umgang zu integrieren, dass alle Beteiligten zu der subjektiven Bewertung eines gelingenden Miteinanders finden. Ein gelingendes Miteinander kann Verhaltensmöglichkeiten eröffnen und Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion ermöglichen“ (ORTLAND 2005, 24).*

Sowohl LEYENDECKER als auch ORTLAND unterscheiden zwischen Schädigung und Behinderung. Allerdings differenziert LEYENDECKER in seiner Definition zwischen Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, anderen organischen Schädigungen sowie chronischen Krankheiten. Auch ORTLAND bezieht chronische Krankheiten mit ein, nimmt aber keine Differenzierung der Schädigung vor.

Der Aspekt, dass es auch chronische Krankheiten gibt, die zwar dieselben einschränkenden Folgen (z. B. Beeinträchtigung der Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion) wie eine Körperbehinderung haben können, die aber, da sie dem psychiatrischen Bereich zugeordnet werden, meist nicht zu einer Körperbehinderung führen, wurde von beiden Autoren nicht berücksichtigt, bzw. nicht weiter differenziert (vgl. WEISS 2007/2008, 4)

Die vorgenommene Differenzierung zwischen Körperbehinderung und körperlicher Schädigung macht deutlich, dass nicht jede Körperschädigung auch zu einer Behinderung

führen muss.

Ob eine körperliche Schädigung zu einer Körperbehinderung führt, bzw. als solche angesehen und erfahren wird, hängt von den Bewertungs- und Anpassungsleistungen aller sozialen Interaktionspartner ab (vgl. ORTLAND 2005, 23; ORTLAND 2006, 31-32).

Es ist meiner Meinung nach davon auszugehen, dass es nie eine befriedigende Definition von Behinderung (auch einschließlich aller behinderungsspezifischen Definitionen wie Körper- oder geistige Behinderung) geben wird, da Worte die Wirklichkeit der Behinderung und somit der behinderten Menschen niemals wiedergeben können.

Dennoch ist die relationale Sichtweise auf Behinderung, wie sie in der ICF definiert wurde, derzeit diejenige, die auch meiner Auffassung von Behinderung am nächsten kommt. Daher werde ich meinen weiteren Ausführungen dieser Arbeit das relationale Verständnis von Behinderung zugrunde legen und in Bezug auf das Verständnis von Körperbehinderung mich der Definition ORTLANDS anschließen.

## 2.3 Verständnis von Sexualität

*„Sexualität ist, was wir daraus machen. Eine teure oder billige Ware, Mittel zur Fortpflanzung, Abwehr gegen Einsamkeit, eine Form der Kommunikation, ein Werkzeug der Aggression, (...) ein kurzweiliger Zeitvertreib, Liebe, Luxus, Kunst, Schönheit, ein idealer Zustand, das Böse oder das Gute, Luxus oder Entspannung, Belohnung, Flucht, ein Grund der Selbstachtung, eine Form der Zärtlichkeit, eine Art der Rebellion, eine Quelle der Freiheit, Pflicht, Vergnügen, (...) eine Form, Neugier und Forschungsdrang zu befriedigen, eine Technik, eine biologische Funktion, Ausdruck psychischer Gesundheit oder Krankheit oder einfach sinnliche Erfahrung“ (OFFIT 1979, 16).*

Die Möglichkeiten Sexualität zu verstehen, sind sehr vielfältig und machen es beinahe unmöglich, dem Phänomen Sexualität in einer Definition gerecht zu werden.

Nach ORTLAND (2008) liegt das Grundproblem einer Definition von Sexualität einerseits in der Intimität und Individualität der Sexualität, die wissenschaftlich nur schwer zu erfassen ist, und andererseits in der gesellschaftlichen Tendenz einer *„Entzauberung und Trivialisierung von Sexualität“* (STANGE 2001, 8; zit. nach ORTLAND 2008, 17). Da beide Seiten einem ständigen Wandel und einer gegenseitigen Beeinflussung unterliegen, ist Sexualität daher als eine *„lebenslange Entwicklungsaufgabe eines jeden Menschen zu verstehen, in der er in der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Anforderungen und den eigenen Wünschen, die sich durch sexuelle Erfahrungen ausdifferenzieren, zu einer eigenen Sexualität finden sollte“* (ORTLAND ebd.). Sexualität ist somit ein Bereich, den jeder Mensch individuell empfindet, und der wissenschaftlich daher kaum zu definieren ist.

OFFIT verdeutlicht dies in ihrer Aussage, indem sie den Facettenreichtum der Sexualität zum

Ausdruck bringt, allerdings auch gleichzeitig zu einer „Verwässerung“ (WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 98) des Begriffs beiträgt.

Eine solche Vielfalt von Definitionen zur Sexualität gibt es erst seit dem 20. Jahrhundert. Bis dahin war die biologisch-medizinische Betonung der Sexualität vorherrschend. Im Hinblick auf die Entstehung des Begriffs ist dies nicht verwunderlich.

1820 verwendete der Botaniker AUGUST HENTSCHEL in seinem Buch „Von der Sexualität der Pflanzen“ zum ersten Mal diesen Begriff, um Pflanzen mit weiblicher und männlicher Ausprägung zu unterscheiden (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 96; ORTLAND 2008, 16).

Die Reduzierung der menschlichen Sexualität auf ihre Geschlechtlichkeit war lange Zeit vorherrschend und kann auch heute noch vorwiegend in enzyklopädischen Werken gefunden werden.

Eine solche, aus der heutigen Sichtweise einseitige Festlegung der Sexualität, ist vor allem im Hinblick auf Menschen mit einer Körperbehinderung oder einer schwersten Behinderung problematisch, da sie Menschen, die keine Genitalsexualität leben können, ihre Sexualität absprechen würde.

Von einem solchen, doch sehr einseitigen Verständnis wende ich mich in meiner Arbeit ab und beziehe mich in meiner Auffassung von Sexualität auf die Definition von ORTLAND (2008).

In Anlehnung an SIELERT (1993) definiert ORTLAND Sexualität wie folgt:

*„Sexualität kann begriffen werden als allgemeine, jeden Menschen und die gesamte menschliche Biografie einschließende Lebensenergie, die den ganzen Menschen umfasst und aus vielfältigen Quellen – soziogenen und biogenen Ursprungs – gespeist wird. Sie beinhaltet eine geschlechtsspezifische Ausprägung, kennt ganz unterschiedliche – positiv und negativ erfahrbare – Ausdrucksformen und ist in verschiedenster Hinsicht sinnvoll“ (ORTLAND 2008, 18).*

ORTLAND baut in ihrer Definition auf den verschiedenen Aspekten SIELERTS (1993) ergänzend auf. Die im Folgenden genannten Aspekte können als gleichwertig betrachtet werden und müssen nicht alle verwirklicht werden, um eine erfüllte Sexualität zu leben.

- *Der Identitätsaspekt*
- *Der Beziehungsaspekt*
- *Der Lustaspekt*
- *Der Fruchtbarkeitsaspekt*

*„Der Identitätsaspekt umfasst das Erleben des eigenen Ichs sowie das Geben und Nehmen von Selbstbestätigung.*

*Der Beziehungsaspekt erfasst die (intime) Begegnung mit dem anderen, das Erleben von Wärme, Geborgenheit, Vertrauen.*

*Der Lustaspekt beschreibt die kraftpendende Erfahrung von Lust und*

*Leidenschaft bis hin zur Ekstase.*

*Der Fruchtbarkeitsaspekt bezeichnet sowohl die lebensspendende Kraft von Sexualität sowie die Möglichkeit, ein Kind zu zeugen“ (ORTLAND 2008, 18).*

### 3. Sexualität und (körperliche) Behinderung

#### 3.1 Definitionen von Sexualität in Bezug auf Menschen mit Körperbehinderung

Die Definition ORTLANDS (2005) bezüglich ihres Verständnisses von Sexualität wurde im vorhergehenden Kapitel aufgeführt. Ihr Verständnis richtet sich dabei nicht explizit auf Menschen mit Behinderung, dennoch erlaubt diese Definition eine Sichtweise der Sexualität, die für alle Menschen zutrifft und große individuelle Spielräume des Auslebens von Sexualität ermöglicht.

Sie kann somit auch im Hinblick auf Menschen mit einer Körperbehinderung genauer betrachtet werden und lässt Rückschlüsse für das Verständnis der Sexualität körperbehinderter Menschen zu und ermöglicht es, sexualerzieherische Aspekte im Allgemeinen sowie in Bezug auf Menschen mit Behinderung zu berücksichtigen.

Im Folgenden sollen die Einzelaspekte, die die Definition von Sexualität beinhaltet, auf Menschen mit Körperbehinderung übertragen werden. Zum besseren Verständnis sei hier nochmal ORTLANDS Definition aufgeführt:

*„Sexualität kann begriffen werden als allgemeine, jeden Menschen und die gesamte menschliche Biografie einschließende Lebensenergie, die den ganzen Menschen umfasst und aus vielfältigen Quellen – soziogenen und biogenen Ursprungs – gespeist wird. Sie beinhaltet eine geschlechtsspezifische Ausprägung, kennt ganz unterschiedliche – positiv und negativ erfahrbare – Ausdrucksformen und ist in verschiedenster Hinsicht sinnvoll ist“ (ORTLAND 2008, 18).*

Unabhängig von den körperlichen oder geistigen Voraussetzungen eines Menschen ist davon auszugehen, dass jeder Mensch ein sexuelles Wesen ist, weil ihm eine sexuelle Lebensenergie innewohnt. Diese Definition von Sexualität widerspricht einer weit verbreiteten gesellschaftlichen Annahme, Menschen mit einer Behinderung seien asexuell. Indem ORTLAND (ebd.) Sexualität als eine *„allgemeine Lebensenergie, die (...) aus vielfältigen Quellen gespeist wird“* beschreibt, hebt sie einen, vor allem in Hinblick auf Menschen mit einer Körperbehinderung, wichtigen Aspekt hervor. Neben der Annahme, dass Sexualität *„sich des Körpers bedient“*, betont sie ebenso, dass es viele Quellen gibt, welche Einfluss auf die Sexualität und das sexuelle Erleben eines Menschen haben. Sexualität umfasst immer den ganzen Menschen, sie beinhaltet biogene und soziogene Faktoren. Bisher ist noch strittig, in welchem Ausmaß beide Anteile die Sexualität determinieren. Es ist aber davon auszugehen, dass beide Faktoren für die Motivation sexueller Handlungen verantwortlich sind. Sexualität schließt somit neben dem Körper auch Emotionen, Erleben und Intellekt eines Menschen mit ein. Ein Verständnis von Sexualität, das sich auf die

Genitalsexualität beschränkt, wird in dieser Definition abgelehnt, da ein solches Verständnis Menschen, die aufgrund ihrer Körperbehinderung keine Genitalsexualität erleben können, ausschließen würde.

Wenn ORTLAND von „*unterschiedlichen Ausdrucksformen*“, Sinnkomponenten der Sexualität spricht, so bezieht sie sich auf die in Kapitel 2.3 bereits dargestellten Komponenten (Identitäts-, Beziehungs-, Lust-, und Fruchtbarkeitsaspekt). Das gleichrangige Anerkennen der vielfältigen Aspekte von Sexualität ist auch in Bezug auf das Verständnis der Sexualität von Menschen mit Körperbehinderung bedeutsam, geht sie doch davon aus, dass nicht alle Aspekte in einer befriedigenden Sexualität vertreten sein müssen.

Indem ORTLAND davon spricht, dass Sexualität ambivalente Ausdrucksformen (positive und negative) kennt, spricht sie ein Thema an, das vor allem im Hinblick auf Menschen mit Behinderung Relevanz hat. Aufgrund stärkerer Abhängigkeit in verschiedenen Lebenssituationen sind sie besonders gefährdet, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden.

Sexualität als eine, „*die gesamte menschliche Biografie einschließende Lebensenergie*“ aufzufassen, verdeutlicht, dass sie nicht erst im Jugendalter beginnt, sondern auch schon bei Kindern eine Vielfalt an sexuellem Erleben beobachtet werden kann. Dabei lässt ORTLAND die Entwicklung einer „*geschlechtsspezifischen Ausprägung*“ von Sexualität nicht außen vor, sondern betont zum einen, dass es durchaus geschlechtsspezifische Unterschiede gibt, zum anderen weist sie aber auch darauf hin, dass eine geschlechtsrollenspezifische Erziehung (unbewusst) stattfindet. Vor allem Frauen mit Behinderung werden besonders negative Reaktionen gegenüber ihrer Sexualität entgegengebracht (vgl. ebd., 17-18).

Die Definition ORTLANDS wurde nun vorwiegend mit dem Blick auf Menschen mit einer Körperbehinderung dargestellt. Dennoch lässt sie sich genauso auf Menschen mit einer geistigen oder schwersten Behinderung übertragen.

Da vor allem Menschen mit komplexen körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen sowohl Eltern als auch Lehrer oft vor besondere Herausforderungen stellen, möchte ich zumindest einen kurzen Blick auf die Sexualität von Menschen mit schwerster Behinderung aufzeigen.

### **3.2 Definitionen von Sexualität in Bezug auf Menschen mit schwerster Behinderung**

Spreche ich im Folgenden von Menschen mit schwerster Behinderung, so meine ich Menschen, die oft auch in den Schulen für Körperbehinderte als schwerst behinderte Schüler oder schwerstmehrfachbehinderte Kinder und Jugendliche bezeichnet werden. Es sind Kinder und Jugendliche, die neben sehr komplexen und schweren motorischen



Beeinträchtigungen auch im Bereich ihrer kognitiven Entwicklung und ggf. ihrer Sinneswahrnehmung stark beeinträchtigt sind und in mehr oder weniger allen Bereichen des Lebens auf Unterstützung angewiesen sind (vgl. ORTLAND 2008, 129). Da sich Menschen mit schwerster Behinderung oftmals auf einem frühen Entwicklungsstand, der sogenannten sensomotorischen Phase befinden, wird oft eine, in meinen Augen unzulässige Schlussfolgerung gezogen, Menschen mit schwerster Behinderung hätten keine sexuellen Bedürfnisse. Die sexuellen Bedürfnisse und ihre Äußerungsformen sind sicherlich oft andere als die der nicht behinderten Altersgenossen und werden aufgrund einer oft sehr eingeschränkten und einseitigen Sichtweise auf Sexualität als solche verkannt.

Häufig stehen Menschen mit einer schwersten Behinderung in ihrer körperlichen Reife gleichaltrigen Kindern und Jugendlichen ohne Behinderung nicht nach, z. T. sind sie ihnen sogar voraus (vgl. BADER 2005, 148). Es ist so eine Diskrepanz zwischen körperlicher und intellektueller Entwicklung zu beobachten, was oft auf Seiten der Eltern und auch auf der der Lehrer zu großen Unsicherheiten führt (vgl. ORTLAND 2008, 83; DIEHL 2000, 16).

*„Sexualität stellt für den schwerbehinderten Menschen noch eine sehr ganzheitliche Lebensform dar, die sich in vielen Handlungen, Körpererfahrungen und emotionalen Befindlichkeiten ausdrückt“ (BADER 2005, 156).*

BADER (ebd., 154-155) führt einige Beispiele möglicher sexueller Ausdrucksformen von Menschen mit schwerster Behinderung auf:

- Im Mundbereich sind häufige Verhaltensweisen das Lutschen an der Hand oder Gegenständen, Spiel mit dem Speichel sowie der Drang zu essen oder Stimulierungen des Mundbereichs mit Gegenständen.
- Der Ausscheidungsbereich spielt für die Entwicklung des Körperschemas und des Ich-Bewußtseins eine wichtige Rolle. Einnässen und Einkoten ermöglichen den Umgang mit dem eigenen Körper, *„sich selbst mit diesen Handlungen zu erleben und stimulierende Erfahrungen zu machen“* (ebd., 154).
- Masturbation oder masturbationsähnliche Verhaltensweisen im Genitalbereich sind bei schwerst behinderten Menschen ebenso zu beobachten. BADER nimmt aber an, dass eine zielgerichtete Masturbation seltener ist (vgl. ebd., 156).
- Häufig beziehen sich Aktivitäten von schwerst behinderten Menschen auf den vestibulär-kinästhetischen Bereich. Schaukeln, Hin- und Herbewegungen des Kopfes, Hyperventilation, Drehen der Hände oder von Gegenständen vor dem Gesicht ermöglichen ein lustvolles Erleben des eigenen Körpers.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die sexuellen Ausdrucksformen von Menschen mit schwerster Behinderung uns ein Verständnis nahe bringen, dass von einem *„sehr erweiterten, auf viele Körperempfindungen und Lebenssituationen ausgedehnten Begriff von*

Sexualität“ (ebd., 155) auszugehen ist.

Hilfe für ein besseres Verständnis von Sexualität bieten einige Theorien, wie zum Beispiel die *triebdominierte Theorie* nach FREUD und die *triebfreie Theorie* nach FRICKER und LERCH. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden.

### **3.3 Theorien zur Sexualität und ihre Konsequenzen auf die Sichtweise der Sexualität körperbehinderter Menschen**

Besonderen Anreiz bieten die beiden Theorien von FREUD und FRICKER/LERCH durch ihre konträre Grundidee.

Auch wenn die Theorie FREUDS bereits über hundert Jahre alt ist, so brachte sie einen bedeutenden Durchbruch mit sich und ist im Denken vieler Menschen bis heute fest verwurzelt.

In Abhängigkeit von dem zugrunde gelegten Ansatz ergeben sich daraus jeweils unterschiedliche Schlussfolgerungen auf die Sichtweise von Sexualität und damit einhergehend auf die Sichtweise der Sexualität behinderter Menschen. Diese gilt es jeweils im Anschluss an die Vorstellung des Ansatzes kritisch zu beleuchten.

#### **3.3.1 Der triebdominierte Ansatz zur Sexualität nach SIGMUND FREUD**

FREUD (1970) lieferte in seiner Ausführung der „drei Abhandlungen zur Sexualtheorie“ im Jahre 1905 einen entscheidenden Beitrag zum Verständnis von Sexualität und ihrer Entwicklung.

Zentral für die Entwicklung der Sexualität ist nach FREUD, dass der Mensch, analog den Primärtrieben, wie Hunger oder Durst, einem Sexualtrieb unterliegt, der ihm angeboren ist. Dieser Sexualtrieb ist, ebenso wie der Trieb zur Nahrungsaufnahme, für den Menschen als existenziell für die psychische und physische Gesundheit einzustufen:

*„(...) Man folgt dabei der Analogie mit dem Trieb nach Nahrungsaufnahme, dem Hunger. Eine dem Worte >Hunger< entsprechende Bezeichnung fehlt der Volkssprache; die Wissenschaft gebraucht als solche >Libido<“ (FREUD 1970, 13).*

Für FREUD sind alle menschlichen Bedürfnisse nach Lust sexuell (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 99).

Im Gegensatz zu der in der damaligen Zeit verbreiteten Annahme, Sexualität sei ein Metier, das erst in die Phase der Pubertät gehöre, sprach sich FREUD für eine infantile Sexualität

aus. Er gilt somit als Wegbereiter der kindlichen Sexualität (vgl. KERPA 1998, 78).

Der Sexualtrieb, welcher nach FREUD genetisch festgelegt ist, durchläuft verschiedene, aufeinander aufbauende Entwicklungsstufen. Diese beginnen in der frühen Kindheit und reichen bis ins Erwachsenenalter. Die einzelnen Entwicklungsphasen zeichnen sich dadurch aus, dass jeweils unterschiedliche Körperregionen die Funktion sexuellen Lustgewinns übernehmen, sie werden, entsprechend ihrer erogenen Zone, als orale, anale, phallische, Latenz- und genitale Phase bezeichnet. Die Latenzphase bildet dabei den Übergang von der phallischen- zur genitalen Phase und ist somit die Brücke von der infantilen zur Erwachsenensexualität (vgl. ebd., 79-83).

*„Das Sexualziel des infantilen Triebes besteht darin, die Befriedigung durch die geeignete Reizung der so oder so gewählten erogenen Zone hervorzurufen“* (FREUD 1970, 58).

Der frühkindliche Sexualtrieb wird von FREUD als polymorph-perverse Triebanlage verstanden, was bedeutet, dass jeder Körperbereich, parallel zur körperlichen Entwicklung, zu einer erogenen Zone werden kann (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 100).

Während in der Kindheit die Sexualität von autoerotischen Handlungen geprägt ist und der eigene Körper Sexualobjekt ist, werden in der genitalen Phase äußere Sexualobjekte einbezogen (vgl. KERPA 1998, 82). Der Sexualtrieb in der genitalen Phase *„stellt sich jetzt in den Dienst der Fortpflanzungsfunktion“* (FREUD 1970, 79). FREUD setzt somit die Erwachsenensexualität mit genitaler Sexualität gleich und betont, dass im Erreichen der genitalen Reife das Entwicklungsziel der Sexualität liege, *„die ihre Befriedigung im heterosexuellen Geschlechtsverkehr findet und Nachkommen intendiert“* (WALTER / HOYLER-HERMANN 1987, 100). FREUD bezeichnet die genitale Sexualität in einer monogamen Partnerschaft als höchste Form der Sexualität (vgl. KERPA 1998, 86). In welchem Rahmen Sexualität ausgelebt und befriedigt wird, bestimmen die einer Kultur zugrunde liegenden Normen und Werte (vgl. KERPA 1998, 83). Die Absicht bzw. die Notwendigkeit der Unterwerfung des Sexualtriebs unter das *„Realitätsprinzip“*, indem sexuelle Bedürfnisse und Wünsche verdrängt und verlagert werden müssen, dient dem Schutz der Mitmenschen, da eine Bedürfnisbefriedigung das Leben Einzelner gefährden würde (FRICKER/LERCH 1978, 24).

Ein Sexualverhalten, das nicht auf eine heterosexuelle, monogame Partnerschaft ausgerichtet ist (wie beispielsweise Masturbation, Petting, homosexueller Kontakt sowie oraler und analer Verkehr), wird als unreif, infantil und pervers angesehen (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 101). FREUD geht davon aus, dass ein solches Sexualverhalten auf ein zu gering oder zu häufig befriedigtes Bedürfnis in einer einzelnen Phase zurückzuführen ist, wodurch ein Festhalten an einer bestimmten Phase zu

beobachten sei.

**Welche Bedeutung kann dieser Theorie nun im Hinblick auf Menschen mit Behinderung, insbesondere mit einer Körperbehinderung beigemessen werden?**

Die Annahme FREUDS, dass es neben der Genitalsexualität auch andere Formen der Sexualität gibt und im Prinzip alle Körperregionen zu erogenen Zonen werden können, ist im Hinblick auf Menschen mit einer Körperbehinderung von großer Relevanz. Die Konsequenz für Menschen, die beispielsweise aufgrund einer Querschnittslähmung keine Sensibilität in der Genitalregion empfinden, ist, dass sie durchaus sexuelle Lust empfinden können und eine Möglichkeit haben, ihre Sexualität auszuleben.

Allerdings wertet FREUD alle Formen, mit Ausnahme der Genitalsexualität, im Jugend- und Erwachsenenalter ab und sieht den Sinn der Sexualität Erwachsener allein in der Fortpflanzung. Diese Sichtweise ist vor allem in Bezug auf Menschen mit Behinderung als problematisch zu bewerten, da sie nicht selten aufgrund ihrer körperlichen Schädigung diesen Zweck der Sexualität nicht erfüllen können. Dass der Sinn von Sexualität allein in der Fortpflanzung liegt, ist nach dem heutigen Verständnis sicher nicht mehr als zeitgemäß zu bewerten, wenngleich der Genitalsexualität nach wie vor ein großer gesellschaftlicher Stellenwert beigemessen wird.

Es ist sicher nicht von der Hand zu weisen, dass die sexuelle Entwicklung körperbehinderter Menschen aufgrund der motorischen Einschränkungen nicht immer problemlos verläuft und Hürden zu nehmen sind, die bei Menschen ohne Behinderung vielleicht nicht so hoch sind. Ein störungsfreier Durchlauf der Phasen ist daher sicher oftmals nicht gegeben, woraus nach FREUD eine abnorme Sexualität resultieren müsste. Diese Schlussfolgerung erachte ich als sehr problematisch.

In dem heutigen Denken geraten Phasenmodelle, so auch das von FREUD, vielfach in die Kritik (vgl. KERPA 1998, 85). Insbesondere lern- und motivations-psychologische Ansätze stehen gegensätzlich zum triebderterminierten Ansatz FREUDS (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 101). Dies möchte ich im Folgenden mit dem triebfreien Ansatz zur Sexualität von FRICKER und LERCH verdeutlichen.

### 3.3.2 Der triebfreie Ansatz zur Sexualität nach FRICKER und LERCH

FRICKER und LERCH (1976) distanzieren sich in ihrer Theorie einer triebfreien Entwicklung der Sexualität deutlich vom Ansatz FREUDS. Sie gehen davon aus, dass Sexualität ein „Produkt sozialen Lernens“ (FRICKER/LERCH 1978, 138) ist, und widersprechen daher FREUDS Annahme, sexuelles Verhalten sei durch einen substantiellen Trieb zu erklären. Vielmehr sehen sie den Grund sexuellen Verhaltens in einer sexuellen Motivation, die wiederum von sozio-kulturellen Faktoren beeinflusst, als ein zur menschlichen Persönlichkeit gehöriger Bereich angesehen wird. Unter Motivation verstehen FRICKER und LERCH „*alle Erscheinungen, die Verhalten mit Energie versorgen oder in eine bestimmte Richtung lenken (...). Unter diese Definition lassen sich auch Triebkraft, Drang, Strebung, Bedürfnis und ähnliche einordnen*“ (ebd., 69).

Sexuelle Motivation baut sich erst im Laufe der Entwicklung auf und erfährt vor allem durch den Aufbau frühkindlicher Beziehungen zu einer primären Bezugsperson einen starken Einfluss. Das Kleinkind verbindet durch die Befriedigung primärer Körperbedürfnisse (Ernährung, Säuberung) und somit auch durch den Körperkontakt eine Vielzahl von Erfahrungen und Gefühlen wie Zärtlichkeit, Wärme, Freude und Sicherheit, die förderlich für den Aufbau einer sexuellen Motivation sind (vgl. KERPA 1998, 101).

Diese positiven Einflussfaktoren auf die sexuelle Motivation lassen die Folgerung zu, dass ein fehlender oder gestörter Kontakt zu primären Bezugspersonen in der frühen Kindheit ebenso Auswirkungen auf die sexuelle Motivation haben kann (vgl. FRICKER/LERCH 1978, 87). Aus diesem Grund kann die Entfaltung der sexuellen Motivation sehr unterschiedlich verlaufen, wobei nicht übersehen werden darf, dass neben der sozialen Interaktion auch die sozialen Normen großen Einfluss ausüben. Der Begriff „*Sexualisation*“ (ebd., 85) den FRICKER und LERCH prägten, soll die enge Verknüpfung von Sexualität und Sozialisation verdeutlichen: „*Sexualität ist in diesem Sinne eine Funktion der Gesellschaft*“ (ebd., 138) und daher auch dem Wandel gesellschaftlicher Normen unterworfen.

Festzuhalten bleibt, dass Sexualität „*wie alle anderen Motivationen des menschlichen Verhaltens und Erlebens auch erworben, erlernt wurde und zwar hinsichtlich seiner inhaltlichen Ausgestaltung wie auch hinsichtlich ihrer Stärke, ihrer Bedeutung, ihrer Bewertung für bzw. durch ein Individuum*“ (KERPA 1998, 99).

**Auch hier stellt sich die Frage, welche Bedeutung dieser Theorie nun im Hinblick auf Menschen mit Behinderung, insbesondere mit einer Körperbehinderung beigemessen werden kann.**

Wenn davon ausgegangen wird, dass die frühkindliche Mutter-Kind-Interaktion (bzw. die Interaktion zu einer primären Bezugsperson) ein wichtiger Baustein in der Entwicklung der

Sexualität ist, so ist dieser Aspekt für Menschen mit einer Körperbehinderung bedeutsam. Nicht selten ist bei Menschen mit einer Körperbehinderung aufgrund der motorischen Einschränkungen von einer veränderten, oftmals auch erschwerten Mutter-Kind-Interaktion auszugehen. Dies hat zur Folge, dass die sexuelle Entwicklung bei Menschen mit einer Körperbehinderung erschwert sein kann.

Wenn der Ansatz triebfreier Sexualität die Schlussfolgerung erlaubt, dass menschliche Sexualität das „*erworbene Bedürfnis nach mitmenschlicher Kommunikation durch Körperkontakte*“ (KERPA 1998, 100) ist, und Sexualität nicht auf ein genital-sexuelles Verhalten und auf Körperkontakte zu „erogenen“ Zonen begrenzt wird, sondern Sexualität „*hetero-, homo- und auch autoerotisches Verhalten und Erleben*“ (KERPA ebd., 101) einschließt, so liegt in diesem Ansatz sicherlich eine Chance für das Verständnis der Sexualität körperbehinderter Menschen.

Wenn angenommen werden kann, dass Sexualität erlernt ist, indem gesellschaftliche Normen und Werte übernommen werden und diese mit der eigenen Sexualität und ihrer „Passung“ an die Normen verglichen wird, so wird deutlich, welche Bedeutung und Aufgabe der Sexualerziehung zukommt und wie wichtig eine Reflexion über gesellschaftliche Werte und Normen in Bezug auf die Thematik ist. Daher soll im folgenden Kapitel recht ausführlich auf die Einstellungen der Gesellschaft gegenüber "Sexualität und Behinderung" eingegangen werden.

## 4. Einstellungen der Gesellschaft

Die Einstellung einer Person kann als grundlegend für ihr (erzieherisches) Handeln betrachtet werden und wirkt sich somit auch auf die Sexualerziehung (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher aus. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit den Eltern ist es hilfreich, in der Gesellschaft vorhandene Einstellungstendenzen zu kennen. Daher messe ich diesem Kapitel eine wichtige Bedeutung bei.

Zu Beginn steht der Versuch, den Begriff „*Einstellung*“ zu präzisieren. Im Anschluss daran sollen die Einstellungen der Gesellschaft gegenüber Menschen mit Behinderung und die Einstellungen gegenüber Sexualität dargestellt werden, um schlussendlich die gesellschaftlichen Einstellungen gegenüber dem „Tabuthema“ "Sexualität und Behinderung" aufzuzeigen.

### 4.1 Einstellung der Gesellschaft zu Menschen mit Behinderung

Zu dem Begriff „Einstellungen“ finden sich eine Vielzahl von Definitionen, die versuchen der Komplexität dieses Begriffes gerecht zu werden.

Die meisten sind sich jedoch darin einig, dass „*Einstellungen summarische Bewertungen sozialer Sachverhalte (oder Objekte, zu denen dann Personen, Institutionen, Probleme, Gegenstände gezählt werden) sind*“ (SIX 2001, 361).

Die verschiedenen Erklärungsmodelle gehen dabei meist von ein- oder mehrdimensionalen Erklärungsansätzen aus (vgl. BOSSE 2006, 59). Dabei beziehen sich eindimensionale Erklärungsansätze nur auf die affektive Komponente, die nach CLOERKES (1985, 17) auch den größten Einfluss auf die Einstellung hat, wohingegen die mehrdimensionalen Modelle versuchen, Einstellungen über mehrere Komponenten zu erklären, die kognitive, affektive und konative Komponente (vgl. SIX 2001, 361; BOSSE 2006, 59-60). Die Unterscheidung von drei Komponenten wird allerdings zunehmend zugunsten einer zweidimensionalen Unterscheidung (kognitiv und affektiv) aufgegeben (vgl. ebd.), da die konative Komponente schwer von der affektiven Komponente zu unterscheiden war (ebd.).

In der Regel enden Einstellungen bei Klassifikationen, die in Pro- und Contra-Kategorisierungen münden. Erschwerenderweise ist das jedoch nicht immer der Fall (vgl. ebd.).

In Bezug auf Menschen mit Behinderung (und andere Personengruppen) sind Einstellungen oft von Vorurteilen geprägt, deren Einfluss wohl noch nicht ausreichend untersucht wurde (vgl. THIMM 2006, 118). Einstellungen sind mit Problemen verbunden, die unter drei Gesichtspunkten betrachtet werden können: „*Informationsmangel*“, „*soziale Distanz*“ und

„soziale Zuschreibung“ (ebd). Unter diesen drei Aspekten sollen nun die Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderung aufgezeigt werden:

■ *Informationsmangel*

Auf Grund von Informationsmangel werden (soziale) Vorurteile teilweise von Generation zu Generation weitergegeben und erschweren durch ihren meist negativen Charakter den betroffenen Personengruppen eine unvoreingenommene Kontaktaufnahme zum Hauptteil der Bevölkerung. Einstellungen können in diesem Zusammenhang als gesellschaftlich vermittelte Dispositionen verstanden werden, die vorgeben, wie auf bestimmte Merkmale reagiert werden soll. Dies schließt das Handeln, Denken und Fühlen eines Menschen mit ein (vgl. ebd, 121).

Behinderung wird oftmals als eine Bestrafung betrachtet. Weite Teile der Bevölkerung suchen die Ursachen für Behinderung in einer Mitschuld der Eltern, sei es in Form von Alkohol- oder Tablettenmissbrauch bis hin zu Abtreibung und Geschlechtskrankheiten. Dabei steht die Nennung der Reihenfolge der Gründe in starkem Gegensatz zur tatsächlichen Kausalität (vgl. ebd).

Bei Behinderten reicht die Skala der durch Vorurteile erfahrenen Diskriminierung von physischer Ausstoßung aus der Gesellschaft durch Aussetzung und Tötung bis hin zur Zuweisung eines transzendentalen Status, der in einigen Gesellschaften Blinden und Epileptikern zugeschrieben wird (vgl. ebd, 119).

■ *Soziale Distanz*

Die *soziale Distanz* tritt meist in sehr subtiler Form, dafür aber oft in sehr starken Ausprägung wie Mitleid auf, wodurch behinderte Menschen automatisch auf eine „niedrigere“ Ebene eingestuft werden und ihnen ihre Individualität entzogen wird. Bei direkten Befragungen wird diese Distanz oft nicht sichtbar, das ändert sich aber bei Umformulierung der Fragen, z.B. nach der Bereitschaft, behinderte Menschen als Arbeitskollegen bzw. Schwiegersohn / Schwiegertochter anzunehmen und variiert mit der Form der Behinderung. Bei einer Körperbehinderung ist die Art der Behinderung sowie deren Visibilität, also ihr sichtbares Ausmaß, von besonderer Bedeutung und hat großen Einfluss auf die Einstellung gegenüber Behinderten.

Geistig behinderten und psychisch kranken Menschen werden deutlich negativere Einstellungen entgegengebracht als Menschen mit einer Körperbehinderung.

Während die durch eine Behinderung hervorgerufene Funktionsbeeinträchtigung ebenfalls Einfluss auf die Einstellungen der Gesellschaft hat, stellt die Schwere der Behinderung keinen wesentlichen Einstellungsfaktor dar (vgl. CLOERKES 1985, 167-180).



#### ■ Zuschreibung von Andersartigkeit

Als weitere negative Beeinflussung der Meinung gegenüber behinderten Menschen ist die Zuschreibung von Andersartigkeit zu nennen, welche auf gesellschaftlichen Stigmata beruht. Dabei wird dem eigentlichen Behinderungsmerkmal eine ganze Kette von weiteren negativen Eigenschaften zugeschrieben:

So besteht beispielsweise die Annahme, dass Lernbehinderte neben ihrer „Dümmlichkeit auch noch faul und sozial unangepasst“ (THIMM 2006, 122) sind.

*„Stigmatisierungen sind also in ihrer Konsequenz immer Festschreibung von Erwartungen, und zwar sowohl ,legitimer Erwartungen der Nicht behinderten an die Behinderten als auch der von uns als legitim angesehenen Erwartungen der Behinderten an uns, an die Gesellschaft“ (ebd., 123).*

Diese Erwartungen führen zu einer „... extremen Einschränkung des Rollenhaushaltes von Behinderten im täglichen Umgang, über die defektspezifischen Rollenausfälle hinausgehend zum Ausschluss von Freizeitrollen; zum Ausschluss von Normalschulrollen und, von vielen Behinderten als besonders bedrückend empfunden, zum Ausschluss der sozialen Beziehungen, der Ehe“ (ebd., 123).

## 4.2 Einstellungen der Gesellschaft gegenüber Sexualität

*„Sexualität war und ist gebunden an gesellschaftliche Norm- und Moralvorstellungen“ (STANGE 1989, zit. nach ORTLAND 2005, 38).*

Somit wird die Sexualität eines Menschen und damit auch seine Einstellung von dem jeweilig bestehenden Normen,- Werte und Moralsystem seiner Zeit bestimmt (vgl. EHLERS 2006, 14).

In der heutigen Gesellschaft lassen sich verschiedene, an die derzeitigen Norm- und Moralvorstellungen gebundenen Tendenzen aufzeigen:

*„Wo im Jahre 1871 in der Gesetzgebung noch der ‚Sodomie-Begriff‘ verankert war, der alle Handlungen Formen außerehelicher, nicht der Zeugung dienender sexueller Handlungen umfasste, kann man heute aus dem Grundgesetz das Recht auf Partnerschaft und Sexualität ableiten“ (ebd.).*

In diesem Sinne kann man heute durchaus von einer Liberalisierung der Sexualität sprechen (vgl. ORTLAND 2005, 39), die zu einer „Befreiung der Tabus“ (ebd.) führte. Bezüglich der Selbstbestimmung, Gleichberechtigung und dem Umgang mit sexuellen Minderheiten lassen sich heute einige Fortschritte verzeichnen (vgl. EHLERS 2006, 14).

Die Kehrseite der Medaille, nämlich die aus der Liberalisierung entstandene Kommerzialisierung von Sexualität, sollte allerdings nicht verschwiegen werden. Sexualität wird als eines der Konsumgüter bewertet, die als *„Füllmasse in einer Gesellschaft mit wenig Arbeit und viel Freizeit“* (ORTLAND, ebd.) dienen.

Um Sexualität vermarkten zu können, wird sie als eine isolierte Sache des Menschen betrachtet und somit nicht in ihrer Komplexität dargestellt. Das Gefühlsleben wird von der Sexualität getrennt und zu einer Sache degradiert:

*„Der Inhalt des Genusses wird durch das bloße Zustandekommen ersetzt“*  
(WEINWURM-KRAUSE 1990, 57).

Es geht also nicht um die Art und Weise, wie und was gemacht wird, sondern nur um die Sache an sich. Der emotionale Aspekt wird somit außer Acht gelassen (vgl. ebd.) und es findet eine Trennung von Beziehung und Sexualität statt (vgl. ORTLAND 2005, 39). Diese Trennung führt dazu, dass uns einerseits in den Medien romantische, partnerschaftliche Beziehungen vor Augen geführt werden, die zu übertriebenen und unrealistischen Ansprüchen und emotionalen Erwartungen gegenüber dem anderen Geschlecht führen, zum anderen spielt nur die sexuelle Leistung eines Menschen eine Rolle, indem es darum geht, ob schon, oder ob noch nicht, wie lange und wie oft Geschlechtsverkehr stattfindet. Beide Bilder führen dazu, dass vor allem Jugendliche unter Druck gesetzt werden. Zum einen unter Leistungsdruck, ihre Sexualität auf quantitativer Ebene unter Beweis stellen zu müssen, zum anderen unter den Druck, ihre Sexualität auf einer reinen, oft übertrieben romantischen Gefühlsebene zu beweisen (vgl. ebd.).

Die Medien führen dazu, dass der *„Lustaspekt verabsolutiert und (der) Beziehungsaspekt ignoriert“* (STANGE 2001, 12 zit. nach ORTLAND 2005, 39) wird.

Werte wie Erfolg, Leistung und Schönheit werden von den Medien als tragende Elemente stark betont und vermitteln ein Menschenbild (sexuell attraktiv aufgrund von Erfolg und Schönheit), dass vor allem von behinderten Menschen nur schwer zu erfüllen ist. Dabei wird der Körperlichkeit eine zentrale Rolle beigemessen. Als sexuell attraktiv gilt, wer einen, dem Schönheits- und Schlankheitsideal entsprechenden Körper hat (vgl. ORTLAND 2005, S.39):

*„Die Vermittlung eines Sexual-Ideals, eines Vor-Bildes gelungener Sexualität, die Betonung der Leistung als vorrangigem Aspekt ausgelebter Sexualität drängt in Verbindung mit einem übertrieben und krankmachendem Körperkult vor allem Menschen mit (körper-) Behinderung an den Rand“* (ebd.).

Für Menschen mit einer (Körper-)Behinderung ist es unmöglich, den gesellschaftlich geforderten Idealen zu entsprechen:

*„Durch den Warenwert der Sexualität verstärkt sich – neben z. B. mystifizierenden vererbungs- und rassenideologischen Gesichtspunkten – die Nichtakzeptanz Behinderter als Sexualwesen“ (WEINWURM-KRAUSE 1990, 58).*

Trotz der Liberalisierungstendenzen spricht WEINWURM-KRAUSE (1990, 57) nach wie vor von einem Sexualverhalten der Gesellschaft, das durch die „*Tradierung alter Normen und Werte*“ geprägt ist.

Dennoch sollte hier angemerkt werden, dass die Liberalisierung der Sexualität auch einige positive Seiten für behinderte Menschen mit sich bringt, wie z. B. das Recht auf eine Partnerschaft oder die Erschwerung der Sterilisation (vgl. EHLERS 2006, 15), was allerdings nicht zwingend zu einer Einstellungsänderung der Gesellschaft gegenüber der Partnerschaft behinderter Menschen führen muss.

Im Großen und Ganzen kann allerdings auch heute noch die Sexualität behinderter Menschen als ein Bereich angesehen werden, der mit einem Tabu behaftet ist.

Einige wesentliche Einstellungstendenzen der Gesellschaft sollen im folgenden Kapitel aufgezeigt werden:

### **4.3 Einstellungen der Gesellschaft gegenüber "Sexualität und Behinderung"**

In der Gesellschaft werden Menschen mit Behinderung entweder als geschlechtslose Wesen angesehen, oder ihnen wird besondere Triebhaftigkeit unterstellt. Die Zuschreibung der Geschlechtslosigkeit zeigt sich darin, dass behinderte Menschen selten über ihr Geschlecht als Mann oder Frau, sondern nur als Behinderte definiert werden (vgl. KUHNE/MAYER 1993, zit. nach ORTLAND 2005). Dies hat zur Folge, dass ihnen ihre Sexualität abgesprochen wird, oder ihre Sexualität ebenso als behindert angesehen wird, auch wenn es bisher keine Anhaltspunkte für diese Annahme gibt (vgl. WEINWURM-KRAUSE 1990, 58).

*„Die gesellschaftliche Stellungnahme gegenüber der Sexualität insbesondere geistig und körperbehinderter Menschen ist durch Tabuisierung und restriktives Verhalten gekennzeichnet“ (BERGEEEST 2002, 255).*

WALTER (1996) spricht in diesem Zusammenhang auch von dem „*unschuldigen Kind*“, ein Bild, das die Gesellschaft vor allem gegenüber der Sexualität geistig behinderter Menschen hat, indem sie sie als naive, unschuldige und geschlechtslose Menschen ansieht, eben als große Kinder, die keine Sexualität haben und kennen. Diese Rolle betrifft allerdings auch häufig Menschen mit einer Körperbehinderung, da aufgrund ihrer Körperbehinderung die Geschlechtlichkeit in den Hintergrund tritt.

Frauen mit Behinderung werden oftmals von der Gesellschaft die sozialen Rollen, z. B. als Ehefrau oder Mutter nicht zugetraut (vgl. EHLERS 2006, 15).

Die andere, oben erwähnte Sichtweise der Gesellschaft, die der Sexualität geistig behinderter Menschen besondere Triebhaftigkeit unterstellt (vgl. WEINWURM-KRAUSE 1990, 61), reduziert sie auf ihren Sexualtrieb. Es gibt daher zwei wesentliche Annahmen in der Gesellschaft: entweder ist der behinderte Mensch ein Neutrum, ein Wesen, dem jegliche Sexualität abgesprochen wird, oder aber seine Sexualität wird auf den Sexualtrieb reduziert, was zur Folge hat, dass seiner Sexualität Gefühle wie Zärtlichkeit, Liebe, Zuneigung etc. abgesprochen werden.

Es findet eine gesellschaftliche Überbetonung und Dramatisierung der Sexualität geistig behinderter Menschen statt, „*die sexuellen Handlungen werden als tierische Befriedigung rein körperlicher Bedürfnisse interpretiert*“ (EHLERS 2006, 15, Bezug nehmend auf WALTER 1996). Ebenso werden geistig behinderten Menschen oft Distanzlosigkeit, Unbeherrschtheit und Triebhaftigkeit unterstellt, was aufgrund einer Fehldeutung ihrer nicht-sprachlichen Kommunikation stattfindet (vgl. EHLERS 2006, 15).

Es kann nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass Personen, die im Kontakt mit behinderten Menschen stehen, ein anderes Bild über die Sexualität dieser Menschen haben.<sup>2</sup>

WEINWURM-KRAUSE (1990) zeigt dies anhand verschiedener Literaturauszüge aus der Fachpresse auf. Dort fasst sie einige Beiträge folgendermaßen zusammen:

*„Konsequent fordern Autoren, die die Sexualität Behinderter unterdrückt haben möchten, eine in dieser Hinsicht möglichst emotionsfreie Beziehung im Umgang mit ihnen. Diese Erziehung sollte zu einem frühen Zeitpunkt einsetzen, um die sexuell-emotionale Entwicklung zu unterdrücken. Eine wenig zärtliche Erziehung scheint für viele die erste Voraussetzung zur Unterdrückung der Sexualität zu sein“* (WEINWURM-KRAUSE 1990, 58).

Zur Unterdrückung der Sexualität, so setzt WEINWURM-KRAUSE fort, werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

*„BACH (1973) empfiehlt häufigere Blasenentleerung, besonders vor dem Zubettgehen; durch weite Kleidung soll eine genitale Reizung verhindert werden. Weitere Ratschläge betreffen spezielle Nahrung, ablenkende Beschäftigung, Vermeidung sexueller Stimulation jeder Art (Film, Wort, Bild) und Einschränkungen des Kontaktes andersgeschlechtlicher Mitmenschen. Hilft dies nicht, sind Medikamente zu verabreichen“* (BERGEMANN 1971, RETT o. J.; FLECKENSTEIN 1972 zit. nach WEINWURM-KRAUSE 1990).

Unsicherheit, Unkenntnis und vererbungsideologische Gesichtspunkte sind sicherlich wesentliche Faktoren, die Einfluss auf die hier beschriebenen Meinungen haben. Sie führen

---

<sup>2</sup> Nach Cloerkes (1985, 245) ist nicht der alleinige Kontakt, sondern die Intensität der Beziehung zum Behinderten ausschlaggebend.

dazu, dass das Thema "Sexualität und Behinderung" ausgeklammert und tabuisiert wird. WALTER/HOYLER-HERMANN (1987, 43) stellten in einer Untersuchung 1977 fest, dass der Kenntnisstand von MitarbeiterInnen in Behindertenheimen bezüglich Grundsatzfragen zur Sexualität geistig behinderter Menschen sehr gering ist. Bereits einige Jahre später, so führen WALTER/HOYLER-HERMANN (ebd.) fort, „*hat die thematische Auseinandersetzung mit Fragen der Sexualität geistig behinderter Menschen auf relativ breiter Ebene begonnen.*“ Es verwundert daher nicht, dass in der heutigen Zeit ein größeres Bewusstsein gegenüber dieser Thematik besteht, wenngleich dieses in unserer Gesellschaft nach wie vor mit einem Tabu behaftet ist. Negative Einstellungen gegenüber vererbungsideologischen Gesichtspunkten sind auch heute anzutreffen.

Dennoch wächst gerade bei Personen, die viel im Kontakt mit behinderten Menschen stehen, zunehmend ein anderes Bewusstsein heran (vgl. HEDDERICH 2006, 25), was in dem folgenden Kapitel zu den Einstellungen der Lehrer aufgezeigt werden soll.

Im Zusammenhang mit der Thematik, die dieser Arbeit zugrunde liegt, sind die Einstellungen von Lehrern und Eltern besonders hervorzuheben, da sie wesentliche Auswirkungen auf die Sexualerziehung sowohl im Elternhaus als auch in der Schule für Körperbehinderte haben, die sich wiederum stark auf die sexuelle Entwicklung der Kinder und Jugendlichen auswirkt. Aus diesem Grund möchte ich in den beiden folgenden Kapiteln einige Ergebnisse zu den Einstellungen der Lehrer und Eltern darstellen.

#### **4.3.1 Einstellungen der Lehrer und Lehrerinnen zur Sexualität von Menschen mit (Körper-)Behinderung**

Die Aussage HEDDERICHS (2006, 25), dass bei Menschen, die viel im Kontakt mit behinderten Menschen stehen, ein zunehmendes Bewusstsein für die Thematik der Sexualität behinderter Menschen heranwächst, kann durch die Äußerungen von WALTER/HOYLER-HERMANN bestätigt werden:

Das Thema Elternschaft behinderter Menschen wird immer häufiger thematisiert, was sich auch in den Medien (Fernsehbeiträge, Berichte in Zeitschriften, Seminare zu dieser Thematik) zeigt. In Bezug auf die Einstellungen von LehrerInnen und MitarbeiterInnen in Heimen merken WALTER und HOYLER-HERMANN (1987, 146) an, dass MitarbeiterInnen in stationären Heimen der Thematik weitaus toleranter gegenüberstünden, als allgemein angenommen wird. So gestehen z. B. 84% der befragten Personen geistig behinderten Menschen Geschlechtsverkehr zu und 76% befürworten die Ehe oder eheähnliche Beziehungen von geistig behinderten Menschen.

WALTER/HOYLER-HERMANN (ebd.) begründen die bestehende Diskrepanz zwischen den toleranten Einstellungen der MitarbeiterInnen und den tatsächlichen Verhältnissen in Heimen

damit, dass der Prozess der Umstrukturierung durch den Austausch von Meinungen unter Kollegen noch schleppend vorangehe.

Der Aspekt der sozialen Erwünschtheit, der sich in den Antworten der MitarbeiterInnen widerspiegeln könnte, sollte allerdings meiner Meinung nach dabei ebenso Berücksichtigung finden.

ORTLAND (2005) führte eine schriftliche Befragung von 231 Lehrern der Schule für Körperbehinderte durch und konnte so Aussagen über die Einstellungen von Lehrern gegenüber der Sexualität (körper-)behinderter Menschen erhalten. Diese sollen im Folgenden dargestellt werden<sup>3</sup>:

Nahezu alle Lehrer (99%) stimmen zu, dass körperbehinderte Menschen dieselben sexuellen Bedürfnisse haben, wie nicht behinderte Menschen (vgl. ebd., 97). Bezüglich Menschen mit einer schweren Körperbehinderung ist das Ergebnis nicht mehr so homogen. Hier gehen nur noch knapp 80% der Lehrer davon aus, dass dieselben sexuellen Bedürfnisse bestehen (vgl. ebd., 98). Noch deutlichere Abweichungen zeigen sich in Bezug auf Menschen mit einer kognitiven Zusatzbehinderung. 53,7% der Lehrer nehmen an, dass eine geistige Behinderung Auswirkungen auf die sexuellen Bedürfnisse hat, 31,3% gehen eher nicht davon aus, 15% verneinen dies (vgl. ebd.).

94,7% der Lehrer sind der Ansicht, dass sich eine zusätzliche geistige Behinderung auf das sexuelle Verhalten auswirkt. Dabei sehen 93,9% eine mögliche Besonderheit in einem distanzlosen Verhalten. Von einem stark gefühlsbetonten Verhalten gehen 95,2% der Lehrer aus, vermehrte Triebhaftigkeit nehmen knapp 80% an. Selten oder nie hingegen nehmen sie exzessives Masturbieren/Onanieren (knapp 10%), gehemmt sexuelles Verhalten (1,9%) und vermehrtes Schamgefühl (4,3%) an (vgl. ebd., 100).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Lehrer an der Schule für Körperbehinderte keinen signifikanten Unterschied zwischen sexuellen Bedürfnissen körperbehinderter und nicht behinderter Menschen sehen. Mit Zunahme der Behinderung im Sinne ihrer körperlichen Schwere oder einer geistigen Behinderung wird das Bild wesentlich uneinheitlicher. Deutlich mehr Lehrer (20 bis ca. 50%) gehen davon aus, dass Menschen mit schwerster Behinderung und vor allem geistig behinderte Menschen in ihren sexuellen Bedürfnissen von denen nicht behinderter Menschen abweichen.

Ein sehr einheitliches Meinungsbild zeigt sich in Bezug auf Abweichungen im sexuellen Verhalten von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Hier besteht die Annahme, dass geistig behinderte Menschen in ihrem sexuellen Verhalten von dem nicht behinderter abweichen.

---

<sup>3</sup> ORTLAND (2005, 97) weist aber darauf hin, dass aufgrund der sozialen Erwünschtheit die Antworten möglicherweise anders ausfallen können.

Besonders in Bezug auf Menschen mit geistiger Behinderung wird deutlich, dass auch Lehrer sich nicht wesentlich von den Einstellungstendenzen der Gesellschaft abheben. Besonders deutlich zeigt sich dies in der Annahme von über 75% der Lehrer, dass die Sexualität geistig behinderter Menschen mit besonderer Triebhaftigkeit verbunden ist.

#### **4.3.2 Einstellungen von Eltern zur Sexualität ihres (körper-)behinderten Kindes**

Eine Auswahl an aktuellen, repräsentativen Quellen, die Aufschluss über die Einstellungen von Eltern zur Sexualität ihres behinderten Kindes geben, konnte ich nicht ausfindig machen. Vielmehr konnte ich in der Fachliteratur in einzelnen Kapiteln aufgrund durchgeführter Befragungen von Eltern kurze Abrisse über ihre Einstellungen finden.

Die im Folgenden aufgezeigten Ergebnisse sind zum einen in ihrer Aktualität sehr unterschiedlich und auch in der Art der Datengewinnung (qualitativ oder quantitativ). Ein Vergleich der einzelnen Ergebnisse (auch im Hinblick auf ihre Aktualität) wird aufgrund der unterschiedlichen Schwerpunkte der Fragen kaum möglich sein. Dennoch kann womöglich eine allgemeine Tendenz der elterlichen Einstellungen am Ende festgehalten werden.

Eine Studie von THANNHÄUSER (1976) besagt, dass 87% der befragten Mütter (82 Mütter wurden befragt) eine sexuelle Beziehung oder Ehe ihres geistig behinderten Kindes ablehnen. Die sozialen Kontakte ihrer behinderten erwachsenen Töchter oder Söhne sehen sie als Kinderfreundschaften an. Die meisten Mütter erachten es nicht als notwendig, dass ihr Sohn oder ihre Tochter mit „Sie“ angesprochen wird. 85% der erwachsenen behinderten Töchter/Söhne gehen nicht ohne Begleitung der Eltern oder Geschwister aus. In 16% der befragten Familien schläft der oder die behinderte erwachsene Sohn/Tochter noch im Bett der Eltern (vgl. WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 140-141).

In einer weiteren Befragung durch WALTER/HOYLER-HERMANN (ebd.) wurden im Jahr 1981 weitere Befragungen zu dieser Thematik durchgeführt. Dabei gaben 21 von 23 Elternpaaren an, dass sie schon einmal über das Thema Partnerschaft und Sexualität mit ihrem/ihrer Sohn/Tochter gesprochen hätten. Dabei ging bei der Hälfte die Initiative von ihrem/ihrer Sohn/Tochter aus. Am häufigsten wurden unverfängliche Themen wie Freundschaft/Partnerschaft, Heirat/Ehe angesprochen. Deutlich geschlechtsspezifisch wurden bei Mädchen die Menstruation und bei Jungen die Selbstbefriedigung thematisiert. Selten wurden über Themen wie Geschlechtsverkehr, Verhütung oder Sterilisation gesprochen. Die meisten Eltern waren der Meinung, dass die Sexualität im Sinne der Genitalsexualität bei ihrem/ihrer behinderten Sohn/Tochter nicht so im Vordergrund stünde (vgl. ebd., 141-142).

Im Rahmen einer Examensarbeit kommt DIEHL (1992) durch eine Befragung von neun

Müttern zu folgenden Aussagen in Bezug auf die Sexualität ihrer körperbehinderten Kinder: Die Mehrheit der Mütter gaben an, dass trotz ihrer positiven Einstellung gegenüber Sexualerziehung keine explizite Sexualerziehung oder Gespräche über sexuelle Themen stattfinden. Als Gründe hierfür nannten sie beispielsweise den fehlenden „Raum“, um sich neben Operationen und Therapien noch mit der Sexualerziehung des körperbehinderten Kindes auseinanderzusetzen, mangelndes Interesse oder Verständnis ihres Kindes, Vermeidung der Sexualerziehung, um dem eigenen Kind Enttäuschungen zu ersparen. Knapp 80% der Mütter sehen aufgrund der Körperbehinderung Einschränkungen in der Sexualität, die sich mit zunehmender Behinderung verstärken. Eine Mutter äußerte sich dahingehend, dass ihre Tochter keine sexuellen Bedürfnisse habe, eine andere vermied bewusst die Konfrontation ihrer Tochter mit sexuellen Themen, um die Ausbildung eines Schamgefühls zu vermeiden, wieder eine andere Mutter sah in dem Samenerguss ihres 15-jährigen Sohnes zunächst eine Krankheit, da sie eine solche sexuelle Reaktion nicht für möglich hielt.

Alle Mütter sprachen der Sexualität ein menschliches Grundbedürfnis zu, hatten aber Schwierigkeiten dieses uneingeschränkt ihrem körperbehinderten Kind zuzusprechen. DIEHL konnte die Aussagen der Mütter folgenden drei Haltungen zuordnen:

1. Einer absoluten Verneinung sexueller Bedürfnisse (2 Mütter)
2. Einer Annahme sexueller Gefühle des eigenen Kindes, die es aber selbst nicht wahrnehmen kann oder an der es kein Interesse hat (5 Mütter)
3. Einer Zuordnung normaler sexueller Bedürfnisse (2 Mütter)

In Bezug auf Fragen bezüglich der Sexualerfahrungen des körperbehinderten Kindes zeigt sich, dass die Mütter zum überwiegenden Teil die Sexualität ihres Kindes auf die Genitalsexualität beschränken<sup>4</sup> und daher zum Großteil von einer unbefriedigenden oder nicht existierenden Sexualerfahrung aufgrund der Negierung der Sexualität ihres Kindes ausgehen.

Wie zum Großteil die Mütter von einer abnormalen Sexualität des eigenen Kindes ausgehen, so existiert auch die Annahme von einer Partnerschaft des Kindes, die nicht dem Bild einer normalen Partnerschaft entspricht. Potentielle Partner werden zunächst einmal als Pfleger des behinderten Sohnes oder der Tochter betrachtet, was zur Folge hat, dass sie ihm einen Partner ohne Behinderung oder nur einen mit einer leichten Behinderung wünschen (vgl. DIEHL 1992, 85-89; ebd., 2001, 17-18).

In einer weiteren Untersuchung von DIEHL und REUBER (1995) wurden 62 Eltern von

---

<sup>4</sup> Auch wenn die Mütter in einer gesonderten Frage zur Sexualität eindeutig von einer Überbewertung der genitalen Sexualität absahen und der Sexualität Werte wie Geborgenheit und Zärtlichkeit zuordneten.



Kindern mit Körperbehinderung zu dieser Thematik befragt. Alle Eltern waren der Meinung, dass Sexualerziehung eine wichtige Aufgabe der Eltern sei. 45% sind dabei der Auffassung, dass sich Sexualerziehung nach dem Schweregrad der Behinderung richten müsse, knapp 18% erachten bei schwersten Körperbehinderungen eine Sexualerziehung für überflüssig (vgl. ORTLAND 2008, Bezug nehmend auf DIEHL/REUBER 1995, 91).

In Bezug auf die Einstellungen der Eltern kann festgehalten werden, dass auch sie, geprägt von den gesellschaftlichen Normvorstellungen, „eine Unterscheidung zwischen Normaler- und Behinderter Sexualität“ (DIEHL 1992, 90) vornehmen und vor allem Menschen mit schwerer Körperbehinderung und schwersten Behinderungen die Sexualität am ehesten absprechen.

Wie bereits aufgezeigt wurde, kann davon ausgegangen werden, dass in einigen Bereichen die Einstellungen der Eltern heute aufgrund gesellschaftlich veränderter Normen andere sind, und daher die Aussagen der Studien aus den 70er und 80er Jahren zu diesen in Relation gesetzt werden sollten.

Dies ändert allerdings nichts an der Tatsache, dass auch heute das Thema Sexualität und ganz besonders die Sexualität behinderter Menschen immer noch Tabu behaftet ist und die Tendenz besteht, vor allem Menschen mit schwerster Behinderung nach wie vor ihre Sexualität abzusprechen.

Die aufgezeigten gesellschaftlichen Annahmen zur Sexualität behinderter Menschen führen in der Konsequenz dazu, von einer „normalen“ sexuellen Entwicklung des Kindes und Jugendlichen mit einer Behinderung abzusehen, bzw. eine sexuelle Entwicklung gänzlich ausschließen.

Auf die Frage, inwiefern und ob überhaupt von einer behinderten sexuellen Entwicklung ausgegangen werden kann, soll in dem nun folgenden Kapitel eingegangen werden.

## 5. Sexuelle Entwicklung

In diesem Kapitel möchte ich einige wesentliche Aspekte der Sexualentwicklung, vorwiegend im Hinblick auf Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung, darstellen.

Vorwiegend Eltern, aber auch Lehrer sowie die gesamte Umwelt des Kindes und Jugendlichen nehmen auf vielfältige und bedeutsame Weise Einfluss auf die Sexualentwicklung und damit auch auf die Wertschätzung, die das Kind/der Jugendliche seiner Sexualität entgegenbringen kann. In der Gesellschaft, auch bei Lehrern und Eltern, scheint nach wie vor die Annahme einer „behinderten Sexualität“ zu bestehen, was nicht zuletzt daran zu beobachten ist, dass häufig eine große Verwunderung über eine „normale“ sexuelle Entwicklung eines Kindes und Jugendlichen besteht.

Davon abgesehen, dass es nicht *die* Sexualität und damit einhergehend *die* sexuelle Entwicklung eines bestimmten Personenkreises geben kann, sollte an dieser Stelle darauf verwiesen werden, dass es als problematisch anzusehen wäre, einem Menschen mit Körperbehinderung eine „behinderte Sexualität“ und somit auch eine „behinderte Sexualentwicklung“ zuzuordnen.

Auch an dieser Stelle gilt es, auf die relationale Sichtweise zurückzugreifen, was zur Folge hat, dass die körperliche Schädigung eines Menschen nie nur alleine zu einer behinderten sexuellen Entwicklung führt, sondern vielmehr Bedingungen und Faktoren der Umwelt des Menschen mit Behinderung seine sexuelle Entwicklung und somit auch seine Sexualität beeinträchtigen (vgl. ORTLAND 2005, 43).

Es kann daher angenommen werden, dass Kinder und Jugendliche mit einer Körper- und/oder geistigen Behinderung die gleichen sexuellen Bedürfnisse haben, aber oftmals eine erschwerte Sexualentwicklung durchlaufen (vgl. ORTLAND 2005; 2008; WEINWURM-KRAUSE 1995; EHLERS 2006; FASSBENDER/SCHLÜTER 2007).

Im Folgenden möchte ich daher einige erschwerende Faktoren in der sexuellen Entwicklung körperbehinderter Kinder und Jugendlicher aufzeigen, und im Anschluss daran kurz auf mögliche Erschwernisse der sexuellen Entwicklung bei Menschen mit geistiger Behinderung eingehen.

## 5.1 Sexuelle Entwicklung von Kindern mit Körperbehinderung im Vergleich zu Kindern ohne Behinderung

Die sexuelle Entwicklung beginnt mit der Geburt des Kindes und nimmt im Laufe der Jahre immer andere Formen und Ausdrucksweisen an. Dabei können sich schon innerhalb der ersten Lebensjahre bestimmte Faktoren sowohl fördernd oder auch beeinträchtigend auf die sexuelle Entwicklung eines Kindes auswirken.

In Anlehnung an ORTLAND (2008, 35f) möchte ich jeweils in Bezug auf die einzelnen Lebensjahre, Aspekte der sexuellen Entwicklung bei Kindern<sup>5</sup> mit Körperbehinderung genauer beleuchten. Dabei wird versucht werden, diese im Vergleich zu Kindern ohne Körperbehinderung aufzuzeigen. Die Altersangaben können allenfalls der groben Orientierung dienen, da eine Differenz von mehreren Jahren in Bezug auf die sexuelle Entwicklung keine Ausnahme darstellt.

### **Erstes Lebensjahr:**

Der Kontakt mit den engsten Bezugspersonen hilft dem Säugling durch liebevolle Berührungen, Getragen- und Gehaltenwerden, ein positives Körperbild aufzubauen.

Sobald es die motorischen Fähigkeiten erlauben, beginnt das Kind, seinen Körper zu erkunden. Dem Mund kommt dabei eine ganz entscheidende Rolle zu. Er dient zum einen der Erkundung des eigenen Körpers, und zum anderen der Erkundung der Umwelt.

Das Kind erfährt durch eine verlässliche Beziehung Urvertrauen und erlebt durch den Austausch von Streicheln, Wiegen u. v. m. Freude in körperlicher und seelischer Nähe zu seinen Bezugspersonen.

Gegen Ende des ersten Lebensjahres kann sich das Kind aufgrund der erworbenen motorischen Möglichkeiten durch Krabbeln, Rollen und Laufen fortbewegen und dadurch bewusst Distanz und Nähe zu seinem Gegenüber aufbauen.

Ein Kind, das mit einer Körperbehinderung zur Welt kommt, hat meist erschwerte Ausgangsbedingungen. Mit seiner Geburt löst es bei den Eltern oft große Enttäuschung aus und macht dadurch möglicherweise weniger körperlich-sinnliche Erfahrungen durch Liebkosungen, Wiegen und Herumtragen. Körperlich-seelische Nähe kann oft auch aufgrund langer und intensivmedizinischer Krankenhausaufenthalte einiger Kinder mit Körperbehinderung in den Hintergrund treten.

Viele Kinder mit einer Körperbehinderung sind in ihren kommunikativen Möglichkeiten (Mimik, Gestik, Laute) eingeschränkt. Dies führt zur Verunsicherung der Eltern im Umgang mit ihrem Kind und kann den Beziehungsaufbau oft zusätzlich erschweren. Dies wirkt sich

---

<sup>5</sup> Unter der Voraussetzung, dass die Behinderung sehr früh bestand.

wiederum auf das Kind und seine (sexuelle) Entwicklung aus.

Der Körper wird aufgrund verschiedener Therapien, ärztlicher Eingriffe und Pflegemaßnahmen von dem Kind zunehmend als defizitär, wenig lustvoll und als entfremdet erlebt. PIEPER (1992, 27) spricht in diesem Zusammenhang auch von der „*prekären Leiblichkeit*“, die das Kind schon sehr früh erfährt, und die sich meist durch das ganze Leben zieht (vgl. WELLACH 1999, 273).

Vielen Kindern mit einer Körperbehinderung sind aufgrund der motorischen Einschränkungen Erkundungen des eigenen Körpers (erheblich) erschwert. Die Erfahrung, aufgrund eigener Initiative Nähe und Distanz zu einer Person aufbauen zu können, bleibt ihnen oftmals verwehrt, was sich wiederum hinderlich auf den Ablösungsprozess zu den Bezugspersonen auswirken kann.

### **Zweites Lebensjahr:**

Das Interesse am Entdecken des eigenen Körpers, besonders auch der Genitalien, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Die Kinder lernen, Informationen des Körpers aufzunehmen und zu organisieren. Schuhrke (1997) geht davon aus, dass die Repräsentation der Genitalien durch die Entdeckung des eigenen Körpers nach und nach aufgebaut wird. Auch das Interesse an den Genitalien der Eltern beginnt zu wachsen, indem das Kind diese anschauen und berühren möchte. So entwickeln die Kinder allmählich ein Bild davon, dass es zwei Geschlechter gibt. Gegen Ende des zweiten Lebensjahres rückt auch der Analbereich in Bezug auf die Ausscheidungen immer stärker in das kindliche Bewusstsein.

Das gezielte Entdecken des Körpers, insbesondere der Genitalregion, ist vielen körperbehinderten Kindern, vor allem Kindern mit Infantiler Cerebralparese (ICP), ganz besonders einer (spastischen) Tetraparese, aufgrund ihrer teilweise sehr geringen motorischen Möglichkeiten deutlich eingeschränkt oder gänzlich verwehrt.

Es ist ebenso möglich, dass die motorischen Fähig- und Fertigkeiten des Kindes zwar gegeben sind, es jedoch beispielsweise bei Kindern mit Spina bifida, je nach Höhe der Läsion, durch das Berühren der Genitalien zu keinerlei lustvollen Gefühlen kommt. Kindern, die leichtere motorische Einschränkungen haben, sollte in der Pflegesituation genügend Zeit zur Selbstbetrachtung- und Erkundung gegeben werden.

### **Drittes Lebensjahr:**

In diesem Alter ist es den Kindern nun möglich, den Schließmuskel aktiv zu kontrollieren, was zur Folge hat, dass die Sauberkeitserziehung in diesem Alter ein großes Thema ist. Das Kind erfährt, dass es seine Ausscheidungsvorgänge steuern kann und ist darüber stolz. Es

erlangt zunehmende Selbstständigkeit, beginnt sich selbst mit „ich“ zu bezeichnen und erfährt sich bewusst in der Abgrenzung zu den Erwachsenen. Im Alter von drei Jahren erlernen Kinder typische geschlechtsspezifische Verhaltensweisen und erproben diese in Rollenspielen. Kinder stellen aufgrund zunehmender verbal-kommunikativer Fähigkeiten Fragen zu ihrer Umwelt, auch zu Themen der Sexualerziehung, wie Schwangerschaft oder Geburt.

Für Kinder mit einer schweren Körperbehinderung oder einer Querschnittslähmung ist es oft nicht möglich, eine Kontrolle über ihre Ausscheidungsvorgänge zu erlangen. Der Stolz darüber, über die eigenen Körperfunktionen selbst bestimmen zu können, bleibt diesbezüglich aus. Bei Kindern, deren verbal-kommunikative Möglichkeiten zusätzlich eingeschränkt sind, ist die Trotzphase erheblich erschwert. Die bewusste Abgrenzung von Bezugspersonen kann aufgrund der geringen Möglichkeiten zur Selbstständigkeit von dem Kind nicht erfahren werden. Bereits in diesem Alter baut sich ein Grundkonflikt auf, in dem sich die Kinder und später auch Jugendlichen sehen: *„die deutliche Abgrenzung von der nächsten Bezugsperson bei ständigem Angewiesensein auf diese z.B. im Bereich der Pflege“* (ORTLAND 2008, 40).

Aufgrund der eingeschränkten Motorik kann das Erproben von Rollenspielen erschwert oder unmöglich sein. Daneben kann die fehlende oder erschwerte Verbalsprache dazu führen, dass das Kind viele Fragen, gerade auch in Bereichen zu Schwangerschaft oder Geburt, nicht stellen kann.

#### **Viertes Lebensjahr:**

In diesem Alter nehmen die sozialen Kontakte zu anderen Kindern stark zu. Im Spiel mit den anderen Kindern baut das Kind Freundschaften auf und erlernt soziale Regeln. Diese bilden, neben der erfahrenen elterlichen Zuwendung, Zärtlichkeit und Annahme, die Basis für seine *„Liebes- und Freundschaftsfähigkeit“* (PHILIPPS 2000b, zit. nach ORTLAND 2008, 41). Im Rollenspiel erproben die Kinder nun vorwiegend Eltern-Kind-Spiele und versetzen sich in die Rolle von Mutter und Vater.

Das Kind entwickelt zunehmendes Interesse an der Körperlichkeit anderer Kinder, besonders an der Verschiedenheit der Genitalien. Gleichzeitig beginnen Kinder in diesem Alter Schamgefühl zu entwickeln.

Je nach Schwere der Behinderung kann zum einen der Kontaktaufbau zu anderen Kindern erschwert sein, zum anderen können sich aber auch beim Erwerb sozialer Regeln im gemeinsamen Spiel Probleme ergeben, bedingt durch körperliche und kommunikative

Einschränkungen. Diese wirken sich häufig auch auf Eltern-Kind-Rollenspiele aus, in denen Kinder mit schweren körperlichen und kommunikativen Einschränkungen oft die Rolle des Kindes übernehmen (müssen) und sich dadurch selten in der Rolle der Mutter/des Vaters erfahren. Nach WELLACH (1999) ist die Identifikation mit dem gleichgeschlechtlichen Elternteil für Kinder mit einer schweren Körperbehinderung oft problematischer, da die Eltern meist nicht behindert sind und so für das Kind ein Ideal darstellen, das es nicht erreichen kann:

*„Die Verinnerlichung dieses Ideals kann zu einem Defizitgefühl führen, das sich negativ auf die Sexualentwicklung auswirken kann“ (vgl. ORTLAND 2008, 42).*

LEYENDECKER (2006) geht davon aus, dass in diesem Alter noch keine Auswirkungen zu vermuten sind (vgl. ebd.).

Da Kinder mit stärkeren motorischen Einschränkungen auch auf die Pflege im urogenitalen Bereich angewiesen sind, kann angenommen werden, dass sich die Pflegesituation auf die Entwicklung des Schamgefühls körperbehinderter Kinder auswirken kann.

#### **Fünftes Lebensjahr:**

Die Erprobung geschlechtstypischer Verhaltensweisen durch Rollenspiele ist auch in diesem Alter noch sehr aktuell. Ebenso ist das Interesse an der Erkundung desselben und des anderen Geschlechts sehr groß, was sich häufig in so genannten „Doktorspielen“ zeigt.

Die Kinder beginnen, erste innige Beziehungen zu anderen Kindern, unabhängig davon ob gleich- oder gegengeschlechtlich, aufzubauen.

Motorische Einschränkungen können dazu führen, dass die Kinder keine „Doktorspiele“ ausführen können und ihnen somit eine zielgerichtete Erkundung der Geschlechtsteile verwehrt bleibt. Hinzukommt, dass Kinder mit einer Körperbehinderung womöglich durch das Tragen einer Windel von anderen Kindern nicht in solche Spiele integriert werden, da das Entblößen der Genitalien erschwert ist. Es besteht aber auch die Gefahr, dass Kinder mit einer Behinderung gegen ihren Willen „untersucht“ werden.

Der Aufbau einer innigen Freundschaft wird bei Menschen mit Behinderung einerseits über die sozialen Kontaktmöglichkeiten zu anderen (nicht behinderten) Kindern bestimmt und hängt andererseits von Stigmatisierungsprozessen ab, die das Kind bereits erfahren hat.

#### **Sechstes Lebensjahr:**

In diesem Alter suchen die Kinder eine Bestätigung in ihrer Geschlechtsrolle als Junge oder Mädchen, indem sie vorwiegend unter ihresgleichen sind. Daher häufen sich in dieser Phase

gleichgeschlechtliche Freundschaften, wohingegen Freundschaften zum anderen Geschlecht tendenziell abgelehnt werden. Die soziale Gruppe, die möglichst rollenkonforme Verhaltensweisen verlangt, beispielsweise in Bezug auf Spielzeug oder den Spielpartner, hat nun zunehmenden Einfluss auf das Verhalten des Kindes.

Vor allem im Hinblick auf schwer körperbehinderte Kinder ist der Aufbau einer Freundschaft meist mit wesentlich mehr Zeit und Aufwand im Sinne der Suche nach gemeinsamen Spielmöglichkeiten, aber auch im Sinne des gegenseitigen Verständnisses, verbunden. Eine plötzliche Ablehnung der Freundschaft kann daher für ein behindertes Kind gravierende Auswirkungen haben. Es wäre auch denkbar, dass Kinder mit Behinderung aufgrund fehlender alternativer Freundschaften weniger neue Freundschaften knüpfen.

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

Das Kind erreicht in dieser Phase weitgehende Selbstständigkeit und baut eine zunehmend stabile Identität bezüglich des eigenen Geschlechts auf. Dabei ist für Mädchen die Akzeptanz der Erwachsenen von großer Bedeutung, wohingegen Jungen die Anerkennung eher in der Gruppe der Peers suchen.

Der Körper beginnt in der Grundschulzeit eine Vorform männlicher und weiblicher Geschlechtshormone zu produzieren, die schließlich die Geschlechtsreife auslösen.

Auch in dieser Phase sind Abgrenzungen zum anderen Geschlecht zu beobachten, doch sammeln Kinder nun auch erste Erfahrungen mit dem Verliebtsein. Dabei dient die „*sexualisierte Sprache*“ (ORTLAND 2008, 44) dem Kontaktaufbau zum anderen Geschlecht. Körperlich-sexuelle Nähe kann als lustvoll erfahren werden, aber auch als unheimlich und fremd. „Doktorspielchen“ sind auch in diesem Alter, beruhen sie auf dem Einverständnis des Gleichaltrigen, altersgemäß, werden aber aufgrund des Schamgefühls versucht, vor Erwachsenen geheim zu halten.

In Abgrenzung zum anderen Geschlecht ist vor allem bei Jungen auffällig, dass sie unter einer Beweispflicht ihrer Geschlechtsrolle stehen, vor allem innerhalb der Peergroup. In diesem Zusammenhang ist zu beobachten, dass Jungen eher handgreiflich werden und zum Übertreiben neigen. MILLHOFER (1998) geht davon aus, dass Rangeleien und körperliche Attacken der Jungen „*unterlegt sind (...) von massiver sexueller Neugier und einem starken Bedürfnis nach körperlicher Nähe*“ (MILLHOFER 1998, zit. nach ORTLAND 2008, 45).

Mit Zunahme der Mobilität der Kinder können Freundschaften nun auch aufgrund gleicher Interessen und Werte entstehen und sind nicht mehr allein von der räumlichen Nähe abhängig.

Viele Kinder mit einer motorischen Beeinträchtigung besuchen eine Schule für

Körperbehinderte. Da diese Ganztageschulen sind und meist auch nicht wohnortnah liegen, ist der Aufbau von Freundschaften außerhalb der Schule für Kinder mit Körperbehinderung oft erschwert. Dies hat zur Folge, dass sich der Freundeskreis vieler Kinder mit einer Körperbehinderung auf die Schule beschränkt.

Altershomogene Freundschaften zu Kindern ohne Behinderung sind vor allem dann erschwert, wenn zu den körperlichen Beeinträchtigungen kognitive hinzu kommen. Aufgrund der kognitiven Einschränkung bestehen vorrangig Freundschaften zu jüngeren Kindern ohne Behinderung. Erkundungen der Geschlechtsteile durch harmlose Doktorspiele können so oft aufgrund des Altersunterschieds von Erwachsenen als gefährlich interpretiert werden.

Der körperliche Einsatz im Sinne von Rangeleien oder sonstigen kräftemessenden „Spielen“ ist aufgrund der körperlichen Einschränkung bei Kindern mit einer Körperbehinderung meist schwierig oder überhaupt nicht möglich. Vor allem im Hinblick auf Jungen bedeutet dies eine geringere Anerkennung in ihrer Gruppe der gleichaltrigen nicht behinderten Kinder.

Bei Mädchen ist die Orientierung an den Erwachsenen und deren Anerkennung für die Identitätsfindung entscheidender. Eine geschlechtsspezifische Erziehung durch die Erwachsenen bestärkt sie im Aufbau ihrer zukünftigen Rolle als Frau.

Die Identitätsfindung ist dann ganz besonders erschwert, wenn die Behinderung sehr stark in den Vordergrund tritt, und das Erreichen der klassischen Rolle als Frau behinderungsbedingt in Frage gestellt wird (vgl. ORTLAND 2008, 35-46).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich zwei Faktoren erschwerend auf die sexuelle Entwicklung des Kindes auswirken können: die anderen körperlichen Entwicklungsbedingungen aufgrund der Körperbehinderung sowie die Umwelt, ganz besonders Eltern, Therapeuten, Ärzte, Erzieher und Lehrer.

## **5.2 Sexuelle Entwicklung von Jugendlichen mit Körperbehinderung im Vergleich zu Jugendlichen ohne Behinderung**

Um mögliche Besonderheiten und Erschwernisse in der sexuellen Entwicklung körperbehinderter Jugendlicher darzustellen, erscheint es sinnvoll, zunächst einmal wesentliche Merkmale der sexuellen Entwicklung Jugendlicher ohne Behinderung anzuführen, um im Anschluss daran, Rückschlüsse in Bezug auf mögliche Erschwernisse bei Jugendlichen mit Körperbehinderung zu ziehen.



### 5.2.1 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen ohne Behinderung

Die Pubertät ist als Übergang zwischen den beiden wichtigen Lebensphasen des Menschen, von der Kindheit zum Erwachsenenendasein, sicherlich einer der bedeutsamsten und auch labilsten Abschnitte. Der Großteil der vorhergehenden Lebensweisen wird abgelegt und der Großteil der zukünftigen Lebensweise und Verantwortung wird in dieser verhältnismäßig kurzen Zeit aufgebaut.

Nach DREHER/DREHER (1985) können die Entwicklungsaufgaben Jugendlicher im Pubertätsalter unter mehreren Punkten zusammengefasst werden:

- *„Neuere und reifere Beziehungen zu Altersgenossen beiderlei Geschlechts aufbauen*
- *Übernahme der männlichen oder weiblichen Geschlechterrolle,*
- *Akzeptieren der eigenen körperlichen Erscheinung und effektive Nutzung des Körpers,*
- *Emotionale Unabhängigkeit von den Eltern und von anderen Erwachsenen erreichen,*
- *Vorbereitung auf Ehe und Familienleben*
- *Vorbereitung auf berufliche Karriere*
- *Werte und ein ethisches System erlangen, das als Leitfaden für das Verhalten dient – Entwicklung einer Ideologie*
- *Sozial verantwortliches Verhalten erstreben und erreichen“ ( ORTLAND 2008, 47).*

Das Eintreten der Pubertät erkennen Jugendliche an äußeren Veränderungen, also Veränderungen des Körpers, sowie an inneren Veränderungen, also neuen Denkweisen, unter anderem dem Aufkeimen der sexuellen Interessen.

#### **Veränderungen des Körpers wahrnehmen:**

Während der Pubertät erfahren Jugendliche eine Phase, die von enormen und schnellen körperlichen Veränderungen geprägt ist. Spätestens mit dem Einsetzen der Menarche bzw. der Ejakularche wird den Jugendlichen das Eintreten der eigenen Geschlechtsreife sichtbar vor Augen geführt.

In einem andauernden Prozess der Selbstreflexion vergleichen Jugendliche ihr Äußeres mit dem ihres sozialen Umfeldes sowie mit dem Schönheitsideal, das von der Gesellschaft geprägt ist. Die Frage, ob man attraktiv und normal sei, wirft große Unsicherheiten auf. Um sich den Idealvorstellungen anzupassen, gestalten Jugendliche ihr Äußeres aktiv. Haare, Kleidung, bei Mädchen verstärkt auch Körpergewicht, werden permanent geprüft und optimiert.

Die äußere Erscheinung hat enorme Auswirkungen auf das Innere der Jugendlichen. Die *„Einschätzung der eigenen Attraktivität bedingt die Akzeptanz der eigenen Person“* (FEND

2003 zit. nach ORTLAND 2008, 48). Diese Einschätzung setzt sich einerseits aus den detaillierten Selbstbeobachtungen der Jugendlichen zusammen, andererseits aus den sozialen Rückmeldungen, die sie von ihrer Umwelt erhalten. Die Selbstbeobachtungen sind durch das Selbstbewusstsein (im persönlichen Bereich) geprägt, die sozialen Rückmeldungen durch Familie und Freundschaft (im sozialen Bereich).

Im Allgemeinen kommen männliche Pubertierende in der Bewertung ihres Äußeren dabei zu einem positiveren Ergebnis als weibliche Jugendliche, die ihr Aussehen meist negativer sehen. Dabei sind Körpergewicht und Akne wichtige Indikatoren.

Jugendliche beiderlei Geschlechts unterliegen jedoch besonderen inneren Belastungen, wenn die Pubertät besonders früh oder spät einsetzt. Das Gefühl, nicht normal zu sein, führt tendenziell zu ungünstigeren Ausgangsbedingungen.

Solche oder auch andere großen inneren Belastungen führen bei Mädchen eher zu Ansätzen von Depressionen, bei Jungen eher zu Verhaltensauffälligkeiten.

### **Sexualität erleben lernen:**

Die primäre Aufgabe von Jugendlichen während der Pubertät ist es, sich auf die Wahl eines Partners bzw. einer Partnerin, mit der Sexualität erlebt werden kann, vorzubereiten, und setzt diese unter einen hohen Erwartungsdruck. Erste Liebesbeziehungen sind daher auch selten auf Dauer angelegt.

DANNENBECK und STICH (2002), sowie SCHMIDT (1993) konnten aufgrund ihren Untersuchungen allgemeine Charakteristika sexueller Erfahrungsabläufe Jugendlicher herausstellen:

- Petting ist zu Beginn der partnerorientierten Sexualität eine Selbstverständlichkeit .
- Masturbation ist für Jungen selbstverständlicher als für Mädchen. Bei Mädchen gewinnt sie eher im späteren Entwicklungsprozess an Bedeutung. Damit verbunden ist auch die erste Orgasmuserfahrung, die Jungen frühzeitig bei der Masturbation, Mädchen vergleichsweise eher später, bei Petting oder Geschlechtsverkehr, erleben.

Jugendliche ohne feste Beziehung können nach DANNENBECK und STICH (2002) unterteilt werden in:

- Diejenigen Jugendlichen, die noch keine Sexualität erlebt haben. Meistens geschieht dieses auf unfreiwilliger Basis und geht oft mit einem beschädigten körperlichen Selbstwertgefühl, einem gestörten Verhältnis zum eigenen Körper oder der Abwertung der Sexualität einher.
- Jugendliche, die nach einigen sexuellen Erfahrungen freiwillig eine Zeit der „Abstinenz“

ingelegt haben, sei es entweder, um auf den richtigen Partner zu warten oder um sich auf andere Lebensbereiche (Lehre, Prüfungen) zu konzentrieren.

- Jugendliche, die nach einigen sexuellen Erfahrungen unfreiwillig alleine sind und sich nach einer festen Beziehung sehnen.
- Jugendliche, die kurzlebige Beziehungen vorziehen und sich zufällig in einer „Pause“ befinden (vgl. ORTLAND 2008, 52).

#### **Quellen für Sexualaufklärung und Beratung** (nach DANNENBECK und STICH, 2002):

- 80% - 90% der Jugendlichen haben eine Vertrauensperson. Auffallenderweise kommen Jugendliche ohne Vertrauensperson häufig aus Elternhäusern, in denen keine Offenheit über sexuelle Themen herrscht.
- Bei dieser Vertrauensperson handelt es sich meistens um den besten Freund bzw. die beste Freundin, mit denen Erfahrungen ausgetauscht werden. (Bei Mädchen ist dieser Sachverhalt signifikant häufiger anzutreffen als bei Jungen).
- Lehrer(innen) spielen als Vertrauensperson so gut wie keine Rolle. In ca. einem Sechstel aller Fälle werden sie als bevorzugte Personen für Wissensvermittlung genannt.
- Der Schulunterricht wird jedoch in ca. 90% der Fälle als Wissensquelle für die Aufklärung, also Sexualität, Fortpflanzung und Empfängnisverhütung angegeben.
- Weitere Quellen der Aufklärung sind vor allem Medien, wie diverse Printmedien, Fernsehen, Internet.
- Für die Meinungsbildung sind Jugendlichen Peers am wichtigsten. Peers (sowohl virtuelle im Internet, als auch im „realen“ Raum) haben eine wichtige Funktion in der Ablösung von Eltern, Orientierung und Stabilisierung Jugendlicher. Sie bieten sozialen Freiraum für die Gestaltung neuer Möglichkeiten oder Kontaktaufnahme zum anderen Geschlecht, entweder durch Flirten bzw. Erprobung erotischer Gesten oder durch die einfache Möglichkeit zur Verabredung an Orten, an denen dann erste gegengeschlechtliche (Körper)kontakte aufgebaut werden können.
- Jugendliche können also aus vielfältigen Verhaltensstilen und -mustern auswählen und ihr eigenes sexuelles Verhalten finden (vgl. ORTLAND 2008, 53).

#### **5.2.2 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen mit Körperbehinderung**

Mit wenigen Ausnahmen, wie z.B. bei Jugendlichen mit Spina bifida oder Hydrocephalus, bei denen die Pubertät oft früher einsetzt, verläuft die puberale körperliche Entwicklung von Jugendlichen mit Behinderung ähnlich wie bei denen ohne Behinderung. Allerdings ist bei Jugendlichen mit Körperbehinderung die Pubertätsphase meist problematischer als bei Jugendlichen ohne Körperbehinderung. Die Schwierigkeit, „normalen“ gesellschaftlichen

Normen und geschlechtsspezifischen Erwartungen gerecht zu werden, führt oft zu einer „schnellen Akzeptanz einer passiven und desinteressierten Rolle (...) gegenüber sich selbst und anderen“ (BRETLÄNDER 2007 zit. nach ORTLAND 2008, 58). In manchen Fällen kann die Körperbehinderung jedoch auch „Anreiz zu positiver Selbstbehauptung und Selbstwertschätzung sein“ (ebd.).

### **Veränderungen des Körpers wahrnehmen:**

Die Fähigkeit, den eigenen, sich entwickelnden Körper zu akzeptieren und als positiv zu bewerten, hängt hauptsächlich vom Selbstbild und der Selbsteinschätzung der Jugendlichen ab. Dieses fällt jedoch meist nicht positiv aus, da die funktionale Beeinträchtigung, die die Jugendlichen durch die körperliche Schädigung erleiden, sie an der Ausführung diverser gewünschter Tätigkeiten hindert. Die gefühlte Beeinträchtigung körperlicher Anziehungskraft ist unabhängig vom tatsächlichen Schweregrad der Behinderung. Bei Jugendlichen mit angeborener Behinderung ist sie jedoch auffallend niedriger als bei denen mit nicht angeborener Behinderung. Paradoxerweise fällt das Selbstbild bei Personen mit der Schwere der Behinderung positiver aus, was damit erklärt wird, dass „Jugendliche mit leichten Behinderung in einem uneindeutigen Grenzgebiet zwischen Normalität und Abnormalität leben, welches Anlass für viele Unsicherheiten ist“ (LEYENDECKER 1994 zit. nach ORTLAND 2008, 65).

Hinzu kommt die Belastung, die durch die stigmatisierende Fremdbewertung der soziale Umwelt erfahren wird. Die Sichtbarkeit der Behinderung, vor allem Mimik und Gestik, ist der entscheidende Faktor für die direkte oder subtile Diskriminierung, mit der die Umwelt auf (jugendliche) Körperbehinderte reagiert. Nach FRIES (2005) ist „allein schon das Wissen um die Tatsache der Zugehörigkeit einer Gruppe von Menschen (...) im Bewusstsein behinderter Menschen emotional und kognitiv verankert und führt zu einer Belastung“ (ebd., zit. nach ORTLAND 2008, 60). Im Gegensatz zu männlichen Jugendlichen kommt bei weiblichen Jugendlichen mit Körperbehinderung erschwerend der kaum zu erfüllende gesellschaftliche Druck hinzu, in der äußeren Erscheinung eher einem Idealbild gleichen zu müssen.

Positiv auf das Selbstbild der eigenen äußeren Attraktivität wirken sich geringe Erziehungsunsicherheiten der Eltern, das in der Kindheit erworbene Selbstbewusstsein sowie Familie und Freunde aus (vgl. ORTLAND 2008, 60-63).

Die Bewertungen und Reaktionen, die Menschen mit Behinderung von ihrer sozialen Umwelt erfahren, bestimmen also hauptsächlich ihre sexuelle Entwicklung und Sexualität.

**Sexualität erleben lernen:**

Durchschnittlich werden Jugendliche sowohl mit als auch ohne Körperbehinderung im Alter von 13 Jahren aufgeklärt, zu ersten sexuellen Erfahrung kommt es jedoch bei Jugendlichen mit Körperbehinderung wesentlich später, vor allem je früher der Zeitpunkt der körperlichen Schädigung zurückliegt.

Kommunikationsprobleme, Mobilitätserschwerisse, Stigmatisierungsprozesse innerhalb der Gesellschaft werden von KLASSER (1986) als Gründe für soziale Barrieren angegeben, die den Kontakt von körperbehinderten zu nicht behinderten Jugendlichen erschweren. Mangelnde Erfahrung im Umgang mit nicht behinderten Jugendlichen führt dazu, dass Jugendliche mit Körperbehinderung Schwierigkeiten haben, Körpersignale der Gesprächspartner richtig zu deuten und zu verstehen (vgl. ORTLAND 2008, 68).

Auf der anderen Seite bewirken die Unsicherheiten im Verhalten der „sexuellen Kommunikation“, der Flirtsprache, etc. eine Zurückhaltung von Jugendlichen ohne Körperbehinderung den körperbehinderten Jugendlichen gegenüber. Mehrfach wird von der Angst nicht behinderter Jugendlicher berichtet, potentielle behinderte Partner zu verletzen, bzw. sich schwerer wieder von ihnen trennen zu können.

Sexualität zwischen körperbehinderten und nicht behinderten Jugendlichen findet in der Pubertätsphase also nur unter erschwerten Bedingungen statt. Besonders belastet sind Jugendliche mit Funktionsstörungen im urogenitalen System (z. B. bei Querschnittslähmungen). Mit fortschreitendem Alter wird die eigene Sexualität jedoch von über der Hälfte der Frauen und ca. drei Viertel der Männer als zufriedenstellend und lustvoll beurteilt.

**Ablösung von den Eltern:**

Zum Entwickeln einer eigenen Sexualität gehört natürlich auch ein Ablösungsprozess von den Eltern. Dieses erfordert nicht nur eine geistige Distanzierung, sondern auch eine der körperlichen Art. Gerade dieses ist jedoch bei Jugendlichen mit körperlicher Behinderung schwierig, da die meisten in der Pflege oder in der Verrichtung alltäglicher Dinge auch im erwachsenen Alter noch auf die elterliche Hilfe angewiesen sind. Eine Reduzierung oder gar Ablehnung des Körperkontakts mit den Eltern ist ebenso unmöglich, wie ein Auflehnen dagegen oder ein Rückzug von ihnen. Geistige Entwicklungsverzögerungen sind oft die Folge, die in Diskrepanz zur meist „normalen“ körperlichen Entwicklung stehen.

Eltern reagieren auf die unvermeidliche Abhängigkeit *„über die Entsexualisierung ihres Kindes. Mit der Vorstellung eines 'großes Säuglings' ist es ihnen auch noch möglich, Jugendliche mit Körperbehinderung zu pflegen“* (KLASSER 1986 zit. nach ORTLAND 2008, 71).

### 5.2.3 Sexuelle Entwicklung bei Jugendlichen mit geistiger Behinderung

Menschen mit einer geistigen Behinderung haben im Gegensatz zu Menschen mit einer körperlichen Schädigung geringere Chancen, Gespräche zu lenken und können ihre Behinderung damit weniger kaschieren.

Das ist eine ungünstige Ausgangslage für eine erste Kontaktaufnahme, da geistige Behinderungen im Allgemeinen von der Gesellschaft deutlich negativer bewertet werden als körperliche Behinderungen (vgl. Kap. 4).

Auch wissenschaftlich widerlegte Vorurteile sind in der Gesellschaft stark verbreitet. Wie bereits in Kap. 4 aufgezeigt wurde, werden Menschen mit geistiger Behinderung unter anderem entweder Asexualität unterstellt oder starke Triebhaftigkeit. Ihnen gleiche Wünsche und Sehnsüchte zuzugestehen, wie nicht behinderten Menschen, ist durchaus keine Selbstverständlichkeit.

Menschen mit geistiger Behinderung verfügen im Allgemeinen über deutlich geringere und weniger differenzierte verbale Ausdrucksformen und sind daher auf die Unterstützung der Körpersprache angewiesen, was von nicht behinderten Menschen jedoch oft sexuell interpretiert wird und daher zu Distanzierungen führt.

Ebenso gibt es bei Menschen mit geistiger Behinderung häufig Entwicklungsverzögerungen, die auf die Umwelt befremdlich wirken. Dazu gehören beispielsweise das Interesse an den Genitalien des anderen Geschlechts, das bei nicht behinderten Menschen ins zweite bis dritte Lebensjahr fällt, und eher störend wirkt, wenn es bei Menschen mit geistiger Behinderung während der Schulzeit auftritt. Auch Schamlosigkeit, bedingt durch die Verzögerungen der Entwicklung des Schamgefühls, wirkt auf Betreuer und Umwelt eher irritierend.

Die körperliche Entwicklung, mit der die geistige Entwicklung nicht mithalten kann, überrascht die Jugendlichen oft, weil sie unfähig sind, die Veränderungen des Körpers kognitiv und emotional zu erfassen. Unzureichende oder gar fehlende Sexualerziehung führt zudem dazu, dass sie von Menarche oder Ejakularche überrascht werden, verunsichert oder geängstigt sind. Nach STÖPPLER/ALBEKE (2006) *„führt die Pubertät Jugendlicher mit geistiger Behinderung häufig in eine Identitätskrise und spätestens jetzt zu der für viele schmerzhaften Erkenntnis, dass sie behindert sind“* (STÖPPLER/ALBEKE zit. nach ORTLAND 77).

Unter Umständen erfahren geistig behinderte Jugendliche weitere wesentliche Entwicklungsstörungen, ähnlich wie Körperbehinderte, durch eine gestörte Eltern-Kind-Beziehung, die aus einer inneren Ablehnung oder Überbehütung der Eltern resultiert und *„den Aufbau der Geschlechterrolle ungünstig beeinflussen kann“* (Schmetz/Stöppler 2007 zit. nach ORTLAND 2008, 76).

Erste sexuelle Kontakte und Erfahrungen, auch Selbstbefriedigung, werden durch Einschränkungen oder intensive Betreuung erschwert, ebenso durch fehlende Intimsphäre in Mehrbettzimmern und Heimen oder durch das häufig auftretende Problem, dass Eltern und Betreuer sich in der Regel scheuen, Jugendliche anzuleiten, wenn diese sich die Erfahrungen nur unzulänglich selbst erschließen können.

Zumindest am Rande sollte auch die sexuelle Gewalt erwähnt werden, die männliche Jugendliche mit geistiger Behinderung zwar so gut wie gar nicht erleben, die bei weiblichen Jugendlichen jedoch nach wie vor ein Problem mit erschreckend hoher Dunkelziffer ist, und die auf die darauf folgende sexuelle Entwicklung der Jugendlichen sicherlich eine erhebliche Auswirkung hat.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass sich sowohl körper- als auch geistigbehinderte Jugendliche durch nicht behinderte Jugendliche mit Vorurteilen konfrontiert sehen, was die Kontaktaufnahme erheblich erschwert. Hinzu kommt, dass körperbehinderte Jugendliche z.B. durch Mobilitätsprobleme in der Regel weniger Möglichkeiten haben, Peers aufzusuchen. Geistige Behinderungen werden in der Gesellschaft stärker abgelehnt als körperliche, zudem sind Jugendliche mit geistigen Behinderungen weniger in der Lage ihr Handicap zu überspielen.

Jugendliche mit Behinderungen haben wenig bis keinen Kontakt zu nicht behinderten Jugendlichen. Die Einholung von Informationen über Sexualität und erste sexuelle Erfahrungen erfolgen oft mit deutlicher Zeitverzögerung.

Wenn also davon ausgegangen werden kann, dass die zwei Lebensorte Schule und Elternhaus die sexuelle Entwicklung des Kindes und Jugendlichen wesentlich beeinflussen, so wird es notwendig sein, diese beiden Systeme im Zusammenhang ihrer Einflussfaktoren auf die sexuelle Entwicklung genauer zu beleuchten.

## 6. Die Schule für Körperbehinderte als ein wichtiger Lebensort körperbehinderter Kinder und Jugendlicher

### 6.1 Die Schüler der Schule für Körperbehinderte

Trotz zunehmender Bemühungen, Menschen mit Körperbehinderung in die Regelschule zu integrieren (vgl. Ministerium für Kultus, Jugend und Sport 2004, 4), besucht gegenwärtig der überwiegende Teil der Kinder und Jugendlichen mit einer Körperbehinderung eine Schule für Körperbehinderte.

*„Der Erziehungs- und Bildungsauftrag der Schulen für Körperbehinderte bezieht sich auf alle Kinder und Jugendlichen mit einer Körperbehinderung, die zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit aufgrund ihrer individuellen Voraussetzungen auf sonderpädagogischen Unterricht angewiesen sind. Dies sind Kinder und Jugendliche mit schwersten Behinderungen mit einem elementaren Lernbedürfnis aber auch Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung, die einen Hauptschul- oder höheren Bildungsabschluss erreichen können“ (ebd., 5).*

Die Schülerschaft der Schule für Körperbehinderte ist somit sehr heterogen und bedarf eines Förderkonzeptes, das in Bezug auf „*Motorik, Perzeption, Kognition, Emotion, Kommunikation und Lernverhalten*“ (LEYENDECKER 2005, 155) dieser Heterogenität entspricht.

Dies hat zur Folge, dass die Schüler entsprechend ihren Bedürfnissen, Fähig- und Fertigkeiten entweder nach dem Bildungsplan der Schule für Geistigbehinderte, Lernbehinderte oder dem der Grundschule, Hauptschule, Realschule oder dem Gymnasium<sup>6</sup> unterrichtet werden.

Körperbehindertenschulen versuchen pädagogische und therapeutische Maßnahmen zu integrieren, was bedeutet, dass neben dem schulischen Lernen im engeren Sinne Bewegungsförderung, Selbstständigkeitserziehung, Entwickeln von Selbstvertrauen u. a. m. fester Bestandteil des Schulalltags sind.

Schulen für Körperbehinderte sind Ganztageschulen, an die oft auch ein Internat angegliedert ist. In diesem Fall handelt es sich meist um große Gebäudekomplexe, die in ihrer Gesamtheit nicht selten an eine kleine Welt in der großen erinnern. Den überwiegenden Teil ihrer Kindheit und Jugendzeit verbringen die Schüler somit in der Schule. Anders als Schüler der Regelschule, haben Schüler die die Schule für Körperbehinderte besuchen, oft wenig bis keine sozialen Kontakte außerhalb der Schule.

Die genannten Fakten haben somit für die meisten Schüler zur Folge, dass die Schule für Körperbehinderte einen für sie bedeutenden Lebensort darstellt.

---

<sup>6</sup> Nicht alle Schulen für Körperbehinderte unterrichten nach dem Bildungsplan der Realschule oder des Gymnasiums, vor allem dann nicht, wenn es sich um kleinere Schulen handelt.



Um die Schule für Körperbehinderte als einen Lebensort zu gestalten, der den individuellen Bedürfnissen und Interessen der Schüler gerecht wird, ist es notwendig, verschiedenste, für die Schüler relevanten Lebensbereiche in den Schulalltag zu integrieren.

Dazu gehört meiner Ansicht nach auch die Einbeziehung der Sexualität i. w. S.

Inwiefern Sexualität im Schulalltag bewusst oder unbewusst eine Rolle spielt, zeigt sich z. B. in der Pflegesituation oder auch in körpernahen Fördersituationen. Die Pflege und körpernahe Förderung ist ein wichtiger Bestandteil der Schule für Körperbehinderte und daher im Anschluss an dieses Kapitel genauer zu beleuchten.

Aber auch in anderen Zusammenhängen sollte das Thema Sexualität Berücksichtigung im Schulalltag finden und sich in einer - den Bedingungen körperbehinderter Kinder und Jugendlicher angemessenen Sexualerziehung widerspiegeln - auch diesbezüglich werde ich mich in diesem Kapitel äußern.

## **6.2 Sexualität als situativer Gegenstand des Unterrichts und Schulalltags**

In Anlehnung an HOPF (2002) nehme ich in meinen Ausführungen eine Unterscheidung zwischen der '*situativen*' und der '*intentionalen*' Sexualerziehung vor (vgl. ebd., 16-18).

Während die intentionale Sexualerziehung alle geplanten unterrichtlichen Inhalte umfasst, bedeutet die situative Sexualerziehung das Gegenteil, da sie aus der Situation heraus entsteht, und nicht im Vorhinein geplant wird. Sexualität ist in diesem Zusammenhang als beiläufig und den Schulalltag begleitend zu verstehen. Sie findet beispielsweise in Pausen-, Förder-, Pflege- und Unterrichtssituationen statt.

Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte beginnt demnach nicht erst dort, wo Sexualität explizit zum Thema gemacht wird, vielmehr ist sie Gegenstand des gesamten Schulalltags.

*„Da Sexualität und Erotik wesentliche Teile unseres Alltagslebens und untrennbar mit den uns umgebenden sozialen und kulturellen Phänomenen verbunden sind, können sie zu jeder Zeit, an jedem Ort, also auch im Schulunterricht beiläufig wirken“ (HOPF 2002, 17).*

Im Folgenden sollen zwei Bereiche aufgezeigt werden, die zum einen aus dem Schulalltag der Schule für Körperbehinderte nicht wegzudenken wären, und die zum anderen wichtige Bereiche darstellen, in welchen die situative Sexualerziehung unmittelbarer zum Tragen kommt: die Pflegesituation und die körpernahe Förderung.

### 6.2.1 Sexualität und Pflege an der Schule für Körperbehinderte

Viele Schüler an der Schule für Körperbehinderte sind auf Unterstützung im Bereich der Pflege angewiesen. Ihre Behinderung hat zur Folge, dass sie Hilfe beim Essen- und Trinken, beim An- und Auskleiden, bei Toilettengängen oder sonstiger Körper- und Intimpflege benötigen. Der Eingriff in ihre Intimsphäre stellt somit einen nicht unwesentlichen Teil ihres Lebensalltags dar.

Insbesondere bei intimen, urogenitalen Kontakten ist die Pflege nicht mehr losgelöst von sexuellen Elementen zu betrachten.

WEIDEMANN (1996) geht auf Basis psychoanalytischer Grundannahme davon aus, dass jeglicher Kontakt zu Pflegenden auch als ein sexuell gefärbter Kontakt zu sehen ist (vgl. KLEINEVERS 2004, 33).

An der Schule für Körperbehinderte ist die Pflege ein fester Bestandteil des Schulalltags. Das Thema „Pflege“ ist meist ein wichtiges, aber zugleich auch schwieriges Thema. Viele Schulen sind bemüht, die Pflegesituation für alle Beteiligten so angenehm wie möglich zu gestalten. Dennoch sind es Faktoren, wie die Personalbesetzung und damit verbunden deren Wechsel, die Zeit und die Räumlichkeiten, die dazu führen, dass vieles noch im Argen liegt.

Es ist nahe liegend, dass der häufige Eingriff in die Intimsphäre *„Auswirkungen auf das Erleben von Intimität, Schamgefühl und subjektives Wohlbefinden“* (ORTLAND 2008, 103) des behinderten Kindes/Jugendlichen hat, und zudem zu einem Gefühl der Entfremdung und Enteignung des eigenen Körpers führen kann.

Viele Schüler der Schule für Körperbehinderte haben zahlreiche Krankenhausaufenthalte hinter sich. Die Pflegesituation spitzt sich dort aufgrund der knapp bemessenen Zeit zur Pflege, die nur schwer zu achtende Intimsphäre sowie das ständig wechselnde Krankenhauspersonal noch zu.

Die Erfahrung der *„Enteignung des eigenen Körpers, der Nichtbestimmbarkeit und damit der fehlenden Verfügbarkeit über ihn“* (WEINWURM-KRAUSE 1997, 49 zit. nach ORTLAND 2008, 110) resultierend u. a. aus Pflegesituationen, ärztlichen und therapeutischen Eingriffen, müssen viele körperbehinderte Menschen machen.

Für das Erfahren der eigenen Sexualität, für die eigene Leiblichkeit und das Körpererleben ist die Entfremdung des eigenen Körpers sehr problematisch. WEINWURM-KRAUSE (1997) sieht in der Nichtbestimmbarkeit über den eigenen Körper auch eine Voraussetzung, leicht Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden (vgl. ORTLAND 2008, 110).

Aufgrund der fehlenden Intimsphäre wird vielen behinderten Kindern und Jugendlichen die Ausbildung des natürlichen Schamgefühls erschwert: „Wann ist es z. B. legitim, wann nicht,

Anderen gegenüber nackt zu sein?“ Vor allem für Kinder/Jugendliche mit geistiger Behinderung ist diese Frage oft nur schwer zu beantworten, erleben sie doch in ihrem Alltag, genauso wie Menschen mit einer Körperbehinderung, von klein auf keine oder wenig Intimität. Ab einem bestimmten Alter, mit Eintritt der Pubertät, wird es plötzlich als problematisch angesehen, wenn ein Schüler sich nicht an die gesellschaftlichen Normen und Werte hält, indem er beispielsweise ohne Badehose das Schwimmbad betritt. Die Umwelt des Kindes/Jugendlichen verlangt mit einem Mal, ein angepasstes Verhalten, ein Verhalten, das aus dem natürlichen Schamgefühl resultiert. Wie soll ein Kind/Jugendlicher, das/der nie die Möglichkeit hatte, dieses aufzubauen, sich dann in der Öffentlichkeit angemessen verhalten? Ich sehe darin einen Widerspruch und ein Problem, das auch mit der Pflege in engem Kontakt steht. Die Schule steht daher ebenso wie andere Institutionen in der Verantwortung, der Lösung dieses Problems mit einer angemessenen Pflegesituation zu begegnen.

In einer Befragung von ORTLAND (2005) haben drei Viertel aller befragten Lehrer Begegnungen mit sexualisiertem Verhalten in Pflegesituationen mit Schülern gemacht und sind sich der „Pflege-Problematik“ auch bewusst (vgl. ORTLAND 2005, 118). In Anbetracht dessen ist die Pflegesituation immer von zwei Seiten zu beleuchten: einerseits von der des Kindes/Jugendlichen mit Körperbehinderung, andererseits von der des Pflegenden. Während das körperbehinderte Kind/der Jugendliche versuchen muss, einen Weg zu finden, der es ihm ermöglicht, das eigene Schamgefühl, die Intimsphäre und die Sexualität in die Pflegesituation zu integrieren, muss der Pflegenden das Eingreifen in die Intimsphäre eines anderen Menschen mit seiner eigenen Sexualität vereinbaren können und in sein professionelles Handeln einbringen (vgl. ORTLAND 2008, 110).

Die Reflexion über die Pflegesituation an sich, aber auch über die eigene Position zu Sexualität und Pflege, stellt meiner Meinung nach eine wichtige Grundlage zur Entwicklung einer guten Pflegesituation dar.

KLEINEVERS (2004, 38) beschreibt ausführlich verschiedenste Faktoren, die seit Jahrzehnten zur Tabuisierung von Pflege und Sexualität beitragen. Dabei bezieht sie sich vorwiegend auf den Bereich der Krankenpflege. „Die Symbole Kleidung (Tracht, Haube, die Farbe Weiß, Schutzfunktion), die Anrede „Schwester“ und der Hygiene sind geeignet, das asexuelle Bild der Pflegenden damals wie heute äußerlich zu unterstützen“.

Auch wenn diese genannten Symbole nicht in der Schule zu finden sind (mit Ausnahme einiger Hygienemaßnahmen), ist es dennoch so, dass ein Großteil der Lehrer einer sexualisierten Pflege ablehnend gegenübersteht und versucht, entweder durch Eingreifen (z. B. Hände des Schülers wegschieben), durch Beendigung der Pflegesituation oder durch Ignorieren sexueller Handlungen den Schülern zu begegnen (vgl. ORTLAND 2005, 131).

Nachdem nun verschiedene (Problem-)Bereiche der Pflege offengelegt wurden, möchte ich versuchen, auch einige konkrete Chancen und Möglichkeiten zur Verbesserung der Pflegesituation aufzuzeigen.

Als eine grundlegende und wichtige Voraussetzung erachte ich neben der Reflexion des Pflegenden über die Pflegesituation, die Wahrnehmung der Pflege als eine „*sexualisierte Situation*“ (ORTLAND 2008, 111). Unter dieser Perspektive ergeben sich für mich folgende zu berücksichtigende Faktoren:

- Die Räumlichkeiten: diese bilden eine wichtige Grundlage für die Pflege und spielen somit in Anbetracht des Zeit-Faktors und auch im Anbetracht der Wahrung der Intimität eine entscheidende Rolle. Begrenzte Räumlichkeiten führen zu begrenzten zeitlichen Kapazitäten, denn wenn der nächste Schüler schon vor der Tür wartet, werden sowohl der Pflegenden als auch der zu Pflegenden unter Zeitdruck gesetzt.

Die Räumlichkeiten sollten die Wahrung der Intimität ermöglichen, denn sie sind die Basis, auf der in der Pflegesituation aufgebaut werden kann. Türen, die verschlossen werden können, sind hierzu unerlässlich. Das Abtrennen durch Vorhänge innerhalb eines Raumes, wie dies auch oft zu sehen ist, betrachte ich als problematisch.

- *Die Zeit:* eine für beide Seiten als angemessen empfundene Pflegesituation bedarf ausreichender Zeit. Zeit zum einen dafür, dem Schüler so viel Eigenaktivität wie möglich einzuräumen, um dem Gefühl der Enteignung des eigenen Körpers entgegenzuwirken und um die Selbstständigkeit zu fördern. Zum anderen dafür, dem Schüler Zeit einzuräumen, in der er alleine sein kann. Dabei denke ich z. B. an Toilettengänge, bei welchen der Pflegenden solange den Raum verlässt, bis der Schüler ihn wieder hereinbittet.

Die Pflegesituation ist ein wichtiger Bestandteil im Alltag eines körper- und teilweise auch geistigbehinderten Kindes oder Jugendlichen. Wieso sollte die Zeit also nicht genutzt werden, um Selbstständigkeit, Selbstbestimmung, Motorik und um das Sammeln wichtiger Körpererfahrungen zu ermöglichen?

- *Die Wahrung der Intimsphäre* des Kindes/Jugendlichen ist eine weitere wichtige Grundlage der Pflege. Sie kann meiner Meinung nach, neben dem Aufbau des Selbstbewusstseins, wesentlich dazu beitragen, die Ausbildung des natürlichen Schamgefühls zu unterstützen, indem neben dem äußeren Rahmen (Schließen der Tür, zeitweises Verlassen des Raumes) auch auf die emotionalen Befindlichkeiten des Schülers eingegangen wird.

Mit Schülern, die die Möglichkeit haben, über ihre Pflegesituation zu reflektieren und sich darüber auszutauschen (damit meine ich nicht nur die Möglichkeit des verbalen

Austauschs), ist es wichtig, das Thema anzusprechen, um ihnen die Mitgestaltung der Pflegesituation zu ermöglichen.

Eine wesentliche Grundlage zur Wahrung der Intimsphäre stellt die *gleichgeschlechtliche Pflege* dar, indem Pflegende(r) und Kind/Jugendlicher gleichen Geschlechts sein sollten. Ebenso ist diesbezüglich ein häufiger *Wechsel der Pflegenden zu vermeiden*, da neben der Situation, immer wieder einer fremden Person Einblick in die eigene Intimsphäre gewähren zu müssen, auch ein erneutes Einstellen auf eine fremde Person und ihre Pflegetechniken verbunden ist. Daher sollten z. B. Praktikanten, die nur kurze Zeit an der Schule sind, nicht in die Pflege integriert werden.

Bei den aufgezeigten Aspekten handelt es sich um eine künstliche Aufteilung der pflegerischen Grundlagen, die in der Praxis so nicht voneinander zu trennen sind. Sie stellen im Prinzip keine unmöglichen Herausforderungen oder Vorschläge dar, sind aber leider immer noch zu selten in dieser Form im Schulalltag aufzufinden. Die häufigsten Gründe hierfür sind - wie bereits zu Beginn erwähnt - Personal- und Raummangel, womit alle weiteren genannten Ziele in Mitleidenschaft gezogen werden.

Dennoch bin ich überzeugt davon, auch weil ich es schon an der Schule für Körperbehinderte erlebt habe, dass die Pflegesituation den oben beschriebenen Prinzipien entsprechen oder zumindest sehr nahe kommen kann.

Es ist meiner Meinung nach erforderlich, dass Fortbildungen zum Bereich Sexualität und Pflege fester Bestandteil an der Schule für Körperbehinderte werden. Die tendenziell ablehnende Haltung der Lehrer und Pflegekräfte gegenüber dieser Thematik könnte dadurch vermutlich zunehmend aufgehoben werden und so zu einer Verbesserung der Pflegesituation führen.

### **6.2.2 Sexualität und körpernahe Förderung**

Im Schulalltag eines körperbehinderten Kindes ist Körpernähe ein nicht zu vermeidender, aber auch wichtiger Bestandteil. Neben der Pflegesituation ist sie vor allem bei verschiedensten Hilfestellungen notwendig, wie beispielsweise beim Verlassen des Rollstuhls, bei der Unterstützung der Armmotorik o. ä., zum anderen ist Körpernähe vor allem in Bezug auf Kinder und Jugendliche mit schwerster Behinderung ein wichtiger Bestandteil mancher Förderansätze, wie z. B. in der basalen Stimulation oder basalen Kommunikation. Diese beiden, oft an der Schule für Körperbehinderte vertretenen Ansätze, sollen daher herausgegriffen werden und im Folgenden kurz beschrieben werden.

Die basale Stimulation hat zum Ziel, durch „*einfachste, gewissermaßen „voraussetzungslose“ sensorische Angebote (...) dem betreffenden Menschen zu helfen, sich selbst und den*

eigenen Körper zu entdecken. (...) Durch Basale Stimulation wird versucht, die gesamte Wahrnehmung des betreffenden Menschen anzuregen“ (FRÖHLICH 2003, 178 -179).

Ähnlich ist dies auch bei der basalen Kommunikation, die versucht, auf die verschiedensten beobachtbaren Verhaltensaspekte des Menschen einzugehen. Dabei werden die kommunikativen Aspekte des Gegenübers aufgegriffen, gespiegelt, variiert oder mit ähnlichen Verhaltensweisen beantwortet, analog der intuitiven Kommunikation mit einem Säugling (vgl. MALL 2007, 37).

Der Vergleich eines Menschen mit schwerster Behinderung mit einem Säugling mag zwar zur Beschreibung der Art und Weise der Kommunikationsform hilfreich sein, birgt allerdings die große Gefahr in sich, Kinder und Jugendliche mit schwerster Behinderung zu Säuglingen zu machen, denen dadurch auch jegliche Sexualität abgesprochen wird.

Der Aspekt der Sexualität ist in diesen körpernahen Fördersituationen jedoch unmittelbar vorhanden. Nicht ohne Grund wird die basale Stimulation auch im Bereich der Sexualerziehung bei Kindern und Jugendlichen mit schwerster Behinderung als sinnvoll erachtet (vgl. ORTLAND 2008, 130).

Auch LAUBENSTEIN (2006, 208f) sieht die engen Zusammenhänge zwischen körpernaher Förderung und Sexualität:

*„Aspekte der Identität, der Körper- oder Leiblichkeit, des Kontakts, der Beziehung, der Nähe und damit der Kommunikation im weitesten Sinne stellen sich (...) als zentrale Momente des Konzepts der Basalen Stimulation und seiner Anwendung dar. Diese Aspekte betreffen unmittelbar den Bereich der Sexualität.“*

Im Schulalltag wird diese Tatsache allerdings oft verkannt oder bewusst abgelehnt, wie ORTLAND (2005) aufgrund ihrer Befragung von Lehrerinnen der Schule für Körperbehinderte bezüglich der Situation körpernaher Förderung herausfinden konnte.

Im Durchschnitt sind an der körpernahen Förderung eines Schülers im Laufe eines Schuljahrs drei Personen beteiligt. Nur 49% der Lehrerinnen sind der Meinung, dass gleichgeschlechtliche Förderung wichtig sei. Davon konnten aber nur knapp über 9% eine solche gewährleisten.

51% der Lehrerinnen geben an, dass sie mit deutlich sexualisiertem Verhalten der Schüler während der Fördersituationen konfrontiert wurden. 30% der Lehrerinnen haben sich dazu entschieden, den Schülern die Möglichkeit zu bieten, eigene sexuelle Erfahrungen zu machen, indem sie ihnen Zeit gegeben haben und sich - soweit möglich - zurückgezogen haben.

Von 51% wurde die Fördersituation beendet, 49% ignorierten die sexuelle Handlung.

Tendenziell kann festgehalten werden, dass von Lehrern sexuelles Verhalten ihrer Schüler eher abgelehnt wird (vgl. 125f).

In Anbetracht dessen ist es umso wichtiger, ein Bewusstsein bei den Lehren, Therapeuten und weiteren, mit den Kindern und Jugendlichen im Kontakt stehenden Personen, zu wecken.

Da körpernahe Förderung durch die Klassenstufen hinweg Anwendung findet, sollte sie auch dem Alter der Schüler angepasst werden. Das heißt, dass spätestens mit Eintritt der Pubertät die körpernahe Förderung auf Basis der Gleichgeschlechtlichkeit beruhen sollte, denn auch hier kommt der Aspekt der Achtung der Intimsphäre und die Ausbildung eines gesunden Schamgefühls zum Tragen.

Ebenso sollte ein wichtiger Grundsatz körpernaher Förderung darin bestehen, dass zum einen nur Pädagogen und Therapeuten die körpernahe Förderung übernehmen, die den Schüler kennen, seine ganz individuellen Formen der Kommunikation verstehen, um zu erkennen, welche Berührungen und Bewegungen ihm angenehm sind und welche nicht. Dies hat zur Folge, dass z. B. Praktikanten, die noch keinen oder wenig Zugang zu einem Schülern haben, als Kontaktperson für die körpernahe Förderung wenig förderlich sind, denn für den Aufbau des Selbstwertgefühls und eines positiven Körpergefühls des Schülers ist es meiner Meinung nach unerlässlich, die Äußerungen des Kindes/Jugendlichen (weitestgehend) zu verstehen.

Gemäß dem Grundsatz: „*Man kann nicht nicht kommunizieren*“ (WATZLAWICK u. a. 1996, 53) wage ich zu behaupten, dass es auch bei Schülern mit schwerster Behinderung möglich ist, ihre Äußerungen, sei es durch Laute, Mimik, Gestik oder über den Muskeltonus zu deuten.

Wie auch in der Pflege gehören immer zwei Menschen zu einer gelungenen Fördersituation, so auch in der körpernahen Förderung. Es ist daher auch notwendig, nicht nur das Kind/den Jugendlichen ins Blickfeld zu nehmen (wenngleich das Kind/der Jugendliche im Zentrum stehen sollte, aufgrund der bestehenden Abhängigkeitsverhältnisse), sondern auch danach zu schauen, was für den Lehrer oder Therapeuten an Körpernähe erträglich ist. Es sollte von der Schulleitung akzeptiert werden, wenn ein Lehrer/Therapeut einen intensiven Körperkontakt nicht oder nur schwer erträgt. Einen Lehrer mehr oder weniger dazu zu zwingen, körpernahe Förderung zu machen, führt meiner Ansicht nach auf beiden Seiten zu einer unbefriedigten und sicherlich nicht der Förderung dienlichen Situation.

### **6.3 Sexualität als intentionaler Gegenstand des Unterrichts und Schulalltags**

Die intentionale Sexualerziehung umfasst aufgrund ihrer Planbarkeit klare Ziele, Aufgaben und Inhalte. Dennoch fließen immer auch Bereiche situativer Sexualerziehung ein. Es handelt sich also um eine künstliche Trennung meinerseits. Die Absicht der Trennung liegt

darin, sowohl der in der Praxis oft vernachlässigten situativen als auch der intentionalen Sexualerziehung gleiches Gewicht beizumessen.

### 6.3.1 Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte

Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte, steht sie nur für sich, bleiben also das Elternhaus sowie weitere Lebensbereiche des Kindes/Jugendlichen außen vor, so ist sie zwar besser als nichts, doch ist sie auch in Hinsicht auf die sexuelle Entwicklung des Kindes/Jugendlichen nicht zufriedenstellend.

Ziele, Inhalte und Aufgaben, die daher nur die schulische Sexualerziehung im Blickfeld haben, sind einseitig und weniger förderlich im Hinblick auf eine Sexualerziehung, die auf die individuellen Lebensumstände des Schülers eingehen sollte.

Dennoch wird, auch auf die Gefahr einer vereinfachten Sichtweise hin, im Folgenden vorwiegend auf die schulische Sexualerziehung eingegangen. Dabei können allerdings viele der genannten Ziele und Aufgaben auch auf die elterliche Sexualerziehung übertragen werden.

Bevor allerdings konkret auf Ziele und Inhalte schulischer Sexualerziehung eingegangen wird, soll das der Arbeit zugrunde liegende Verständnis von Sexualerziehung vorweg gehen.

#### 6.3.1.1 Begriffsklärung „Sexualerziehung“

*„Mit der Bezeichnung 'Sexualerziehung' wird in der Regel das gesamte Feld der bewußten, gezielten und geplanten Förderung der menschlichen Sexualität auf allen Altersstufen angesprochen, das sich zudem als ein Teilbereich neben anderen der gesamterzieherischen Bemühungen versteht. (...) Alle Aspekte, die über den intentionalen Charakter (...) hinausgehen, verweisen auf den weiteren Begriff (...) der sexuellen Sozialisation (Sexualisation)“ (KLUGE 1984, 9, zit. nach WALTER/HOYLER-HERRMANN 1987, 264).*

Nach SIELERT (2005, 15) meint Sexualerziehung eine *„kontinuierliche, intendierte Einflussnahme auf die Entwicklung sexueller Motivationen, Ausdrucks- und Verhaltensformen sowie von Einstellungs- und Sinnaspekten der Sexualität von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen.“*

In beiden Definitionen wird Sexualerziehung als wichtiger Bestandteil der gesamten Entwicklung eines Menschen angesehen, der sich durch alle Altersstufen zieht. Ebenso wird Sexualerziehung als eine intentionale Beeinflussung bzw. Förderung verstanden.

HOPF (2002, 16-18) ergänzt in seinem Verständnis der Sexualerziehung, wie bereits an früherer Stelle aufgezeigt und von mir aufgegriffen, die intentionale Dimensionen der



Sexualerziehung durch die situative.

Die Begrifflichkeiten Sexualerziehung und Sexualpädagogik werden in der Literatur oft synonym verwendet.

Streng genommen stellt die Sexualerziehung allerdings nur einen Teilbereich der Sexualpädagogik dar, denn „*Sexualpädagogik bedeutet Theorie, Lehre und Erforschung der Sexualerziehung*“ (KLUGE zit. nach WALTER/HOYLER-HERMANN 1987, 247).

Die in der Fachliteratur des Weiteren verwendete Begrifflichkeiten wie „Geschlechtererziehung“, „Geschlechtererziehung“, „Partnerschaftserziehung“ und „Sexualaufklärung“ (vgl. WALTER/ HOYLER-HERRMANN 1987, 245) stellen immer nur einen kleinen Bereich der Sexualerziehung dar und sollen daher auch im Unterricht als Bausteine der Sexualerziehung angesehen werden.

### **6.3.1.2 Der Arbeit zugrunde liegendes Verständnis von Sexualerziehung- die sexualfreundliche Sexualerziehung nach ORTLAND**

Der Begriff „sexualfreundliche Sexualerziehung“ wurde erstmals durch GLÜCK (1998) geprägt und impliziert unter anderem das in Kapitel 2.3 dargestellte Verständnis von Sexualität, indem alle Sinnaspekte einbezogen werden, und neben der Anerkennung der Kinder- und Jugendsexualität auch Homosexualität und Selbstbefriedigung akzeptiert werden. Traditionellen Geschlechterrollen, werden sie unreflektiert übernommen, wird eine ablehnende Haltung entgegengebracht.

Die sexualfreundliche Sexualerziehung basiert in Anlehnung an ORTLAND auf dem Verständnis, dass jeder Mensch - unabhängig von Behinderung - grundsätzlich über eine sexuelle Lebensenergie verfügt und zu einer sexuell befriedigenden Form finden kann, vorausgesetzt, ihm wird sexuelles Erleben ermöglicht.

Diese Annahme verdeutlicht und setzt gleichzeitig voraus, dass Sexualität als vielfältig und individuell verschieden betrachtet und anerkannt werden kann und sollte.

*„Es wird davon ausgegangen, dass es kein 'richtiges' Sexualverhalten gibt, sondern dass jeder Mensch sein für sich und sein Leben 'passendes' Sexualverhalten, dass seine Grenzen bei den Persönlichkeitsrechten der Anderen hat, finden muss. Dies geschieht durch eigene Erfahrungen, und- im Rahmen der eigenen kognitiven Möglichkeiten- deren Bewertung und Reflexion“ (ORTLAND 2005, 60-70).*

Die Anerkennung der sexuellen Selbstverwirklichung gilt somit für jeden Menschen, wengleich Menschen mit Behinderung meist mehr Unterstützung bei diesem Prozess benötigen.

Aus dieser Annahme lassen sich die im anschließenden Kapitel genannten Ziele, Aufgaben

und Grundlagen zur Sexualerziehung ableiten.

Zuvor soll jedoch noch auf das von ORTLAND (2008, 93) erwähnte, auf der sexualfreundlichen Sexualerziehung basierende und noch in der Erprobungsphase befindliche Konzept „Kompetente, integrierende Sexualpädagogik“ (KiS) eingegangen werden, da sich auch hieraus interessante und wichtige Schlussfolgerungen für die Sexualerziehung ergeben. Das Konzept ist aus den möglichen Besonderheiten der sexuellen Entwicklung körperlich- und geistig behinderter Kinder und Jugendlicher sowie der Situation von Eltern behinderter Kinder und auch aufgrund einer Lehrerbefragung (vgl. ORTLAND 2005) entstanden. Schüler, Eltern und Lehrer sind gleichermaßen integriert, wodurch eine gemeinsame Kooperation aller grundlegend ist. Sexualerziehung wird somit nicht nur auf die Schule reduziert, sondern schließt die häusliche Sexualerziehung und andere externe Kooperationspartner, wie beispielsweise Beratungsstellen, mit ein:

*„Der Ansatz der 'Kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik' (KiS) verfolgt damit als Gesamtziel die Kooperation von Eltern und Lehrern und ggf. externen Beratungsstellen unter Kompetenzerweiterung aller Beteiligten mit dem Resultat einer förderlichen Sexualerziehung, die die Wünsche, Bedürfnisse und die Lebenssituation der Schüler berücksichtigt und in einem schulinternen Gesamtkonzept mündet“ (ORTLAND 2008, 94).*

### **6.3.1.3 Grundlagen, Aufgaben und Ziele schulischer Sexualerziehung**

Ein Großteil der (Fach-)Literatur, die sich mit den Themen Sexualität und/oder Behinderung auseinandersetzt, lässt Schlussfolgerungen auf mögliche Ziele schulischer Sexualerziehung zu. Diese Fülle an Zielen erfordert zunächst die eigene Auseinandersetzung mit der Thematik, um darüber entscheiden zu können, ob und welche Ziele und damit verbunden Grundlagen und Aufgaben für die Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte sinnvoll sind.

Gerade in diesem ersten Schritt, in der Auseinandersetzung mit der Thematik und der eigenen sexuellen Identität sowie der daraus resultierenden Einstellung gegenüber der Sexualität behinderter Menschen, liegt der Ausgangspunkt professioneller Sexualerziehung (vgl. KLUGE 1998, 216, ORTLAND 2005, 48-50).

Es wird an dieser Stelle nur zu deutlich, wie eng die Ziele und Aufgaben der schulischen Sexualerziehung mit den Einstellungen der Lehrer korrelieren.

Nicht nur in Bezug auf die ausgewählten Ziele von unterrichtlichen Inhalten zur Sexualerziehung, sondern auch bezüglich erfolgter Reaktionen der Lehrer auf sexuelle Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen hat die persönliche Einstellung des Lehrers bedeutsame Auswirkungen auf die (sexuelle) Entwicklung der Schüler, wie WEINWURM-KRAUSE (1990, 187) in folgender Aussage verdeutlicht:

*„Eine freie, positive Sexualerziehung bewirkt beim Probanden eine positive und freie Einstellung zu Sexualität. Diese wiederum beeinflusst die Partnerschaftsmöglichkeiten sowohl quantitativ als auch qualitativ positiv und lässt die Bedeutung der Behinderung in den Hintergrund treten.“*

Allen Zielen voran scheint mir eines ganz besonderes wichtig: die Förderung sexueller Selbstbestimmung<sup>7</sup> (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher. Im Grunde genommen schließt dieses Ziel weitere Ziele mit ein, die in ihrer Gesamtheit zum Erreichen sexueller Selbstbestimmung beitragen.

Um das Ziel der Förderung sexueller Selbstbestimmung etwas transparenter zu machen, möchte ich die von WALTER (2004, 20f) genannten Bereiche sexueller Selbstbestimmung aufzeigen. Unter sexueller Selbstbestimmung versteht WALTER:

- *„Das Recht auf individuelles Sexualerleben und die Intimsphäre“*
- *„Das Recht auf physische und psychische Unversehrtheit- Schutz vor sexuellen Übergriffen“*
- *„Das Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung“*
- *„Das Recht auf Sexualassistenz“*
- *„Das Recht auf eigene Kinder“*
- *„Das Recht auf Eigensinn“*

Setzt man die von WALTER genannten Rechte des Menschen mit Behinderung voraus, so lassen diese Konsequenzen für die Ziele und damit verbundenen Aufgaben der Sexualerziehung zu.

Ziele, die sich aus dem *„Recht auf individuelles Sexualerleben und die Intimsphäre“* ableiten lassen, betreffen vorwiegend die Pflege- und Fördersituation körpernaher Förderung, wofür bereits Ziele und Aufgaben formuliert wurden. Aber auch die Pausensituation ist an der Schule für Körperbehinderte eine besondere. Während in der Regelschule auf dem Pausenhof händchenhaltende und sich küssende Teenies keine Seltenheit sind, sind solche Bilder auf dem Pausenhof der Schule für Körperbehinderte seltener. Da die Schüler der Schule für Körperbehinderte eigentlich mehr oder weniger den ganzen Schultag unter Beaufsichtigung stehen, es ihnen nicht so leicht wie ihren Altersgenossen möglich ist, sich unbemerkt in ein gemütliches Eckchen zu verziehen, wird ihnen hier eine zusätzliche Hürde aufgestellt, die – und darin sehe ich das Ziel- möglichst niedrig gehalten werden sollte. Das heißt, dass die Schule den Schülern, bei denen es die Behinderung zulässt, Raum und Zeit im Schultag zugestehen sollte, in denen sie ohne Aufsichtsperson sein können.

*Das „Recht auf physische und psychische Unversehrtheit- Schutz vor sexuellen Übergriffen“*

<sup>7</sup> Selbstbestimmung ist immer relativ zu betrachten, da sie sich nach den Fähig- und Fertigkeiten des einzelnen Schülers richtet. Während für den einen Schüler sexuelle Selbstbestimmung darin besteht, die schulische Pflegesituation nach seinen Möglichkeiten mitzugestalten, seine Kleidung selbst (evtl. durch Zeigen) auszusuchen, trägt für einen anderen Schüler das Aufzeigen von Kontaktmöglichkeiten und das Mobilitätstraining entscheidend zur sexuellen Selbstbestimmung bei.

gewinnt in der Gegenwart zunehmend an Bedeutung. Gerade behinderte Kinder und Jugendlichen werden häufiger als nicht behinderte Kinder und Jugendliche Opfer sexueller Gewalttaten - auch in der Schule. Hier wäre es Ziel und Aufgabe, auch wenn dieses bei weitem kein Garant für die Verhinderung sexuellen Missbrauchs ist, auf gleichgeschlechtliche Pflege zu achten, Pflegesituationen für den Schüler transparent zu machen und was - wohlmöglich viel wichtiger ist - die Schüler darin zu stärken, ihre Grenzen deutlich zu machen. Die Thematisierung sexuellen Missbrauchs erachte ich als unbedingt erforderlich.

Das Ziel und die Aufgabe der Schule, den Schüler in seiner sexuellen Entwicklung zu unterstützen, ihn aufzuklären und ihm individuelle Möglichkeiten aufzuzeigen, leitet sich aus dem „*Recht auf Sexualpädagogik und Sexualberatung*“ ab. Da Sexualberatung meiner Ansicht nach auch in die Hände von Experten gehört, ist ein wichtiges und noch viel zu selten gesetztes Ziel der Sexualerziehung, die Kooperation mit Beratungsstellen.

Ein weiteres Ziel lässt sich aus dem „*Recht auf Sexualassistenz*“ ableiten. Sexualassistenz ist sicherlich ein wichtiger Beitrag für eine selbstbestimmte Sexualität (körper-)behinderter Menschen. Sie bietet ihnen die Möglichkeit, sexuelle Bedürfnisse auszuleben, indem entweder im Sinne passiver Assistenz der behinderte Mensch beratende Unterstützung erfährt in Bezug auf mögliche Hilfsmittel oder womöglich bestimmte Stellungen, oder indem in der aktiven Assistenz der Assistenzgeber an der sexuellen Situation des Assistenznehmers beteiligt ist (vgl. WALTER 2004, 20). Neben dem Ziel, die Schüler über diese Form der Sexualität zu informieren, sollte es immer auch Aufgabe sein, über die möglichen Probleme der Assistenznehmer zu diskutieren. Es sind sicherlich Chancen, die die Sexualassistenz mit sich bringt, allerdings gibt es auch Probleme, die mit ihr einhergehen können. Ich sehe das Hauptproblem der Sexualassistenz darin, dass sich hinter den sexuellen Bedürfnissen von Menschen (mit Behinderung) oft auch der Wunsch nach Partnerschaft verbirgt und Sexualassistenz hier nicht zu einer sexuell befriedigenden Lösung beitragen kann.

VERNALDI (2001, 50), selbst körperbehindert, macht dies in folgender Aussage deutlich:

*„Die meisten Defizite im Bereich Behinderung und Sexualität lassen sich (...) in Richtung Beziehung feststellen. Die Sehnsucht nach Partnerschaft ist sehr groß.“*

Ein weiteres Ziel resultiert aus dem „*Recht auf eigene Kinder*“, das die Thematisierung von Partnerschaft und Elternschaft behinderter Menschen zum Gegenstand haben sollte.

Sexuelle Selbstbestimmung eines Menschen liegt auch darin, ihm das „*Recht auf Eigensinn*“ zuzugestehen, soweit dieses nicht die Persönlichkeitsrechte des anderen verletzt. Aufgabe in der Sexualerziehung ist es somit, auf die individuellen Bedürfnisse des Schülers einzugehen, aber auch in diesem Zusammenhang „*sexuelle Verhaltensregeln zu vermitteln (z. B. nicht*

jeden umarmen)“ (ORTLAND 2008, 107), die meiner Meinung nach auch unerlässlich in der Sexualerziehung sind.

Es wurden nun einige Ziele schulischer Sexualerziehung genannt, die bei weitem nicht den Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Ziele und Aufgaben müssen sich immer auch nach den individuellen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Schüler richten und erwachsen nicht selten erst aus der Interaktion mit ihnen.

Dennoch ist es wichtig, auf der Schulebene ein Konzept zu entwickeln, das mit dem Ziel, den Schülern eine selbstbestimmte, selbstverwirklichende und - soweit möglich - selbstverantwortliche Sexualität zu ermöglichen, Ziele und Anhaltspunkte für alle an der Sexualerziehung Beteiligten formuliert.

Das Konzept der „kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik“ (KiS), wie es ORTLAND vorstellt, kommt meines Erachtens der Forderung nach selbstbestimmter Sexualität sehr nahe.

Es wird davon ausgegangen, dass die Umsetzung der genannten Ziele nur dann gelingen kann, wenn sowohl auf Lehrer- als auch auf Elternseite eine Erweiterung des Wissens erfolgt, die die möglichen Besonderheiten der Sexualität und sexuellen Entwicklung des behinderten Kindes berücksichtigt. Daher ist die Kompetenzerweiterung auf beiden Seiten ein wichtiger Bestandteil des Konzepts, die auch durch die Einbeziehung und die Kooperation mit „Experten“ und Beratungsstellen erreicht wird.

Außerdem sieht die KiS neben dem Entwurf eines Spiralcurriculums die Entwicklung eines schulinternen sexualpädagogischen Gesamtkonzepts vor (vgl. ORTLAND 2008, 94).

Im Spiralcurriculum sollten neben den landesspezifisch verpflichtenden und optionalen Richtlinieninhalten, die für alle Schularten gelten, die besondere Lebenssituation der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung berücksichtigt werden und durch behinderungsspezifische Inhalte ergänzt werden (vgl. ebd., 96).

Die von ORTLAND vorgestellten Themenbereiche sind sehr vielfältig und beziehen sich auf ein umfassendes Verständnis von Sexualität, wodurch neben Themen wie „Sexualität und Körper“, „Beziehungen und Sexualität“ „Empfängnisverhütung“ auch thematische Inhalte wie Identität/Selbstfindung, Selbstständigkeit/Mobilitätserweiterung, Freizeit/Kontaktaufnahme etc. einbezogen werden (vgl. ORTLAND 2008, 97-102).

Basierend auf der Annahme ORTLANDS (2005; 2008), dass es für jeden Menschen ein für seine Person stimmiges Sexualverhalten gibt, ist es Ziel und Aufgabe der Sexualerziehung, alle Schüler darin zu unterstützen, „ (...) die Grundlagen für ein zu ihnen 'passendes' Sexualverhalten zu finden, das sie subjektiv als befriedigend erleben“ (ORTLAND 2008, 92). Im Rahmen der jeweiligen individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse der Schüler ist es

daher Aufgabe der Schule, jeden Schüler bei diesem Prozess zu unterstützen und Grundlagen für ein weitestgehend selbstbestimmtes, selbstverwirklichendes und selbstverantwortliches Handeln gemeinsam mit dem Schüler zu erarbeiten, ihm dieses zu vermitteln und zu ermöglichen.

Dabei ist das Kind/der Jugendliche im Sinne der sexualpädagogischen Begleitung nach KLUGE (1998) als ein gleichberechtigter und ernstzunehmender Partner anzusehen, dessen Kompetenzen und Rechte in der Sexualerziehung zu berücksichtigen sind.

Eine gelingende sexualpädagogische Interaktion zwischen Erwachsenem und Kind/Jugendlichem erfordert neben emotionalen, sozialen, sachlichen Aspekten auch *„zwischenmenschliche, kommunikative und kooperative Teilaspekte des Beziehungsverhältnisses von Erwachsenen und Heranwachsenden (...)“* (KLUGE 1998, 215).

Für eine gelingende Interaktion und wechselseitige Akzeptanz ist es ebenso von Bedeutung, die Subjektivität in der Wahrnehmung von Wirklichkeit anzuerkennen, also die Tatsache, dass es keine an sich existierende Realität gibt (vgl. ORTLAND 2005; 2006; 2008).

Die Schüler sollen darin gestärkt werden, Zutrauen in die eigenen Gedanken und Gefühle zu bekommen, und darin unterstützt werden, diese zu äußern und sich gegen gesellschaftliche Werte und Normen zu behaupten. Damit verbunden ist die Unterstützung kommunikativer Kompetenzen.

Wie wichtig die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Werten und Normen ist, zeigt folgendes Resultat einer Fragebogenerhebung von WEINWURM-KRAUSE (1990, 203):

*„Je intensiver allgemeine gesellschaftliche Bewertungen internalisiert werden, desto mehr reduzieren sich die Möglichkeiten, eine befriedigende Partnerschaft zu gestalten; individuelle Bedeutungsmuster können sich kaum entwickeln.“*

Die Auseinandersetzung mit der Sexualität, die Reflexion gesellschaftlicher Normen und Werte sowie die eigene Einstellung zur Sexualität ist, wie zu Beginn des Kapitels erwähnt, nicht nur für die Schüler von großer Relevanz, sondern betrifft alle an der Sexualerziehung Beteiligten (vgl. ORTLAND 2005, 60-61; ebd., 2008, 92).

Die nun aufgeführte Fülle an Zielen, Aufgaben, Inhalten und Grundlagen schulischer Sexualerziehung erfordern in einer ebenso, wenn nicht noch größeren Fülle konkrete methodisch-didaktische Möglichkeiten der unterrichtlichen Umsetzung.

Auch wenn ich im Rahmen dieser Arbeit auf weitere methodisch-didaktische Ausführungen verzichten werde, möchte ich abschließend noch folgende Äußerung SIELERTS (1993, 106) festhalten:

*„Bei allem ist Menschennähe wichtiger als ethisch reine Konzepte. Fehler, Irrwege,*

*Sackgassen müssen Jugendlichen zugestanden werden. Das können Pädagogen und Pädagoginnen nur, wenn sie ihre eigene Lebensrealität annehmen, eigene Vereinseitigungen akzeptieren, sich Sackgassen und Irrwege verzeihen können.“*

An den verschiedensten Stellen dieser Arbeit wurde deutlich, dass Eltern in Bezug auf die Sexualerziehung oder sexuelle Entwicklung ihres Kindes in vielerlei Hinsicht entscheidenden Einfluss, sei es bewusst oder unbewusst, ausüben. Dabei wurden zumeist die Auswirkungen auf das Kind oder den Jugendlichen aufgezeigt, nicht jedoch näher auf die Situation der Eltern eingegangen.

Im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule ist es bedeutsam, die Eltern der Kinder und Jugendlichen besser verstehen zu lernen. Aus diesem Grund möchte ich im folgenden Kapitel den Versuch unternehmen, die Situation der Eltern an wesentlichen und verallgemeinerten Aspekten darzustellen.

## 7. Die Eltern der Schule für Körperbehinderte

### 7.1 Besondere Ausgangsbedingungen und Herausforderungen für Eltern behinderter Kinder

#### 7.1.1 Der Abschied vom Wunschkind

wunschkind

da	und bist
bist du	nun so
nun also	
	wie ich
das kind	es mir
das ich mir	niemals
gewünscht hatte	wünschte

(ZACHMANN, 1999, S.12)

Die Geburt eines behinderten Kindes führt zu gänzlich anderen Ausgangsbedingungen (unter Voraussetzung der Diagnoseeröffnung oder einer sichtbaren Behinderung) der elterlichen Aufgabe, als dies bei Eltern nach der Geburt eines nicht behinderten Kindes gegeben ist.

Mit der Erkenntnis, ein behindertes Kind zu haben, wird bei vielen Eltern zunächst eine Schockreaktion ausgelöst. Der Verlust des „idealen“ Kindes, des „Wunschkindes“, den sie durch das behinderte Kind erleben, ist oft durch ambivalente Gefühle, wie Zuneigung und Hoffnung, aber auch Enttäuschung, Wut, Hass und manchmal auch Todeswünsche dem Kind gegenüber gekennzeichnet (vgl. WILKEN/JELTSCH-SCHUDEL 2003, 44):

*„Ich möchte toben, schreien, wenigstens weinen können, aber ich liege da wie gelähmt, und in meinem Hirn ... hämmert es: Möge dieses Kind doch sterben, bitte, bitte, bitte, es soll sterben ... So ein geschädigtes Kind wollte ich nicht haben, nein, nein und nochmals nein. Aus dem Wunschkind wird ein unerwünschter Sohn, den ich am liebsten nie sehen würde“ (DREYER 1998, 13 zit. nach FINGER 2000, 65).*

Solche negativ behafteten Gefühle lösen wiederum, vorwiegend bei Müttern, Schuldgefühle aus, da diese ihrem mütterlichen Selbstverständnis, der bedingungslosen mütterlichen Liebe entgegenstehen. In diesem Zusammenhang wird auch oft von dem gesellschaftlich und kulturell geprägten „Annahme Postulat“ (WEISS/NEUHÄUSER/SOHN 2004, 137) gesprochen.

Wieder andere Eltern haben starke Selbstzweifel und fühlen sich minderwertig, da sie es nicht vermochten, ein „normales“ Kind auf die Welt zu bringen (vgl. FINGER ebd.). Die



Suche nach der eigenen Schuld und den Gründen für die Behinderung des Kindes ist auch hier stark mit gesellschaftlichen Einstellungen verbunden und führt zu einer zusätzlichen Belastung der Eltern.

Fest steht, dass sich Eltern durch die Geburt ihres behinderten Kindes mit einer Aufgabe konfrontiert sehen, auf die sie sich so nicht vorbereitet hatten. Die Herausforderung ist für Eltern zu diesem Zeitpunkt besonders groß:

*„In dieser Phase sind wir Eltern stark mit uns selbst beschäftigt und sehr verletzlich. Ausgerechnet in dieser Situation sehen wir uns mit einer Fülle von Anforderungen und Personen konfrontiert: Arztbesuche, unter Umständen Krankenhausaufenthalte, behinderungsbedingte Schwierigkeiten im Umgang mit dem Kind, die Auseinandersetzung mit Frühförderung, Therapeuten, ersten Institutionen, Behörden, Krankenkasse usw. (...) Geschwisterkinder fordern ihr Maß an Aufmerksamkeit. Unser Partner teilt uns mit: 'Ich bin auch noch da!'“ (MÜLLER-ZUREK 2002, 31).*

Nicht bei allen Kindern wird die Behinderung innerhalb der ersten Tage, Wochen oder Monate deutlich. Erst im Laufe der Zeit erhärten sich Verdachtsmomente einer Entwicklungsauffälligkeit oder Behinderung des Kindes (vgl. THANNHÄUSER 1976, 11). Die Vorstellung vom „Wunschkind“ bricht nach und nach zusammen und führt zu einer wachsenden Verunsicherung der Eltern. Auch hier kommt es zu einem Wechselspiel von Gefühlen zwischen Ringen um Gewissheit auf der einen Seite, und Angst davor und Abwehr dagegen auf der anderen:

*Sie sagten uns jedes mal  
die gleiche Wahrheit  
wie viel  
hätten wir manchmal gegeben  
für eine Lüge*  
(KNAUTH 1995, S.11 zit. nach FINGER 2000, 55)

*„(...) er (der Arzt, Anm. v. Verf.) hat ausgesprochen, was sie in ihrem Innersten längst wusste, aber es nicht wahrhaben wollte“ (FINGER ebd., 51).  
„Ich muss ihm ewig dankbar sein(...). Sein Schnitt war tief, aber sauber und rasch. Mit einem Mal stand ich dem Unentrinnbaren Auge in Auge gegenüber“ (BUCK 1984, 37, zit. nach FINGER 2000, 55).*

Eine solche Dankbarkeit gegenüber dem diagnoseüberbringenden Arzt können nicht alle Eltern teilen. Es gibt leider immer noch Ärzte, die ohne jegliches Feingefühl und Achtung vor den Eltern und dem Kind mit Behinderung die Diagnose überbringen, und die Belastung der Eltern so noch verstärken.

Im Folgenden seien zwei negative Beispiele ärztlicher Vorgehensweisen und Äußerungen angeführt:

*„Keiner sprach wirklich mit uns. Dann hat man uns 2 Wochen später mal kurz angerufen und uns mitgeteilt, dass 'Ihr Sohn Trisomi 21 hat, haben sie noch eine Frage?'. Ich hab nur noch geheult und aufgelegt.“* (Unveröffentlichte Seminarunterlagen aus dem Seminar: „Behinderte Kinder, behinderte Familie?“ (SS 2006).

Auf die Frage einer Mutter, wie der Arzt die U4 Untersuchung ihres Kindes einschätze, antwortete dieser nur: *„Na, sie kennen ja das 'Nasse-Sack-Syndrom' (ebd.).*

Es könnten hier noch mehr Beispiele folgen - sowohl negative als auch positive. Ich wage zu behaupten, dass heute von Seite der jungen Ärzte tendenziell mehr Wert auf eine gute Interaktion gelegt wird, zumindest ist dies mein Eindruck, Beweise dafür habe ich allerdings keine.

Nach der Geburt des behinderten Kindes und der anschließenden schweren Zeit fühlen sich viele Eltern allein gelassen. Freunde, Verwandte und Bekannte sind oft mit der Situation überfordert und wissen nicht, wie sie die Eltern in der schwierigen Situation unterstützen können:

*„Da sind die Großeltern, die informiert werden wollen, die mit uns trauern, uns helfen wollen, aber mitunter nicht wissen wie. Auf unser weiteres soziales Umfeld will ich hier gar nicht eingehen“* (MÜLLER-ZUREK 2002, 31).

Von großer Bedeutung können daher Elterngruppen sein. Sie ermöglichen einen Austausch unter Eltern mit behinderten Kindern und stellen eine wichtige sozial-emotionale Stütze dar. Eltern erleben, dass sie nicht alleine sind, dass es andere Eltern gibt, die dasselbe Schicksal mit ihnen teilen, und sie fühlen sich vielleicht hier zum ersten Mal verstanden und ernst genommen.

Es sind sicherlich unterschiedlichste Faktoren, die dazu beisteuern, dass Eltern allmählich von ihrem „Wunschkind“ Abschied nehmen können. FINGER (2000) geht davon aus, dass es für die Eltern wichtig ist, die Gefühle von Trauer, Enttäuschung und Hass zu durchleben, um sich überhaupt dem Kind mit Behinderung zuwenden zu können (vgl. ebd., 70).

Aus dem Versuch heraus, den Verarbeitungsprozess zu systematisieren und zu charakterisieren, entstanden im Laufe der Jahre verschiedene Modelle. Im Rahmen dieser Arbeit möchte ich allerdings auf die Darstellung solcher Modelle verzichten, wengleich das ein- oder andere Modell (beispielsweise das Spiralphasenmodell von SCHUCHARD) eine gute Orientierung bietet, besteht doch bei vielen Modellen die Gefahr einer sehr vereinfachten Sichtweise, die der Komplexität von Einflüssen schwer gerecht wird, und die Gefahr eines universellen Geltungsanspruchs, der den Blick auf eine individuelle Problemlösung vernachlässigt.

FINGER (2000, 55) beschreibt den allmählichen Zugang zu dem eigenen Kind mit Behinderung wie folgt:

*„Erst wenn all diese Gefühle durchlebt wurden, entsteht etwas Neues, eine „zweite Geburt“. Nun entdecken Eltern auch den Wunsch, ihr Kind, das so anders ist, kennen zu lernen und zu verstehen. Der Weg zu dem behinderten Kind führt über die Trauer um das nicht geborene Wunschkind.“*

Die Erfahrung zeigt, dass der Weg zum behinderten Kind bei manchen Eltern früher, bei manchen später und bei manchen vielleicht auch nie oder sehr schwer gefunden werden kann.

Im Laufe der Entwicklung des behinderten Kindes durchleben Eltern immer wieder Höhen und Tiefen. Für viele Eltern löst beispielsweise auch die Frage der Einschulung des Kindes in eine Sonderschule wieder eine intensive Auseinandersetzung mit der Behinderung ihres Kindes aus.

In der eigenen intensiven Auseinandersetzung mit der Behinderung des eigenen Kindes, aber auch im Austausch mit anderen Eltern baut sich meist nach und nach ein positives und weitgehend realistisches Bild gegenüber dem behinderten Kind auf, wie es an den anschließenden Äußerungen zweier Mütter deutlich wird.

*„Ich weiß, dass mein Sohn kein Abitur machen wird. Er wird kein genialer Journalist im Rollstuhl werden, kein blinder, aber hochbegabter Jurist sein. Nicht einmal Klempner oder Busfahrer. Nein, auch wenn er sich noch so anstrengt, wird er niemals – von Insidern abgesehen – andere Menschen durch seine Leistungen beeindrucken. Er ist die Herausforderung pur, Leben in seiner Vielfalt und seinem Anderssein zu akzeptieren und unsere Leistungsgesellschaft in Frage zu stellen“ (MÜLLER-ZUREK 2002, 31-32).*

### **7.1.2 Die Verunsicherung im Umgang mit dem eigenen behinderten Kind**

Mit einigen wenigen Gedanken möchte ich in diesem Kapitel aufzuzeigen versuchen, welche Verhaltensweisen eines Kindes behinderungsbedingt anders sein können, und welche Verunsicherungen der Eltern daraus möglicherweise resultieren.

Meist ist es die Mutter, die sich vorwiegend um den Säugling kümmert (aufgrund der Erwartung der Mutter selbst, aber auch aufgrund der Erwartung des Sozialsystems, das sie umgibt). Sie nimmt die Signale des Kindes auf und versucht darauf angemessen zu reagieren, indem sie ihm beispielsweise beruhigende Worte sagt, es in den Armen wiegt, ihm etwas zu trinken gibt, es wickelt, u.a.m. Auf die fürsorgliche Hingabe der Mutter reagiert der Säugling wiederum, indem er ihr seine Zufriedenheit über sein Verhalten verdeutlicht (sich beruhigt, lacht, Blickkontakt aufnimmt, nach der Mutter greift, u.s.w.). Das kleine Kind gibt der Mutter somit Rückmeldung über ihr Handeln, bestärkt und belohnt sie in ihrem Tun. Die Mutter-Kind-Dyade gibt in wechselseitigen Prozessen zu immer weiterer Entwicklung Anlass

(vgl. FRÖHLICH 1998, 33).

Ein Kind, ist es schwer körperbehindert und/oder geistig behindert, hat aufgrund der Beeinträchtigung Schwierigkeiten, in einen solchen wechselseitigen Prozess mit der Mutter zu treten. Der Säugling reagiert womöglich kaum oder gar nicht sichtbar auf die Mutter, was die Mutter oft zu einer Steigerung ihrer Zuwendung und ihres kommunikativen Verhaltens veranlasst. Doch *„dieser erhöhten Intensität steht aber keine erhöhte Belohnung gegenüber, sondern eher umgekehrt, Belohnung wird negiert, das Kind ist vielleicht steif, es spuckt die Nahrung wieder aus, es stagniert in seiner allgemeinen Entwicklung, es schreit viel ..., d. h. Das Kind scheint in seinem Verhalten (...) nicht in dieses Wechselspiel mit der Mutter eingehen zu wollen oder zu können“* (ebd., 34).

Für die Mutter bleibt zunächst nur das *„kommunikative Signal: 'In deinem Arm bin ich nicht entspannt', 'ich bin steif', 'deine Milch will ich nicht, ich spuke sie aus'“* (ebd.).

Diese so anderen Verhaltensweisen des Säuglings verunsichern die Eltern, da alles, was sie im Umgang mit dem Säugling gelernt haben, nicht fruchtet:

*„Ich weiß nicht, was er will. Ich weiß nicht, ob er mich überhaupt kennt. Wenn er weint, bin ich richtig glücklich, denn dann weiß ich, dass ich ihn trösten kann. Sonst weiß ich nie, was er braucht“* (FINGER 2000, 37).

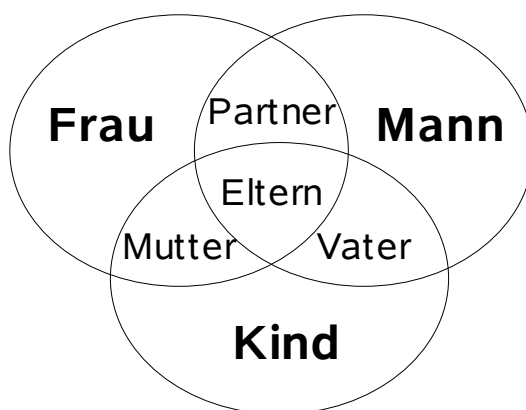
Eltern versuchen auf diese Verunsicherung entweder wie oben beschrieben mit einer Intensivierung ihrer Kontaktangebote zu reagieren, viele Therapien in Gang zu setzen, oder aber sie ziehen sich und damit die Kontaktangebote zurück. Gerade bei sehr passiven Kindern kann beobachtet werden, dass Eltern sehr stark die Initiative übernehmen, was teilweise vielleicht dem Anregungsbedarf entspricht, teilweise aber auch die Ursache in der Verunsicherung und Enttäuschung der Eltern hat. Dieses Verhalten der Eltern wirkt sich wiederum auf das kindliche Verhalten aus. Das Kind erfährt, dass es nicht verstanden wird, dass seine Bedürfnisse nicht erfüllt werden und reagiert womöglich mit Rückzug, noch größerer Passivität und einer Abwehr gegenüber Neuem.

Um diesen Kreislauf zu unterbrechen, ist es wichtig, dass Eltern sich mit anderen Eltern oder Fachleuten austauschen können, dass sie Informationen über die Behinderung und ihre Auswirkungen erhalten und so mehr Sicherheit einerseits im praktischen Umgang mit ihrem Kind bekommen und damit in ihrem mütterlichen und elterlichen Selbstbewusstsein gestärkt werden, und zum anderen ungewöhnliche Verhaltensweisen ihres Kindes besser deuten lernen. Wenn Eltern wissen, dass das Kind nicht die Kraft oder Möglichkeit hat, auf die Mutter/Vater angemessen zu reagieren, so können sie entspannter und offener dem Kind gegenüberzutreten, was sich wiederum positiv auf das Kind auswirkt. Den Eltern gelingt es so immer mehr, die Äußerungen ihres Kindes wahrzunehmen und zu verstehen (vgl. ebd., 73f).

### Die Auswirkungen eines Kindes mit Behinderung auf die Familie

Jede Familie ist anders und so sind auch die Auswirkungen auf die Familien nicht dieselben und nicht von gleichem Ausmaß. Dennoch ist es bei vielen Familien so, dass die aus der Behinderung des Kindes resultierenden Belastungen groß sind und oft nur unter günstigen Rahmenbedingungen aufgefangen werden können (vgl. MÜLLER-ZUREK 2002, 30). Welche Auswirkungen die Behinderung eines Kindes auf das Familiengefüge haben kann, soll im Folgenden sehr vereinfacht dargestellt werden:

In einer Familie, so FINGER (2000), hat jeder (idealerweise) mehrere Aufgaben, die er parallel erfüllt. Die Frau ist beispielsweise sie selbst, Partnerin, Mutter und zusammen mit ihrem Mann übernimmt sie Elternaufgaben. Gleiches gilt für den Mann. FINGER (ebd., 34) verdeutlicht dies an folgendem „Modell einer ausgewogenen Familie“:



Dieses Gleichgewicht, wie es hier dargestellt ist, muss immer wieder neu bestimmt werden, indem es sich familiären Veränderungen anpassen muss. Mit der Geburt eines behinderten Kindes wird dieses Gleichgewicht ganz besonderes ins Wanken gebracht, da Familien gewöhnlich nicht darauf vorbereitet sind. Das Gleichgewicht verschiebt sich entweder dahingehend, dass ein Elternteil (im Normalfall die Mutter) immer bedeutender für das Kind wird (und das Kind für ihn), oder dass beide Elternteile sich fast ausschließlich um das Kind kümmern und alles andere in den Hintergrund tritt.

Bei erstgenannter Variante ist es oft die Mutter, die in eine enge Beziehung mit dem Kind tritt, wodurch der Vater weniger Anteil am Familiengeschehen hat. Die enge Beziehung zwischen Mutter und Kind ist oft nach der Geburt eines Kindes gegeben, unabhängig davon, ob das Kind behindert ist, ändert sich aber mit zunehmender Entwicklung des Kindes und seiner Selbstständigkeit. Nicht so bei einem Kind mit (Körper-)Behinderung. Das Kind bedarf nach wie vor starker Unterstützung, Zuwendung und Pflege. Die Mutter übt und fördert ihr Kind, bringt es zu Therapien, u.s.w. wodurch sich der Anteil der mütterlichen Beziehungen in der Familie verstärkt. Manche Mütter leben nur noch für ihr Kind und holen sich ihre Bestätigung für ihr Tun aus den Fortschritten ihres Kindes. Problematisch wird es dann, wenn diese

ausbleiben (vgl. ebd., 34-36).

Diese enge Bindung, die sich zwischen Mutter und Kind aufbaut, wirkt sich auf die Rolle des Vaters aus. Während die Mutter sich mit anderen Eltern, Therapeuten und Fachleuten austauschen kann und diese Anregungen zum Umgang liefern, ist der Mann in der Arbeit. Ihm fehlen daher all die Anregungen und auch Anerkennungen seiner Vaterrolle. Da er zunehmend Einfluss auf das familiäre Miteinander verliert und die Beziehung womöglich stark vernachlässigt wird, sucht er sich außerhalb der Familie Bereiche, in denen er Anerkennung findet (vgl. ebd., 37; FRÖHLICH 1998, 36-37).

Die starke Orientierung des Vaters nach außen trägt meist dazu bei, dass sich die Mutter alleine gelassen fühlt, und ihre Bindung zum Kind noch intensiviert. Daraus resultieren vielfach Konflikte.

*„Wir tun uns weh, absichtlich und unabsichtlich, dabei ist alles ohnehin schon schlimm genug. Oder gerade deshalb?(...) weil wir Tränen und Verzweiflung nicht teilen können...?“ (DREYER 1988, S. 35).*

Väter sind nicht weniger betroffen als Mütter, wenn sie ein behindertes Kind bekommen, doch gibt es Unterschiede darin, wie sie es ausleben und verarbeiten<sup>8</sup>:

*„Heute weiß ich, dass er genauso betroffen war wie ich. Er fühlte sich nur verpflichtet, den >starken Mann< zu spielen, damit ich mich nicht ganz in meinem Schmerz vergrub, denn das Leben musste ja weitergehen“ (EBERT 1987, 20, zit. nach FINGER 2000, 38).*

Selbstverständlich wirkt sich die enge Bindung auch auf das Kind aus, insofern, dass es sich zum einen in der Pflicht fühlen könnte, die Mutter durch Fortschritte belohnen zu müssen (auch wenn es nicht die Möglichkeit dazu hat), zum anderen kann sich eine zu enge Bindung nachteilig auf die Entwicklung des Kindes im Bezug auf seine Selbstständigkeit und die Entwicklung des Selbstbewusstseins auswirken.

Bei der zweiten Variante ist das Kind im Mittelpunkt und beide Eltern kümmern sich intensiv um es. Gesprächsthema und die gedankliche Beschäftigung gilt in überwiegendem Maße dem behinderten Kind. Die Partnerschaft sowie die persönlichen Bereiche aller werden weniger. Durch den Fokus auf das Kind treten meist andere Konflikte in den Hintergrund und werden womöglich übergangen. So kann es auch hier passieren, dass die Beziehung daran zerbricht (vgl. FINGER 2000, 40).

Es entsteht hier vielleicht nun der Eindruck, dass ein behindertes Kind auf die Familie nur

---

<sup>8</sup> HINZE (1993) konnte anhand einer Untersuchung Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen dem Coping-Verhalten von Müttern und Vätern feststellen. Da dies durchaus Relevanz für die Zusammenarbeit mit den Eltern besitzt, findet sich im Anhang mehr zur Untersuchung HINZES (Anhang S. A52).

mehr oder weniger starke negative Auswirkungen haben kann und keinerlei positive Einflüsse zu nennen sind.

Um nur einen zu nennen: Familien, die es geschafft haben, über die erste Zeit der Sorgen, Ängste und Probleme hinweg zu kommen, diese gemeinsam durchgestanden haben, gehen gestärkt aus dieser Situation hervor. Viele Familien sind trotz der zusätzlichen Belastung durch die Behinderung ihres Kindes dankbar für ihr „besonderes Kind“. Dabei betonen sie oft, dass sie durch das Kind eine andere Sichtweise auf das Leben und seinen Sinn bekommen haben.

### **Der Ablöseprozess - eine besondere Herausforderung für Eltern behinderter Kinder?**

*„Ablösung umfasst alle Entwicklungen im Eltern-Kind-Verhältnis zu mehr Unabhängigkeit und Eigenständigkeit“ (KLAUSS 1997, 39).*

Ablösung ist somit ein Prozess, der mit der Geburt des Kindes beginnt und schrittweise zu immer größerer Eigenständigkeit des Kindes führt. Zunächst sind es kleine Schritte in den ersten Jahren des Kindes, indem das Kind lernt, sich durch krabbeln und laufen fort zu bewegen, indem es in den Kindergarten kommt und schließlich in die Schule, erfährt es räumliche Nähe und Distanz zu den Eltern so, wie auch für die Eltern ein allmählicher Prozess der Ablösung des Kindes spürbar und erlebbar wird (vgl. STRIGL 2003).

In der Pubertät und Adoleszenz werden die Schritte der Ablösung allmählich größer und deutlicher.

HURRELMANN (1999, 142) verdeutlicht den Ablöseprozess des Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit folgenden, aufeinander aufbauenden Ebenen:

- Der psychologischen Ebene: eigene Orientierung der Gefühle richtet sich zunehmend an anderen Bezugspersonen aus und weniger an den Eltern
- Der räumlichen Ebene: der Wohnstandort verlagert sich aus dem Elternhaus
- Der materiellen Ebene: zunehmende Ablösung von der finanziellen und wirtschaftlichen Abhängigkeit der Eltern.

Es versteht sich von selbst, dass der Ablöseprozess auch wesentlich von den Eltern beeinflusst wird, ihren Emotionen, ihrem Verhalten, und daher ein ständiges Wechselspiel zwischen beiden besteht:

*„Die Ablösungsphase in der Jugend ist dabei nicht nur eine Entwicklungsphase für den erwachsenwerdenden jungen Menschen, sondern fällt zusammen mit einer komplementären Entwicklungsphase der Eltern. Für beide Seiten bedeutet die Loslösung eine Phase der Des- und Neuorientierung und bildet sowohl für das Kind, als auch für die Eltern eine Identitätskrise“ (STRIGL 2003).*

WILLI (1987) folgert daher, dass Ablösungsprozesse der Jugendlichen, sind sie ungelöst, zu einer erschwerten Neuorientierung der Eltern führen, wohingegen eine ungelöste Neuorientierung der Eltern wiederum den Prozess der Ablösung des Kindes erheblich erschwert (vgl. ebd.).

Was also bedeuten all diese Faktoren in Bezug auf ein Kind mit (Körper-)Behinderung und welche Folgen hat dies für die Eltern?

Zunächst einmal ist ein Kind mit Körperbehinderung deutlich in seinen eigenständigen Handlungen eingeschränkt. Es kann nicht weg krabbeln oder weglaufen und erlebt dadurch in seiner frühen Kindheit nicht, dass es Nähe und Distanz aktiv beeinflussen kann. Die eingeschränkten Handlungsmöglichkeiten wirken sich wiederum auf die Eltern aus. Sie erleben es nicht oder wenig, dass ihr Kind sich von ihnen zumindest körperlich distanziert. Kinder und Jugendliche mit schwerster Behinderung haben nicht einmal die Möglichkeit, sich später mit einem Fortbewegungsmittel, z. B. dem Rollstuhl, von den Eltern zu entfernen.

Oft ergeben sich räumliche Trennungen zwischen Eltern und Kind somit erstmals durch den Besuch von Kindergarten und Schule. Doch auch hier erleben vor allem Kinder mit Körperbehinderung, dass sie nun zwar nicht von den Eltern, aber dafür von anderen Menschen abhängig sind, und Eltern erleben, dass sie als Mittler der kindlichen Bedürfnisse zwischen Schule und dem Kind sehr wichtig sind, vor allem wenn das Kind schwerst behindert ist.

Äußere Rahmenbedingungen können den Ablöseprozess zwar erleichtern, ihn vielleicht vorantreiben, aber was meiner Meinung nach ebenso wichtig für den Ablöseprozess ist, ist die emotionale Lösung (vgl. ebd.).

Was sich hier vielleicht sehr einfach anhört, ist in der Realität meist so viel schwerer, vor allem für Eltern behinderter Kinder. Um es etwas plakativ zu machen: viele Eltern hatten monate-, vielleicht auch jahrelang zu kämpfen, ihr Kind anzunehmen, zu ihm eine enge Bindung aufzubauen, ja es wurde von ihnen im Sinne des Annahme-Postulats geradezu verlangt und aufgedrängt. Und nun kommen Fachleute, die den Anspruch an die Eltern erheben, sich wieder von ihrem Kind zu lösen, und wenn es ihnen nicht gelingt, so wird ihnen auch das hier zum Vorwurf gemacht.

Es mag vielleicht zunächst verwundern, doch konnte nie eine enge Bindung zum Kind aufgebaut werden, ist auch die Ablösung erheblich erschwert (vgl. ebd.)

Eine Art Teufelskreis entsteht, indem die Eltern beispielsweise versuchen, die anfänglich nicht gelungene Annahme des Kindes durch Überbehütung wieder auszugleichen. Diese hindert das Kind allerdings daran, selbstständiger zu werden und führt somit zu einer verstärkten Abhängigkeit und Bindung an die Eltern (vgl. ebd.).

Festzuhalten bleibt, dass der Ablöseprozess bei Kindern und Jugendlichen aufgrund der



veränderten Bedingungen sowohl äußerlich als auch innerlich (emotional) auf beiden Seiten erschwert sein kann, und im ungünstigen Fall im Sinne WILLIS (1987) zu einer Art Kreislauf führen kann, aus dem Eltern und Kind nur schwer selbst herausfinden.

Allerdings ist nie zu vergessen, dass es sich hier um Tendenzen des Ablösungsprozesses handelt, die vor allem dann, wenn das Kind nur leichte körperliche oder geistige Einschränkungen hat, nicht zutreffen müssen, und sich nur unmerklich von denen eines nicht behinderten Kindes<sup>9</sup> unterscheiden können.

Festzuhalten bleibt, dass es bestimmte fördernde Faktoren gibt, die sich positiv auf den Ablöseprozess auswirken können. SEIFERT (1997) fasst diese wie folgt zusammen:

*„Günstig ist ein Familiengefüge, in dem die Partnerbeziehung von Vater und Mutter intakt ist, wo die Kinder offen über ihre Probleme sprechen können, wo die Verantwortung für das behinderte Kind gemeinsam getragen wird und alle Beteiligten genügend Freiräume haben, eigenen Bedürfnissen nachzugehen“ (SEIFERT 1997, zit. nach STRIGL ebd.).*

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Eltern behinderter Kinder häufig ganz andere und deutlich erschwerte Ausgangsbedingungen haben. Dies wirkt sich wiederum auf das Kind aus und bringt Konsequenzen für seine (sexuelle) Entwicklung mit sich.

Während zu Beginn der Beziehungsaufbau zwischen Kind und Eltern oftmals mit großen Anstrengungen und auch Überwindungen der Eltern verbunden ist, ist der Prozess der Ablösung ebenso erschwert.

Eltern lernen ihr Kind mit all seinen Besonderheiten nach und nach kennen und erleben womöglich, dass ihr Kind ganz andere Entwicklungswege beschreitet, als Kinder ohne Behinderung. Sie sehen, dass ihr Kind für viele Entwicklungsschritte möglicherweise mehr Zeit braucht, manche überspringt und wieder andere vermutlich nie durchlaufen wird. Entpuppt sich nun die körperlich-sexuelle Entwicklung ihres Kindes als völlig normal, kann dies zunächst zu großer Verunsicherung der Eltern führen.

Die sexuelle Entwicklung und die daraus resultierenden Bedürfnisse ihrer Kinder erfordern von den Eltern eine mehr oder weniger intensive und bewusste Auseinandersetzung mit der Sexualität ihres Kindes und bringen neue Herausforderungen mit sich.

Diese Erfahrungen, Sichtweisen und Probleme der Eltern in Bezug auf die Sexualität ihres Kindes mit Behinderung sollen nun dargestellt werden.

---

9 Auch bei Kindern ohne Behinderung kann der Prozess der Ablösung erheblich erschwert sein.

## **7.2 Erfahrungen, Wünsche, Sichtweisen und Probleme der Eltern in Bezug auf die Sexualität und die sexuelle Entwicklung ihres Kindes mit (Körper-)Behinderung - eine qualitative Untersuchung**

### **7.2.1 Fragestellung und Zielsetzung der qualitativen Untersuchung**

Um die Zielsetzung der Untersuchung zu verdeutlichen, sei an dieser Stelle noch einmal an den Titel der Arbeit erinnert, der zum einen eine inhaltliche Auseinandersetzung mit der Sexualität (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher im weitesten Sinne fordert, und zum anderen verlangt, Konsequenzen für die Zusammenarbeit mit Eltern hinsichtlich dieser Thematik abzuleiten.

Es ist somit erforderlich, die Perspektive der Eltern im Hinblick auf die verschiedenen Facetten der Sexualität ihres Kindes kennen zu lernen. Aus den theoriegeleiteten Ausführungen lässt sich zwar in Bezug auf die Einstellungen der Eltern und über ihre besonderen Ausgangsbedingungen etwas sagen, doch genügt dies nicht, um Schlussfolgerungen bezüglich der Zusammenarbeit formulieren zu können. Das Ziel des praktischen Teils ist es, über den Austausch mit Eltern Sichtweisen, Wünsche u.v.m zu erkunden, und daraus Konsequenzen für die Kooperation abzuleiten.

In diesem Zusammenhang kann folgende, der Untersuchung zugrunde liegende Fragestellung formuliert werden: welches sind die Sichtweisen und (Wert-)Vorstellungen der Eltern bezüglich Sexualität und sexueller Entwicklung ihrer Kinder, und welche elterlichen Bedürfnisse können daraus geschlossen werden?

Dieser Frage soll anhand einer qualitativen Untersuchung nachgegangen werden, die sich aus zwei qualitativen Interviews mit drei Eltern (Mutter und Vater nahmen an einem Interview gemeinsam teil) zusammensetzt. Den qualitativen Interviews liegt dabei die Technik des problemzentrierten Interviews zugrunde, welches nun im Folgenden dargestellt werden soll, um die Vorgehensweise der Untersuchung transparent zu machen.

### **7.2.2 Das problemzentrierte Interview (PZI) als ein Verfahren qualitativer Sozialforschung**

Die qualitative Sozialforschung hält verschiedene Methoden bereit, um Datenerhebungen zu realisieren. Im Hinblick auf die Durchführung der qualitativen Untersuchung schien das PZI im Zusammenhang mit der Fragestellung am geeignetsten. Wesentliche Merkmale des PZI sollen nun kurz dargestellt werden:

### **Beschreibung des PZI**

Das PZI ist ein „*theoriegenerierendes Verfahren, das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert*“ (WITZEL 2000).

Im Gegensatz zum narrativen Interview, bei welchem der Interviewer idealerweise ohne ein wissenschaftliches Konzept in die Datenerhebung geht, wird beim PZI durchaus vom Wissenschaftler erwartet, dass dieser eine umfassende objektive Kenntnis von den Rahmenbedingungen besitzt, in welche die relevante Problemstellung eingebettet ist. Im PZI nutzt der Interviewer sein Vorwissen, um einerseits die Explikationen des Befragten nachvollziehen zu können, andererseits um seine Fragen an den Befragten so gestalten zu können, dass dessen ursprüngliche Sichtweise nicht überdeckt wird.

Somit ist das PZI ein Wechselspiel aus Deduktion, der theoretischen Vorstellung, die der Forscher vor der Problemstellung hat, und der Induktion, der Korrektur, die der Forscher durch die empirische Untersuchung erhält (vgl. ebd.).

### **Instrumente des PZI**

Das PZI bedient sich vier wichtiger Instrumente:

Der **Kurzfragebogen** erfasst die Sozialdaten, die für die Interpretation und weitere Verarbeitung der Daten von Belang sein könnten. (z. B. Alter, Beruf, ...)

Der **Leitfaden** ist eine Gedächtnisstütze für den Forscher während des Interviews, die dieser bereits im Vorfeld erstellt hat. Während des Interviews kann der Forscher die bereits angesprochenen Problembereiche streichen und hat am Ende des Interviews einen Überblick über die Fragen, die noch angesprochen werden müssen.

Die **Audioaufnahme** (oder auch Videoaufnahme) erlaubt eine präzise und authentische Erfassung des Kommunikationsprozesses. Der Interviewer kann sich „*ganz auf das Gespräch bzw. die Beobachtung situativer Bedingungen und nonverbaler Äußerungen konzentrieren*“ (ebd.). Das gesamte Interview wird im Anschluss transkribiert.

Das **Postskript** ist eine Ergänzung zum Transkript und enthält Rahmenbedingungen des Interviews, Angaben über Gespräche vor bzw. nach dem Einschalten des Aufnahmegeräts, sowie gegebenenfalls Nonverbales wie Mimik, Gestik des Interviewten.

### **Gestaltung des PZI**

Der Interviewer kann sich während des Gesprächs verschiedener Techniken bedienen, um möglichst viele und unverfälschte Informationen vom Interviewpartner zu erhalten.

Während der Eröffnungsphase des Interviews wendet der Wissenschaftler hauptsächlich

erzählungsgenerierende Kommunikationsstrategien an, die sich aus einer allgemeinen vorformulierten Einleitungsfrage oder aus einer Erzählaufforderung, beispielsweise: „Wie war das damals, erzählen Sie doch mal ...“ zusammensetzen können. Des Weiteren können durch Erzählbeispiele des Interviewers emotionale Vorbehalte des Befragten gegenüber bestimmten Themen abgebaut werden.

Die nächste Phase des Interviews ist hauptsächlich von verständnisgenerierenden Kommunikationsstrategien geprägt. Hierzu stehen dem Forscher drei Möglichkeiten zur Verfügung:

Die *Zurückspiegelung*, welche bedeutet, dass der Interviewer dem Befragten dessen Äußerungen in eigenen Worten interpretiert, so dass der Befragte die Möglichkeit hat, seine eigenen Äußerungen zu bestätigen oder zu korrigieren.

*Verständnisfragen* helfen dem Forscher widersprüchliche oder ausweichende Äußerungen des Befragten richtig zu deuten bzw. zu präzisieren.

Durch gezielte und sehr vorsichtige Konfrontation mit Widersprüchen oder Ungereimtheiten in den Äußerungen des Befragten kann dieser zu weiteren Erzählungen stimuliert werden. Dieses ist mit Vorsicht zu behandeln, da es schnell zu einer Verschlechterung des Gesprächsklimas führen kann.

In der letzten Gesprächsphase schwindet der erzählende Charakter des Gesprächs. Vordergründig werden ad-hoc Fragen des Interviewers beantwortet, mit denen dieser noch nicht behandelte Themen seines Leitfadens klärt (vgl. ebd.; LAMNEK 2005, 365-367).

### **7.2.2.1 Erstellung des Interviewleitfadens**

Zur Erstellung des Interviewleitfadens wurden Themenbereiche, basierend auf den Zielen und der Fragestellung der Untersuchung, gebildet. Diese wiederum enthielten dem jeweiligen Themenbereich entsprechende Fragen, die im Sinne des qualitativen Interviews möglichst offen gestellt wurden. Inhaltliche Schwerpunkte lagen dabei im Bereich der Sexualität und der sexuellen Entwicklung des Kindes und im Bereich der Sexualerziehung. Aber auch die Pflegesituation und gesellschaftliche Einstellungen gegenüber der Sexualität von Menschen mit Behinderung stellten wichtige Bestandteile des Leitfadens dar.

Zum besseren Verständnis der abgeleiteten Ergebnisse aus den Interviews, soll der Interviewleitfaden dargestellt werden.

Um den Einstieg in die Thematik zu erleichtern, wurde die nachfolgende Frage gestellt, die es den Eltern ermöglichte, von Erfahrungen zu berichten, die sehr allgemein gehalten werden konnten:

„Die Gesellschaft hat eine bestimmte Einstellung gegenüber Menschen mit Behinderung und auch gegenüber der Sexualität behinderter Menschen. Wie sehen Sie das?“

Im Interviewleitfaden sind folgende Themenbereiche und Fragestellungen enthalten:

Themenbereich: "Sexualität und Behinderung" in der Gesellschaft:

**Fragestellungen:**

- Inwiefern wirken sich Ihrer Meinung nach die gesellschaftlichen Normen und Werte auf die (sexuelle) Entwicklung Ihres Kindes aus?
- Sprechen Sie mit anderen über die Sexualität Ihrer Tochter/Ihres Sohnes?

Themenbereich: Sexualität und sexuelle Entwicklung der Tochter/des Sohnes

**Fragestellungen:**

- Mich würde interessieren, wie Sie die sexuelle Entwicklung bei Ihrem/Ihrer Sohn/Tochter sehen oder empfinden, auch im Vergleich zu nicht behinderten Kindern/Jugendlichen oder im Vergleich Ihrem/Ihrer nicht behinderten Sohn/Tochter. Können Sie dazu etwas sagen?
- Inwiefern spielt das Thema „Sexualität“ im Leben ihres Kindes eine Rolle, wie interessiert ist es an der Thematik, an dem eigenen Körper, am anderen Geschlecht...
- Jede/jeder Mutter/Vater hat Wünsche, Hoffnungen und auch Ängste in Bezug auf die Zukunft ihres/seines Kindes, beispielsweise im Hinblick auf den Beruf, aber auch im Hinblick auf eine Partnerschaft. Darf ich Sie fragen, wie Sie sich die Zukunft Ihres/Ihrer Sohnes/Tochter vorstellen?
- Es gibt spezielle Partnervermittlungen für Menschen mit Behinderung. Was denken sie darüber?
  - Könnten Sie sich vorstellen, Ihr Kind darauf aufmerksam zu machen?
- Für Menschen mit einer körperlichen- oder geistigen Behinderung gibt es in Deutschland Sexualassistenz oder auch Sexualbegleitung. Haben Sie schon mal etwas davon gehört? In welchem Zusammenhang? Was halten Sie davon?

Themenbereich: Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte:

**Fragestellungen:**

- Sexualerziehung ist heute fester Bestandteil an der Schule für Körperbehinderte. Können Sie etwas dazu sagen, wie die Sexualerziehung bei Ihrem Kind aussieht?

- Was wurde thematisiert, in welchem Rahmen fand dies statt?
- Können Sie etwas dazu sagen, inwiefern Ihr/Ihre Sohn/Tochter davon profitierte?
- Von wem ging die Thematik aus (Eltern- oder Lehrerseite)?
- Wie konkret sollte Sexualerziehung sein, sollten z. B. konkrete Möglichkeiten zur Selbstbefriedigung für körperbehinderte Jugendliche aufgezeigt werden, oder sollte der Unterricht Ihrer Meinung nach eher auf einer theoretischen Ebene ablaufen?
- An der Schule für Körperbehinderte sind in einer Klasse oft Schüler und Schülerinnen mit einem Altersunterschied von zwei, manchmal auch drei Jahren. Auch in ihrer Entwicklung sind sie oft sehr unterschiedlich.  
In Bezug auf Ihren/Ihre Sohn/Tochter fanden Sie den Zeitpunkt der Sexualerziehung passend? Warum?
- Die Zusammenarbeit mit Eltern wird gerade bei dieser Thematik groß geschrieben.  
Wie sehen Sie das, ist die Zusammenarbeit zu dieser Thematik wichtig?
  - Welche Erfahrungen haben Sie an der Schule gemacht?
  - Wurden Sie als Eltern über die Inhalte informiert und in die Themenwahl einbezogen?
  - Inwiefern konnten und können Sie als Eltern Ihre Fragen, Probleme zu diesem Thema vorbringen?
- Wie wichtig ist Ihnen der Austausch mit anderen Eltern zu dieser Thematik?
- Halten Sie Beratungen durch Fachleute, wie z. B. PRO FAMILIA am Elternabend für sinnvoll? Wenn ja, wo liegen Ihrer Meinung nach die Vorteile?
- Hat Ihnen die Schule bzw. der Lehrer, die Lehrerin Adressen von Beratungsstellen, Literatur, Internetforen etc. gegeben?
  - Inwiefern ist/wäre dies für Sie hilfreich (gewesen)?

#### Themenbereich: Sexualerziehung im Elternhaus

##### **Fragestellungen:**

- Sexualerziehung findet ja nicht nur in der Schule statt, sondern auch im Elternhaus. Teilweise sind Geschwister da, die den Alltag diesbezüglich etwas „aufmischen“, indem sie z. B. den/die Freund/Freundin mit nach Hause bringen und daher auch über die Thematik gesprochen wird.  
Inwiefern ist diese Thematik bei Ihnen Bestandteil des Alltags?
  - Warten Sie ab, bis Ihr /Ihre Sohn/Tochter Fragen stellt, oder sprechen Sie die Thematik an?
- Würden Sie sagen, dass Sexualerziehung eher eine schulische oder elterliche Aufgabe ist?
- Gibt es einen bestimmten Zeitpunkt, an dem Sexualerziehung beginnt oder beginnen sollte?
- Welche Kriterien sollten Ihrer Meinung nach eine gute Sexualerziehung aufweisen?
  - Gibt es bestimmte Themen, die bei behinderten Kindern/Jugendlichen stärker berücksichtigt werden sollten?

- Denken Sie, dass Sie für Ihr Kind aufgrund seiner Behinderung mehr Ansprechpartner bei solchen Themen sind als bei Kindern ohne Behinderung?
- Haben Sie sich auf Fragen vorbereitet, Bücher zur Thematik gelesen oder sich sonst irgendwo informiert?
- Wo würden Sie sich bei Fragen oder Problemen in Bezug auf die Sexualität Ihres Kindes hinwenden?
- Welche Beratungsangebote/Unterstützungsmöglichkeiten kennen Sie?

#### Themenbereich: Die Pflegesituation in der Schule

##### ***Fragestellungen:***

- Wie sieht die Pflegesituation Ihres Kindes in der Schule aus, können Sie dazu etwas erzählen?
- Was würden Sie sich von der Schule wünschen in Bezug auf die Pflegesituation Ihrer/Ihres Tochter/Sohnes?

#### Themenbereich: Die Pflegesituation zu Hause

##### ***Fragestellungen:***

- Wie ist die Pflegesituation bei Ihnen zu Hause?
- Hat sich die Pflegesituation im Laufe der Zeit verändert? Inwiefern und was waren die Gründe?

#### **7.2.2.2 Durchführung der Interviews**

Die Durchführung der beiden Interviews fand jeweils bei den Eltern zu Hause statt. Der Kontakt wurde über eine persönliche Anfrage meinerseits bei den Eltern hergestellt. Da ich ihnen noch aus dem FSJ<sup>10</sup> bekannt war, war es deutlich einfacher, sie für ein Interview zu gewinnen.

Neben diesen beiden Interviews war noch ein drittes geplant, das aber aufgrund einer schwereren Erkrankung der Mutter kurzfristig abgesagt werden musste.

Auffällig war, dass bei der Anfrage für ein Interview alle Eltern erwähnten, dass sie vermutlich nicht so viel beitragen könnten, und in diesem Zusammenhang auch Unsicherheiten in Bezug auf die Beantwortung der Fragen äußerten. Diesbezüglich erklärte ich ihnen meine Intention und verdeutlichte, dass es mir weniger um ihr Wissen zur Thematik, als vielmehr um ihre Erfahrungen und Sichtweisen gehe. Diese Unsicherheit zeigte sich auch zu Beginn des Interviews, ließ jedoch erheblich nach, so dass beide Interviews in einer, der Situation entsprechend, entspannten Atmosphäre durchgeführt

---

10 Die Kinder der Interviewpartner besuchten beide die Klasse, in der ich mein einjähriges FSJ absolvierte.

werden konnten.

An einigen Stellen des Interviews sind Abweichungen von der Thematik festzustellen, welche aber von mir teilweise auch bewusst nicht unterbunden wurden, um den Eltern die Möglichkeit zu geben, Vertrauen aufzubauen und Sicherheit zu gewinnen. Meine Zurückhaltung schien an manchen Stellen zu Verunsicherungen der Eltern zu führen, so dass das Interview zeitweise eher einem gemeinsamen Gespräch glich und dadurch auch Abweichungen von den Strukturen des problemzentrierten Interviews zeigt.

Die Dauer der Interviews lag zwischen einer und eineinhalb Stunden, wobei auch nach den Interviews noch ausgiebig über andere Themen gesprochen wurde.

An einem Interview nahmen beide Eltern teil, weshalb das Interview erst am Abend geführt wurde. Ebenso war die betroffene Tochter anwesend, die sich aber weitgehend zurückhielt. Das andere Interview wurde nur mit der Mutter geführt.

Um einen Eindruck von den Interviewpartnern zu bekommen, werden sie im Folgenden kurz vorgestellt.

#### **Interviewpartnerin 1:**

Frau G. (45J), von Beruf technische Zeichnerin, derzeit Hausfrau, ist Mutter zweier Kinder im Alter von 15 (männlich) und 17 Jahren (weiblich). Ihr Sohn Sebastian hat motorische und kognitive Einschränkungen sowie eine Hörbehinderung<sup>11</sup>. Er kann sich selbstständig fortbewegen und sich gut alleine beschäftigen. Dabei kann er auch problemlos alleine gelassen werden. Sebastian besucht die 8. Klasse der Schule für Körperbehinderte. In den Bereichen Körperpflege, an- und auskleiden, Toilettengang und sonstiger Hygiene und Pflege benötigt er teilweise Unterstützung.

#### **Interviewpartnerin 2:**

Frau K. (46J), von Beruf Administratorin, ist Mutter zweier Kinder im Alter von 11 (männlich) und 15 Jahren (weiblich). Ihre Tochter Bianka hat Spina bifida und besucht derzeit die 8. Klasse der Schule für Körperbehinderte. Sie kann sich mit entsprechenden Hilfsmitteln (Unterarmstützen, Rollstuhl) selbstständig fortbewegen. Bianka ist sehr selbstständig, d. h., sie kann sich selbstständig an- und ausziehen, selbstständig waschen u.a.m. Nur beim Toilettengang benötigt sie derzeit noch Hilfe. Sie kann kleine Erledigungen selbstständig außerhalb des Hauses übernehmen und hat keine Schwierigkeiten damit, sich selbstständig zu beschäftigen.

---

<sup>11</sup> Beschreibung der Behinderung von den Eltern übernommen



**Interviewpartner 3:**

Herr K. (47J), ist von Beruf technischer Betriebswirt und mit Frau K. verheiratet. Sie haben zwei Kinder (siehe Interviewpartnerin 2).

**7.2.2.3 Vorgehensweise der Auswertung**

Die Grundlage der Auswertung bildeten die zwei transkribierten Interviews, die in einem weiteren Schritt inhaltlich analysiert wurden. Das heißt, dass zunächst versucht wurde, die Äußerungen der Eltern zu systematisieren, indem Kategorien erstellt wurden, denen sich die Aussagen der Eltern zuordnen ließen. Dies ermöglichte eine thematische Strukturierung, die Differenzen und Übereinstimmungen der Eltern verdeutlichen sollte. Ein Großteil der Kategorien entsprach denen des Interviewleitfadens, einige Themenbereiche kamen hinzu, bzw. erforderten eine Modifizierung der bereits bestehenden Kategorien.

Um das Interview zu anonymisieren, wurden alle im Laufe des Interviews genannten Namen und Orte geändert.

Interviewinhalte, die von der Thematik abwichen und in Bezug auf die Fragestellung irrelevant waren, wurden nicht in die Auswertung mit aufgenommen.

Die themenrelevanten Äußerungen der Eltern wurden folgenden Kategorien zugeordnet:

- Sexualität und Behinderung in der Gesellschaft
- Sexualität und sexuelle Entwicklung der Tochter/ des Sohnes
- Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte
- Sexualerziehung im Elternhaus
- Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule
- Die Pflegesituation an der Schule für Körperbehinderte
- Die Pflegesituation im Elternhaus
- Einstellungen der Eltern gegenüber Partnervermittlungen für Menschen mit Behinderung und Sexualassistenz
- Wünsche und Befürchtungen der Eltern in Bezug auf die Zukunft ihres Kindes

**7.2.2.4 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse**

Da es sich im Folgenden um eine qualitative Interviewauswertung handelt, steht nicht der Gewinn repräsentativer Ergebnisse im Mittelpunkt, sondern vielmehr die Darstellung individueller Sichtweisen der Eltern, deren Schilderungen von Sachverhalten u. v. m.

Die Eltern zeigten sich der Thematik gegenüber aufgeschlossen, auch wenn sie zu Beginn des Interviews noch einmal ihre Bedenken äußerten, vermutlich nicht der richtige Interviewpartner zu diesem Thema zu sein.

Aus den Äußerungen der Eltern wird deutlich, dass die Thematik durchaus von Relevanz ist, wobei in Abhängigkeit von der Entwicklung des Kindes, den Einstellungen und der Interviewsituation die Erzählungen teilweise sehr unterschiedlich ausfallen.

Es ist anzunehmen, dass eventuell die Anwesenheit des Ehepartners, aber vor allem die Anwesenheit der Tochter, Auswirkungen auf das Antwortverhalten der Eltern gehabt haben könnte.

### **"Sexualität und Behinderung" in der Gesellschaft**

Auf die erste Frage äußerten sich die Eltern zurückhaltend, beziehungsweise betonten, dass sie nicht viel zu gesellschaftlich bestehenden Normen und Werten sagen können:

*„Eigentlich bloß das, was man so halt immer wieder in den Medien hört. Oder? Also selber haben wir eigentlich noch nie .. noch keine .. noch nie negativ oder positiv (...) Ja da kann man halt noch nicht viel sagen“ (A<sup>12</sup>25).*

Von Biankas Eltern<sup>13</sup> wird die Annahme geäußert, dass gegenüber Menschen mit geistiger Behinderung wohl mehr Vorurteile zu dieser Thematik bestehen.

Die Thematisierung der Sexualität des eigenen Kindes im Verwandten- und Bekanntenkreis wurde von den Eltern verneint. Als Gründe werden zum einen von Sebastians Mutter genannt, dass es einfach bisher keinen Grund gab, das Thema anzusprechen, zum anderen äußern Biankas Eltern, dass es einfach ein Thema ist, über das man nicht spreche:

*„Das ist so, wie bei anderen Kindern auch, da schwätzt man eigentlich nicht drüber (...)“ (A25).*

In Bezug auf die Auswirkungen gesellschaftlicher Einstellungen auf die (sexuelle) Entwicklung ihres Sohnes/ihrer Tochter sind die Eltern unterschiedlicher Auffassung. Biankas Eltern gehen davon aus, dass gesellschaftliche Einstellungen keine Auswirkungen auf die (sexuelle) Entwicklung ihrer Tochter haben, wohingegen Sebastians Mutter eher welche annimmt:

*„Der Sebastian, der ist äh .. schon sensibel- Er kriegt also mit, er kriegt seine Grenzen mit und er merkt auch, wenn die anderen .. wie die anderen drauf reagieren. Dann zieht er sich einfach zurück. Es ist nicht so, dass er irgendwas sagt, aber er zieht sich zurück. Und durch das, dass er seine Grenzen kennt, wie gesagt, er bleibt dann einfach weg, dass er gar keine Konflikte da hat“ (A4).*

Es ist nicht auszuschließen, dass Biankas Eltern aufgrund der Anwesenheit ihrer Tochter womöglich nicht näher auf gesellschaftliche Auswirkungen eingehen wollten.

---

12 A = Anhang Seite 25

13 Eine Differenzierung zwischen den Eltern von Bianka im Sinne von: die Mutter sagt, der Vater sagt...wird nur dann vorgenommen, wenn sich die Eltern unterschiedlich äußern oder keine Zustimmung des einen Elternteils zu vermerken ist.

### **Sexualität und sexuelle Entwicklung der Tochter/ des Sohnes**

Biankas Eltern äußern sich erleichtert darüber, dass bei ihr die sexuelle Entwicklung nicht abweichend verlaufen ist, auch wenn sie im Voraus Bedenken hatten, dass es zu einem vorzeitigen Eintritt der Pubertät kommen könnte:

*„Aber nachdem das dann so lief und dann irgendwann war sie mal zwölf und dann haben wir gewusst „Aha, jetzt ist der kritische Zeitpunkt vorbei, wenn's jetzt kommt, dann ist's normal“ (A44).*

*„Das lief bei ihr ganz genau so, wie's gehört“. (...) Sie ist nicht vorzeitig in die Pubertät gekommen, sie hat nicht vorzeitig ihre Tage bekommen, das war genau laut Statistikdurchschnitt 12½, .. genau so wie ich schon, nee, das war .. das hat alles so ins Schema gepasst“ (A27).*

Die Mutter von Sebastian meint, dass ihr der Vergleich fehlt, aber dass bei ihrem Sohn alles etwas langsamer gehen würde. Körperliche Veränderungen sind aber festzustellen, mit denen sich auch Sebastian auseinandersetzen würde:

*„(...) das jetzt Haare wachsen, das hat er dann bemerkt und er will keinen langen Bart haben, er will nicht wachsen (...)“ (A4).*

Im Zusammenhang mit der sexuellen Entwicklung, der Pubertät ihres Kindes, berichten die Eltern von bestimmten Verhaltensweisen, Wünschen, Bedürfnissen und Problemen ihres/ihrer Sohnes/Tochter, die sich unwesentlich von denen nicht behinderter Jugendlicher unterscheiden:

*„Jaja, ich mein, er schickt mich ja auch raus, das hat er von der Veronika auch gesehen, (...) ich soll da nicht mitlesen (...) das ist ja irgendwie auch so ein Lernprozess, der ihm gut tut“ (A7).*

In Bezug auf gleichgeschlechtliche Freundschaften berichtet Sebastians Mutter von einigen Schwierigkeiten, die sich aufgrund der unterschiedlichen Entwicklung (im Sinne der körperlichen und geistigen Reife) ergeben, aber auch von einigen Chancen durch Freundschaften, die eine Weiterentwicklung von Sebastian ermöglichen:

*„Ne richtige Freundschaft oder so .. sind die zu weit auseinander .. da ist der Sebastian zu kindlich und der Michael schon zu weit“ (A5).*

*„Er (Manuel, aus der Klasse von Sebastian, Anm. v. Verf.) hat keine sehr hohe Lebenserwartung, ist geistig fit und weiß was mit ihm passiert (...), der lässt den Sebastian auflaufen. Das ist so ne Hassliebe, der Sebastian hat ihn zum Geburtstag eingeladen. Der Manuel war das erste Kind mit dem der Sebastian von seiner Schule geschattet hat. Also, so hatte er praktisch mit der Schule Chat-Kontakt, sonst waren es praktisch nur Veronikas Kontakte. Und .. dann .. sind da so Sachen dringestanden .. „Ficken“ und „Mutter ficken“ und so Sachen“ (A12).*

*„Ja, inzwischen chatten sie (Sebastian und Manuel, Anm. v. Verf.) wieder miteinander und wie gesagt die streiten, es geht auch wieder gut. Er muss sich schon auch damit auseinandersetzen, aber der Manuel war das erste Mal, dass der Sebastian solche Erfahrungen (gemacht hat, Anm. v. Verf.)“ (A13).*

Die Eltern von Bianca berichten, dass ihre Tochter fast täglich mit ihrer Freundin Anna telefoniert und „typische Mädchengespräche“ führt:

*„Also, bei euch ist's so, ich glaub, wenn ihr telefoniert, Anna und du, ich glaub, viel anderes Thema gibt's da nicht mehr, oder? Wie Jungs, jetzt halt, Schwärmereien ja klar. Der ist toll, der gefällt mir (...)" (A50).*

*„Braucht man bloß in das Zimmer nach hinten gehen, ja, aber weiter geht das ja im Moment ja noch nicht und das ist ja auch OK so“ (A25).*

Es ist daher nach Aussagen der Eltern davon auszugehen, dass beide, sowohl Bianca als auch Sebastian noch keine feste Freundschaft zum anderen Geschlecht haben und daher diesbezüglich auch noch keine Erfahrungen gesammelt haben.

In Bezug auf eigene sexuelle Erfahrungen im Sinne von Selbstbefriedigung ihres Kindes, äußern Biankas Eltern, dass sie davon ausgehen, dass es noch zu früh ist:

*„Ich glaub das Stadium haben wir jetzt noch nicht“ (A26).*

## **Sexualerziehung**

### **An der Schule für Körperbehinderte**

Die Eltern berichten von einem Leitfaden zur Sexualerziehung, den es an der Schule gibt. Dieser ist auch auf der Homepage der Schule zu finden.

Der Sexualunterricht ihres Kindes fand in Projekten statt, die über mehrere Wochen andauerten, wobei über den Zeitraum des Projekts immer wieder bestimmte Unterrichtseinheiten von PRO FAMILIA und GRAUZONE gehalten und begleitet wurden.

Die Mutter von Sebastian berichtet, dass Gruppen gebildet wurden, in denen der Entwicklung entsprechend, zusammen mit den Jugendlichen unterschiedliche inhaltliche Schwerpunkte bearbeitet wurden. In der Gruppe von Sebastian wurden anfänglich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern unter Zuhilfenahme von Puppen genauer untersucht. Ein sehr großer Schwerpunkt lag auch - im Zusammenhang der Prävention sexuellen Missbrauchs - auf dem „Nein-Sagen-Lernen“.

In Rollenspielen haben sie auch Erfahrungen zur Körperwahrnehmung (Berühren, Fühlen) gesammelt und haben sich in diesem Zusammenhang die Lippen angemalt und das Küssen thematisiert.

Die Eltern von Bianca berichten, dass der Schwerpunkt mehr auf dem Biologischen lag. Es

wurden verschiedenste sexualpädagogische Inhalte aus dem Sachunterricht behandelt, u. a. Verhütung und Menstruation. Dabei wurden bestimmte Themen auch sehr konkret behandelt:

*„Im Aufklärungsunterricht haben sie Modelle gehabt und durften die Kondome überstreifen“ (A29).*

In Bezug auf den Zeitpunkt des Sexualunterrichts an der Schule äußerten sich die Eltern unterschiedlich. Die Mutter von Sebastian fand den Zeitpunkt der Sexualerziehung im Wesentlichen passend, in jedem Fall war er ihrer Ansicht nach nicht zu spät. Biankas Eltern hingegen hätten den Sexualunterricht lieber ein Jahr früher gehabt, da er dann konform mit Biankas Entwicklung gewesen wäre:

*„Und da war's halt auch so, dass sie schon in der Pubertät war“ und „dass sie (Bianka, Anm. v. Verf.) vom Alter her gepasst hätte“ (A32).*

Die Eltern von Bianca sprachen daher auch das Thema Sexualerziehung bereits vor ca. einem Jahr am Elternabend an. Doch da stieß das Thema teilweise auf Ablehnung von Seiten der Eltern. Im letzten Schuljahr sprachen sie es noch einmal an:

*„Wir haben's einmal angeschubst (das Thema, Anm. v. Verf.), es ist aber von den Lehrern gleich übernommen worden“ (A 34).*

Im einen Fall ging somit die Initiative für die Thematik von Elternseite aus, im anderen Fall wurde sie von Lehrerseite initiiert.

Die Eltern äußerten sich zufrieden in Bezug auf die inhaltlichen Schwerpunkte der schulischen Sexualerziehung. Die Mutter von Bianca äußerte, dass sie teilweise überrascht war über die konkrete Umsetzung:

*„Also das mit dem Kondom überziehn, da war ich überrascht. Das sie so weit gehen, hätt' ich nicht einmal gedacht“ (A35).*

Zumindest hätten sie als Eltern aber von der Schule erwartet, dass die Schüler verschiedene Verhütungsmittel gezeigt und erklärt bekommen.

In Bezug auf die konkrete Umsetzung bestimmter Themen, wie beispielsweise Selbstbefriedigung, sehen die Eltern von Bianca nicht unbedingt den Bedarf, dies im Unterricht zu thematisieren:

*„Ach, ich denk mal, da kaufen die dann ihre BRAVOS oder ihre MÄDCHEN-Hefte“ (ebd.).*

Die Mutter von Sebastian äußert in diesem Zusammenhang, dass eine konkrete, altersangemessene Aufklärung am besten von einer neutralen und sachkundigen Person übernommen werden sollte, und begründet dies wie folgt:

*„Sie (die Fachkräfte, Anm. v. Verf.) haben die Erfahrung, denk ich und ein Lehrer, der hat ja ein ganz anderes ..(Pause).. Arbeitsfeld er ist dann eher Vermittler. Also er ist dann eher Vermittler zwischen der GRAUZONE und dem Schüler, dass die zusammenkommen“ (A11).*

Je nach Schwere und Richtung der Behinderung wird betont, dass über bestimmte behinderungsspezifische Themen gesprochen werden sollte, beispielsweise über sexuelle Hilfsmittel oder eben über Besonderheiten im urogenitalen Bereich, bedingt durch die Behinderung.

Ebenso wird im Hinblick auf eine behinderungsspezifische Sexualerziehung genannt, dass die Inhalte auch von dem „geistige(n) Verstehen“ der Jugendlichen abhängig gemacht werden sollten:

*„(Man kann, Anm. v. Verf.) geistig behinderten Kindern nicht so'n Ding hin knallen wie nem gesunden, der kann ja gar nichts damit anfangen oder kriegt vielleicht auch Angst(...)“ (A14).*

Auf die Frage, welche Kriterien eine gute Sexualerziehung beinhalten sollte, nannten alle Eltern, dass die Konsequenzen in Bezug auf den Geschlechtsverkehr bewusst gemacht werden sollten. In diesem Zusammenhang wurde auch die Bedeutung der Verantwortung betont:

*„Dass es nicht bloß Spaß macht, sondern dass man ja auch eine Verantwortung übernimmt, weil es kann ja Konsequenzen haben (...). Oder auch die Verantwortung der Freundin oder dem Freund gegenüber, wenn man dann das erste Mal gehabt hat, so nach dem Motto: 'War das jetzt bloß lustig und dann schwätz ich wieder blöd über sie'..(Pause).. Da gehört ja ein wenig mehr dazu“ (A35).*

Es ist daher wichtig, die Gefühlsebene neben den körperlichen Aspekten mit einzubeziehen. Es sollte weiterhin deutlich werden, dass Sexualität „nichts Schlechtes ist“, aber auch, dass Sexualität etwas ist, das sich nach gewissen gesellschaftlichen Normen und Werten zu richten hat:

*„Dass man nicht auf die Straße geht damit und ausschreit, sondern dass man es im begrenzten Raum oder im Privatbereich (auslebt, Anm. v. Verf.)“ (A15).*

Ebenso sollte vermittelt werden, dass das „Nein“-Sagen-Können wichtig ist, wenn einem „was unangenehm ist“ (ebd). und dass das Kind weiß, wo es bei Fragen und Problemen

Unterstützung bekommt.

### **Sexualerziehung im Elternhaus**

Nach Ansicht aller Eltern liegt die Sexualerziehung nicht nur im Aufgabenfeld der Schule, sondern auch im Elternhaus. Eine gezielte, themenspezifische Vorbereitung zur Sexualerziehung ihres Kindes fand weniger statt, wobei die Eltern von Bianka erwähnten, dass sie sich im Vorfeld über den Eintritt der Pubertät bei Kindern mit Spina bifida gezielter informierten. Bestimmten behinderungsspezifischen Themen im Zusammenhang mit Sexualität begegneten die Eltern beispielsweise durch Veröffentlichungen des ASBH<sup>14</sup> oder durch sonstige (Fernseh-)Berichte. So erfuhren sie im Voraus schon einiges über "Sexualität und Behinderung", auch wenn es keine gezielte und bewusste Vorbereitung war.

Als Aufgabe der elterlichen Sexualerziehung wurde zum einen genannt, dass das Vorleben eine wichtige Rolle spielt, und zum anderen, dass man aufkommende Fragen des Kindes beantworten sollte. Während die Mutter von Sebastian eher den Zeitpunkt abwartet, an dem ihr Sohn von sich aus Fragen zum Thema stellt, sind Biankas Eltern der Meinung, dass bestimmte Themen, wie beispielsweise der Eintritt der Menstruation, im Vorhinein von ihnen angesprochen werden sollten. Diese Aufgabe sieht Sebastians Mutter eher bei der Schule, indem diese von Grund auf das Thema behandeln sollte und in diesem Sinne ergänzend zur elterlichen Sexualerziehung verstanden wird. Die Schule stellt daher auch eine wichtige Unterstützung bezüglich dieser Thematik dar:

*„(...) deswegen finde ich ja die Schule so hilfreich (...) die haben einfach eine andere Wortwahl (...), die haben ganz andere Ansätze. Ich komm oft in Erklärungsnot, weil mir die Worte fehlen und es muss ja noch interessant sein. Das ist irgendwie wie die Kinderbibel und die Bibel für Erwachsene“ (A14).*

Auch die Mutter von Bianka sieht in der schulischen Sexualerziehung eine mögliche wichtige Ergänzung:

*„Weil das Thema Freundschaft und so, da horcht man auf uns ja eh wenig, nicht? (...) Das wird dann eher im Freundeskreis entschieden (...). Denk ich dass die Schule dann vielleicht eher dann diejenigen sind, die da ein bisschen erklärend und aufklärend (sind, Anm. v. Verf..)“ (A40).*

Bezüglich Themen und möglichen Angeboten, wie Sexualassistenz, wird es von Sebastians Mutter als sinnvoller erachtet, wenn eine unabhängige Stelle darüber aufklärt, und eine solche Aufgabe nicht die Eltern übernehmen müssen.

Im Gespräch mit den Eltern wurde deutlich, dass sie ihrem Kind typische altersgemäße

<sup>14</sup> Arbeitsgemeinschaft Spina bifida und Hydrocephalus e.V.

Entwicklungen und die damit verbundenen Verhaltensweisen und Wünsche zugestehen. So wird beispielsweise versucht, auf bestimmte Kleidungswünsche des Kindes einzugehen:

*„Das nächste Mal möcht' er NIKE-Schuhe haben und dann braucht man erst mal ein Schuh, wo er reinpasst, Einlagen können wir da ja ganz vergessen und trotzdem ... er hat immer Schuh-Probleme. Und wenn man da jetzt noch so'n Nike-Schuh (möchte, Anm. v. Verf.)“ (A20).*

Oder dem Kind wird erlaubt, seine „Schwärmereien“ unter anderem im Zimmer durch Poster und Fotos auszuleben:

*„Da schwärmt man halt immer von dem einen Zivi .. oder von einem Fußballspieler (...) braucht man bloß in das Zimmer nach hinten gehen“ (A25).*

Auch in Gesprächen zwischen Kind und Eltern wird deutlich, dass es sich um kein tabuisiertes Thema handelt, was u. a. die Tatsache zeigt, dass Bianka während des Interviews anwesend war.

Bezüglich der Frage, ob man als Eltern eines behinderten Kindes eher Ansprechpartner ist, äußerten sich die Eltern konträr. Die Eltern von Bianka betonten, dass sie keinen Unterschied zu ihrem Sohn sehen, wohingegen die Mutter von Sebastian im Vergleich zu ihrer älteren Tochter sich schon mehr in der Rolle des Ansprechpartners sieht:

*„Ja, wahrscheinlich schon (mehr Ansprechpartner, Anm. v. Verf.). Die Veronika wurschtelt sich so durch. (...) Ich denk durch das Internet heutzutage, .. die holen sich ihre Informationen, die brauchen einen gar nicht (...) und dann (tauschen sie sich aus, Anm. v. Verf.) mit den Freundinnen“ (A15).*

Die Eltern äußerten auf die Frage, wohin sie sich bei auftretenden Problemen oder Fragen wenden würden, folgende Überlegungen:

*„Hmm, da hätt ich vielleicht beim Arzt nachgefragt, ob er mir helfen kann, dann wär da GRAUZONE und PRO FAMILIA (...) oder die Therapeuten, dass die vielleicht noch ne Adresse haben“ (A16).*

*„Also wenn's was Medizinisches wär, würde man sicherlich vom Arzt Rat holen (...) und wenn's was äh, wo man jetzt im Umfeld der Schule suchen müsste, (...) wenn irgendein Schüler jetzt da meint, handgreiflich zu werden oder so, dann würde man schnell an die Schule gehen, aber wenn's jetzt nicht unmittelbar mit den Schulumfeld zu tun hat, dann eigentlich nicht unbedingt“ (A37).*

Neben GRAUZONE und PRO FAMILIA nennen die Eltern außerdem die PSYCHOLOGISCHE BERATUNGSSTELLE und die CARITAS als mögliche Anlaufstellen. Bisher wurde aber noch keine Beratungsstelle aufgesucht, da es keinen Anlass gab.



Das Internet wird in diesem Zusammenhang ebenso erwähnt:

*„(...) ich denk, wenn ich jetzt mal was suchen müsste, da würde ich wahrscheinlich ein paar Stichworte im Internet eingeben und gucken auf welche Seite ich dann komm und wenn ich da grundsätzlich bei CARITAS lande, dann geh ich auf die CARITAS-Stelle (...). Ich denk, ich würd erst mal im Internet suchen“ (A44).*

Ebenso wurde in anderen Zusammenhängen oft der ASBH genannt, der unter anderem hilfreiche Beiträge zum Thema Sexualität und Spina bifida leistet.

### **Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule**

Bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule berichten alle Eltern, dass von der Schule zum Thema Sexualerziehung im Vorfeld ein Elternabend veranstaltet wurde. Dort wurde einerseits über die Inhalte des Unterrichts gesprochen, und zum anderen wurden verwendete Materialien vorgestellt. Die Eltern konnten sich dazu äußern, ob und inwiefern sie mit dem Inhalt und den Medien einverstanden sind.

Die Mutter von Sebastian berichtet, dass am Elternabend auch jemand von GRAUZONE, deren Schwerpunkt in der Prävention sexuellen Missbrauchs liegt, anwesend war.

In die Themenwahl wurden die Eltern nicht mit einbezogen. Wobei diesbezüglich bei allen Eltern auch kein Wunsch bestand, bzw. dieser nicht geäußert wurde:

*„(...) So lang (...) ich den Eindruck hab, dass das Ding ausreichend gemacht wird und auch (...) thematisch alles ein wenig gestreift wird oder durchgemacht wird, hab ich eigentlich weniger einen Grund“ (A36).*

Dennoch wird die Zusammenarbeit mit der Schule, zumindest im Sinne einer Aufklärung der Eltern über die Inhalte und deren Bedeutung als wichtig erachtet:

*„Also für mich ist halt interessant, immer zu wissen äh .. einfach so 'n Überblick, ich möchte da nicht bis ins Detail, .. aber ich möchte einfach den Stand gern haben, ich möchte jetzt wissen, warum er jetzt grad was macht (...)" (A10).*

Ein gezielter Austausch unter den Eltern fand im Rahmen des Elternabends und auch danach nicht statt. Im Zusammenhang mit der Thematik wird aber von Konflikten der Eltern untereinander berichtet, vor allem im Hinblick auf den Zeitpunkt der schulischen Sexualerziehung. Dabei war das Alter und die sexuelle Entwicklung der Kinder in Bezug auf den Zeitpunkt weniger ausschlaggebend, als vielmehr die allgemeine Einstellung mancher Eltern zur Thematik:

*„Ja es gibt halt immer noch Eltern, die das nicht wollen und irgendwo, also ich weiß*

*noch letztes Jahr am Elternabend, (...) haben wir mal klipp und klar gesagt, das Thema ist überfällig!*

*Ja, (...) die Lehrer haben uns zwar zugestimmt, aber es haben immer noch welche die Nase hochgezogen dabei (...)" (A32).*

*„Und wenn nämlich nochmal jemand was gesagt hätte, dann hätt ich am liebsten (...) gesagt, nehmen Sie Ihr Kind doch mit heim, wenn Sie nicht wollen“ (A34).*

Neben den angebotenen Elternabenden wurden auch Informationsabende von der Schule zu dieser Thematik angeboten, die teilweise auch besucht wurden.

Alle Eltern äußerten, dass sie sich bei Fragen an die Schule wenden könnten. Es gibt dort Ansprechpartner für verschiedene Themen, unter anderem auch zum Thema Sexualität.

### **Die Pflegesituation an der Schule für Körperbehinderte**

Sowohl Sebastian als auch Bianka sind sehr selbstständig, wodurch das Thema Pflege keine so große Rolle spielt. Sebastian kann mittlerweile in der Schule selbstständig seine Toilettengänge erledigen und hat auch früher kaum Unterstützung benötigt. Bianka braucht in bestimmten Situationen noch Hilfe, übernimmt aber ebenso den Großteil selbst:

*„Kathederisieren kann sie allein .. und wenn halt Stuhlgang drin ist oder kommt, (...) dann muss jemand mit“ (A45).*

Die Schule legt Wert auf die Pflegesituation, vor allem in Bezug auf eine gleichgeschlechtliche Pflege. Auch Biankas Eltern betonen, dass ihnen dies sehr wichtig ist, und sie zu Beginn der Schulzeit von Bianka den Wunsch auch geäußert haben.

Bezüglich der Wahrung der Intimsphäre kann Bianka die Toilettentüre verschließen, und - je nach Situation - selbst entscheiden, ob und inwiefern sie Hilfe benötigt.

Im Wesentlichen äußerten sich die Eltern mit der Pflegesituation zufrieden, wobei Biankas Vater einen negativen Aspekt anspricht:

*„Das einzige, was mich mal gestört hat, ist .. aber gut, das hat zum Glück nicht Überhand genommen, dass (...) da Praktikanten (beim Katheterisieren von Bianka zugeschaut haben, Anm. v. Verf.) (...) wenn man auch gar nichts damit zu tun hatte. Also so übertreiben braucht man's dann auch nicht. Auch wenn's in dem Fall auch wieder Frauen waren, gell, aber trotzdem“ (A46).*

### **Die Pflegesituation im Elternhaus**

Die Pflegesituation zu Hause ist ebenso dadurch gekennzeichnet, dass beide Kinder recht viel selbstständig übernehmen können. Sebastian benötigt in Bereichen wie An- und Ausziehen, Waschen, Toilettengang noch teilweise Unterstützung bzw. Anleitung. Bianka benötigt diese nur in Bezug auf den Toilettengang.

Im Gespräch mit den Eltern von Bianka wurde deutlich, dass sie bereits in der Zeit vor Pubertätseintritt von Bianka Wert darauf legten, dass sie den Toilettengang möglichst selbständig zu erledigen lernt. Sie veranlassten daher, dass Bianka lernt, das Kathederisieren selbstständig zu übernehmen:

*„Und dann haben wir beide auch psychologisch auf dem richtigen Ast erwischt, die wollten schon lang einmal bei einander schlafen und dann haben wir gesagt: 'Wenn ihr euch selber Kathederisieren könnt und nicht mehr die gegenseitige Mama das machen muss, dann könnt ihr auch bei einander übernachten.' Und dann ist Anna gleich mitgegangen“ (A49).*

Das eigenständige Kathederisieren lernte Bianka v. a. in einer Wochenendschulung des ASBH, die sie zusammen mit einem Elternteil und ihrer Freundin Anna besuchte.

Zu Hause übte sie dann mit Unterstützung der Eltern weiter, bis sie es selbstständig erledigen konnte:

*„(...) sie hat's so langsam eigentlich ja, unter Aufsicht, selbstständig gemacht“ (ebd.).*

Bianka hatte so die Möglichkeit, den Toilettengang bereits vor dem Eintritt ihrer Menstruation zum Großteil selbstständig zu übernehmen:

*„Und das war eigentlich auch der richtige Zeitpunkt da damit anzufangen. Das hat dann auch gepasst, gell? Da haben wir dann auch gleich den nächsten Kurs in P. gemacht“ (A48).*

Das Angebot des ASBH wurde von Biankas Eltern als sehr positiv und hilfreich bewertet, da sie sich bereits Gedanken gemacht hatten, wie sie Bianka das Kathederisieren beibringen könnten:

*„(...) Weil wir dann eigentlich immer überlegt haben, wie machen wir das? Können wir in die Klinik gehen, dass sie es uns in der Klinik zeigen, müssen wir es selber machen, bloß selber hast ja auch keine Ahnung von der Anatomie, wie erklärst es ihr da?“ (A49).*

Bezüglich der Pflegesituation von Sebastian erzählte seine Mutter, dass er lange Zeit nachts noch eine Windel „zur Sicherheit“ getragen hat:

*„Ein Stück weit war das Angst, dass ihm nachts da irgendwas passiert“ (A19).*

Mit der Umstellung auf eine neue Windelsorte (die als einzige von der Krankenkasse übernommen wurde, die Sebastian aber nicht mochte), versuchte seine Mutter, ihn vom Windeltragen abzubringen. Sie stellte ihn vor die Wahl:

„(...) entweder die oder du zahlst sie selber (...) oder keine .. Und das war gar kein schlechter Moment. (...) Und dann ging's. .. Ich weiß nicht, .. hat er ein-, zwei Mal (eingenässt, Anm. v. Verf.) .. aber mehr nicht“ (ebd.).

Sie berichtet weiter, dass Sebastian sich nicht genieren würde, und sie daher manche Situationen etwas lenken muss:

„Er ist absolut nicht geniert, er zieht sich äh .. er geht auch nicht irgendwie .. würd sich jetzt zurückziehen zum Umziehen. Und wenn dann mal Besuch da ist, (...) dann muss ich das immer ein bisschen regeln“ (ebd.).

### **Einstellungen der Eltern gegenüber Partnervermittlungen für behinderte Menschen und Sexualassistenten**

Partnervermittlungen für Menschen mit Behinderung werden von den Eltern als Option für das Kennenlernen eines Partners ihres Kindes nicht ausgeschlossen und teilweise auch als Chance begriffen, doch sind sie wohl eher - nach Ansicht der Eltern - das Mittel zweiter Wahl:

„Ja ich denk, das ist ja nichts Endgültiges, man versucht's (...) wenn man Interesse hat .. warum nicht .. man kann ja nachher sagen, 'Nö, es hat nicht funktioniert' oder 'Es klappt nicht' .. aber ja natürlich“ (A6).

„Also, ich würde das erst mal normal probieren (...) mit Kennenlernen und so .. und es muss ja kein behinderter Partner sein, das darf auch ein nicht behinderter Partner sein, also das (...) darf, aber das muss nicht“ (A30).

„Ich mein gut, wenn sie sich (...) jetzt schwer tut und wenn's da drum geht äh, dass man halt vielleicht (...) Leute die das gleiche Problem haben (...) kennenzulernen, da könnt ich mir das jetzt mal vorstellen. Wobei ich mir jetzt mit der .. Art Partnervermittlung .. na ja, ich will jetzt da nicht äh .. ja, gut, das kann jetzt ganz neutral sein, aber irgendwie jetzt nach dem Motto: „Katalog“ oder so irgendwas. (...) Ja, also so äh weiß nicht .. so wie nachher Chat und .. 'Machen wir doch mal ein Date und so', also ich weiß nicht, da wär ich mal ein wenig vorsichtig, ehrlich gesagt“ (A30).

Da Sebastian viel chattet, sieht seine Mutter für ihn darin eine mögliche Chance, Kontakte zu anderen zu knüpfen, da er ungern unter Leute geht:

„Er sitzt ja .. und ich denk, durch die Chatterei ist es .. vielleicht .. lockerer (...) und dann .. dass sich dann irgendwas ergibt .. ja, den Weg kann ich mir gut vorstellen“ (A6).

In Bezug auf Sexualassistenten werden unterschiedliche Ansichten der Eltern deutlich.

Sebastians Mutter berichtete, dass sie schon einmal einen Fernsehbeitrag zum Thema Sexualassistenten gesehen hat und äußert sich gegenüber der Sexualassistenten positiv, auch

wenn sie betont, dass es Überwindung kosten wird, diese in Anspruch zu nehmen:

*„Ja die Idee ist nicht schlecht, gell. Ich mein, da gehört schon was dazu, sich da so zu öffnen (...) Es ist eine gute Idee, wenn jemand Hilfe braucht .. und sie auch .. annimmt .. da gibt's wieder jemand, der sie bräucht, aber .. da ist ne Hemmschwelle da, der kann's nicht annehmen. .. Auf jeden Fall find ich's toll, dass es das Angebot gibt, für die die's möchten, find ich's toll. .. Also es ist schon ne Hemmschwelle da ..“ (A7).*

*Biankas Eltern hingegen äußern sich sehr kritisch und tendenziell ablehnend gegenüber Sexualassistenten:*

*„Also, ich muss jetzt ehrlich sagen, das ist .. ich kann doch nicht jemand jemand kommen lassen, so nach dem Motto 'Jetzt gib mir mal ein bisschen Zärtlichkeit, ein bisschen Gefühl', (...) da muss erst ne andere Basis da sein und dann muss das folgen und nicht umgekehrt, also .. egal ob jetzt behindert oder nicht behindert, grundsätzlich (...). Also jetzt bei nem Mädels finde ich das nochmal anders schon wie bei (...) nem Mann, ich mein, viele Männer gehen zu Prostituierten und .. da könnt ich's mir bei Behinderten jetzt genau so vorstellen. Aber bei einer Frau .. also ich würd' jetzt keinen Callboy kommen lassen oder so, da hört man eigentlich auch viel weniger oder?“ (A31).*

### **Wünsche und Befürchtungen der Eltern in Bezug auf die Zukunft ihres Kindes**

Die Eltern äußerten teils auf direkte Fragen, teils aber auch in anderen Zusammenhängen ihre Wünsche und Vorstellungen in Bezug auf die Zukunft ihres Kindes.

Für Sebastians Mutter ist der Wunsch groß, dass ihr Sohn später einmal eine Partnerin findet und nicht alleine sein muss:

*„Das wünsch ich mir, das würd' ich mir für'n Sebastian ja auch wünschen, dass er mal jemanden findet, dass er nicht allein ist weil da .. ja .. ich mein, das sind halt schon so Horrorgedanken, die man da hat, wie das mal ist, ja, das Alleinsein. (...) Also .. ich find's schön, wenn sich da zwei finden. Aber wie das jetzt letztendlich .. ich mein erzwingen kann man nichts, und es ist (...) bestimmt schwieriger jemanden kennen zu lernen“ (A3).*

Für Biankas Eltern ist ebenso der Wunsch nach einer Partnerschaft ihrer Tochter da. Sie äußern aber auch ihre Gedanken dazu, wie sie sich die Zukunft von Bianca bezüglich des Wohnens und Arbeitens vorstellen:

*„Ich mein, wir machen uns auch Gedanken, was, wie sie später mal, (...) wie's klappt oder so und wir denken da eigentlich, dass es vielleicht dann so Richtung eher Wohngemeinschaft mit ner Freundin erst vielleicht anfangs mal anlaufen wird oder so. Wenn du mal nicht mehr daheim bist, gell .. du und Anna (...)“ (A26).*

*„Na gut, ich mein, das wär das erste.. gehen wir mal davon aus, dass sie zumindest irgendwie im Bereich Berufsvorbereitung oder so irgendwann vielleicht schon mal internatsmäßig oder so, das wär vielleicht schon mal ein erster Schritt*

*dann könnt ... wie weit gehend das sein wird, sei jetzt mal dahin gestellt“ (ebd.).*

*„Ja gut, dass du irgendwann mal einen Freund hast .. gehen wir auch mal davon aus. (...) aber erst, wenn du so weit bist“ (A26).*

Vor allem Biankas Mutter berichtet davon, dass sie über Schwangerschaften bei Frauen mit Spina bifida schon das ein- oder andere gelesen hat. In ihren Äußerungen wird in jedem Fall nicht ausgeschlossen, dass Bianka später einmal Kind(er) haben wird:

*„Klar, im Moment ist das noch kein Thema, aber warum nicht, ich mein, warum nicht, also ich würd ihr das jetzt nicht abstreiten .. absolut nicht ..“ (A26).*

*„(...) man liest das natürlich auch, wie Schwangerschaften ablaufen, ob's Probleme gibt oder .. Zwar jetzt nicht körperlich, körperlicher Art, ich mein, das kann's bei ihr natürlich auch geben, (...) dass es in der Regel Kaiserschnitt-Geburten sind, solche Sachen muss man einfach im Vorfeld wissen (...) Jetzt was ich ganz interessant fand, (...) die zwei Frauen mit Spina, die Kinder gekriegt haben, dass die eine, also ich glaub drei Ärzte ausprobiert hat, bis sie sich schließlich (...) wohl gefühlt hat. (...) Ich mein, dass da vielleicht äh jetzt nicht unbedingt grad zum nächsten Frauenarzt, der um die Ecke wohnt, gehst, wenn das mal Thema ist, aber das sind, das sucht man dann, wenn's so weit ist“ (A43).*

### **Zusammenfassung**

Die Eltern äußerten sich sehr offen gegenüber der Thematik. Es wurde deutlich, dass sie sich mit einigen Themenbereichen intensiver auseinandersetzten als mit anderen. So äußerten sie sich beispielsweise nur sehr verhalten zu dem Themenbereich der gesellschaftlichen Einstellungen und der damit verbundenen Auswirkungen auf die (sexuelle) Entwicklung. Neben der Tatsache, dass dieser Themenbereich zu Beginn des Interviews angesprochen wurde, kann nur darüber spekuliert werden, dass diese Thematik für die Eltern im Vergleich zu den anderen Themen, wie beispielsweise der Sexualerziehung an der Schule, wenig Relevanz besitzt.

Es wurde deutlich, dass die Eltern typische Verhaltensweisen und Entwicklungen ihrer Kinder positiv hervorheben, die denen gleichaltriger, nicht behinderter Jugendlicher gleich sind. So heben die Eltern von Bianka vor allem die Schwärmereien ihrer Tochter hervor sowie ihre normale sexuelle Entwicklung, während Sebastians Mutter davon berichtet, dass ihr Sohn häufig mit Freunden chattet und sie schon auch mal aus dem Zimmer schicken würde. Die Pubertät kann so in gewisser Weise von den Eltern als ein Stück Normalität betrachtet werden, die trotz der Behinderung normal verläuft.

Sexuelle Handlungen ihrer Kinder, wie Küssen, Selbstbefriedigung oder Geschlechtsverkehr verneinen die Eltern. Biankas Eltern äußern an verschiedenen Stellen, dass sich ihre Tochter momentan nur in der Phase der Schwärmerei befindet und schließen wohl damit andere sexuelle Handlungen wie beispielsweise Selbstbefriedigung aus.

Mit Ausnahme des Zeitpunkts der schulischen Sexualerziehung äußerten sich die Eltern zufrieden gegenüber den Inhalten und der Umsetzung. Die Begleitung oder Übernahme des Unterrichts durch Fachkräfte von Beratungsstellen wurde von den Eltern als positiv bewertet, aufgrund ihrer Neutralität und ihrer Fachkenntnisse.

Als wichtige Kriterien einer guten Sexualerziehung nannten die Eltern - neben dem körperlich orientierten Aufklärungsunterricht - zum einen die Thematisierung zwischenmenschlicher Beziehungen und die damit einhergehende Verantwortung gegenüber dem Anderen, und zum anderen die Konsequenzen, die sich aus dem Sexualakt ergeben können. Des Weiteren soll Sexualität als etwas Positives dargestellt werden, aber auch als etwas, das gesellschaftlichen Normen und Werten unterliegen sollte. Außerdem soll das Selbstbewusstsein der Kinder und Jugendlichen gestärkt und die Körperwahrnehmung geschult werden, um sexuellem Missbrauch vorzubeugen. Bei Fragen und Problemen sollte den Schülern ein Ansprechpartner zu Verfügung stehen.

Eine explizite Vorbereitung der Eltern in Bezug auf die Sexualerziehung ihrer Kinder fand nicht statt. Allerdings erfuhren sie im Voraus auch schon einiges über die Thematik „Sexualität und Behinderung“.

Bei Bianca übernahmen die Eltern die Aufklärung bezüglich der Menstruation, um sie darauf vorzubereiten und unnötige Ängste bei ihr zu vermeiden.

Bei Sebastian fand bisher keine explizite Aufklärung durch die Eltern statt, da er derzeit noch wenig Interesse an der Thematik zeigt.

Bei aufkommenden Fragen oder Problemen würden sich die Eltern an Ärzte, Therapeuten, Beratungsstellen und ggf. an die Schule wenden.

Die Eltern äußerten sich zufrieden im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit der Schule zur Thematik.

Die Selbstständigkeit ist bei beiden Kindern recht groß, auch was die Pflege und eigenständige Beschäftigung betrifft. Vor allem bei Biankas Eltern wird deutlich, dass sie großen Wert auf die Selbstständigkeit ihrer Tochter im pflegerischen Bereich (Toilettengang) legen. Möglicherweise könnte dies auch in Zusammenhang mit den recht konkreten Zukunftsplänen für die Tochter stehen.

In Bezug auf Partnervermittlungen für behinderte Menschen und Sexualassistenz werden sehr unterschiedliche Meinungen deutlich. Sebastians Mutter bewertet beides als positiv und als Chancen für Menschen mit Behinderung, wenngleich sie diese nicht in Bezug auf Sebastian beurteilt. Biankas Eltern stehen beidem tendenziell ablehnend gegenüber. Bezüglich der Partnervermittlung haben sie die Vorstellung und den Wunsch, dass Bianca ohne diese einen Partner (möglicherweise auch ohne Behinderung) findet. Sexualassistenz kommt für Bianca aus Sicht der Eltern überhaupt nicht in Frage. Diese wird vor allem aus

moralischen Gründen abgelehnt.

Der Wunsch, dass beide Kinder später einmal einen Partner haben, ist bei den Eltern sehr groß. Bei Bianca wird eine Schwangerschaft nicht ausgeschlossen.

Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse können im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und Schule einige wichtige Konsequenzen bezüglich "Sexualität und Behinderung" formuliert werden.

Zuvor seien jedoch wesentliche Grundlagen einer guten Zusammenarbeit aufgeführt, die das Grundgerüst für die daran anschließenden Schlussfolgerungen bieten.



## 8. Die Zusammenarbeit zwischen Elternhaus und der Schule für Körperbehinderte

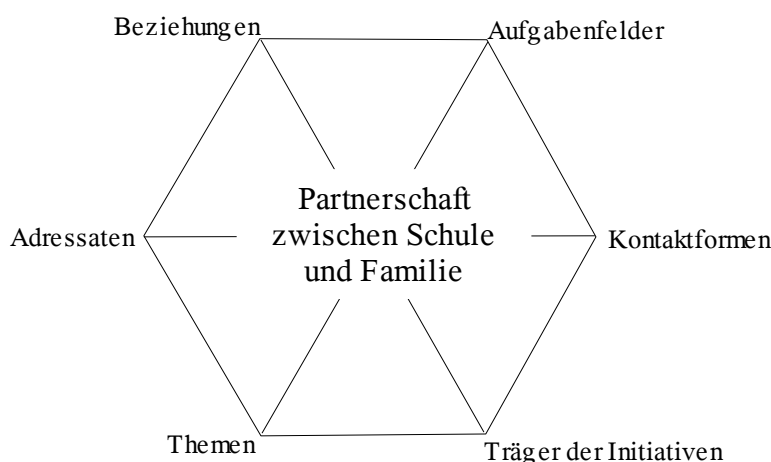
### 8.1 Wie kann eine gelungene Zusammenarbeit aussehen?

Eine gelungene Zusammenarbeit mit den Eltern bedeutet,

*„dass sich beide Teile, Eltern und Professionelle, als Teilhaber an einer gemeinsamen Aufgabe erfahren (Hofman u. a. 1993). Dies bedeutet, dass beide sich gegenseitig achten und ergänzen. Dabei mag der Experte über das differenziertere und qualifiziertere Wissen und Können verfügen, dies jedoch im Wesentlichen in genereller Hinsicht. Was aber die individuelle Situation des Kindes betrifft, so dürfte dafür niemand kompetenter sein als seine Mutter und sein Vater. Die Rolle des professionellen ist deshalb eine assistierende“ (SPECK 2005, 313).*

Was SPECK in wenigen Worten meiner Ansicht nach sehr treffend zusammenfasst, soll im Folgenden in Anlehnung an SACHER (2008) versucht werden, zu konkretisieren. Dabei soll es darum gehen, zunächst äußere Rahmenbedingungen aufzuzeigen, die dazu beitragen sollen, dass sich Eltern und Lehrer als „Teilhaber einer gemeinsamen Aufgabe“ sehen.

SACHER (2008, 45) veranschaulicht in seinem „Rahmenmodell der Elternarbeit“ auf übersichtliche Weise wesentliche Faktoren, die zu dem äußeren Rahmen einer gelungenen Zusammenarbeit zwischen Eltern, Lehrern und Schülern<sup>15</sup> beitragen:



Die einzelnen Faktoren seien im Folgenden näher erläutert und ggf. auf die Schule für Körperbehinderte übertragen.

<sup>15</sup> SACHER bezieht auch die Schüler mit ein, da er eine Zusammenarbeit mit den Eltern unter Ausschluss der Schüler als wenig effektiv und moralisch nicht vertretbar hält (vgl. ebd., 35).

**Beziehungen:**

„Elternarbeit muss eingebettet sein in die gesamte Beziehungs- und Kommunikationskultur der Schule, an welcher die drei Personengruppen der Schüler, Lehrkräfte und Eltern Anteil haben“ (ebd., 35).

Beziehungen werden in diesem Zusammenhang auf der Organisationsebene beschrieben und bilden die Grundlage einer gelungenen Interaktion zwischen und innerhalb der „Subsysteme Eltern, Schüler und Lehrkräfte“ (ebd.). Eine einseitige oder unzureichende Kommunikation sowohl innerhalb eines Subsystems als auch in Bezug auf die anderen Subsysteme wirkt sich negativ auf eine effektive Zusammenarbeit mit den Eltern aus.

**Kontaktformen:**

SACHER unterscheidet zwischen zwei Kontaktformen: den formellen und den informellen.

Unter formellen Kontakten versteht er den Besuch von Sprechstunden, Elternsprechtagen und Elternabenden. Sie zeichnen sich meist durch festgefahrene Muster und hierarchische Verhältnisse aus. Unter informellen Kontakten versteht er wenig formelle und wenig festgefahrene Kontakte, die auf gleicher Augenhöhe stattfinden.

Darüber hinaus differenziert er zwischen Einzel- und Gruppenkontakten und merkt an, dass Einzelkontakte effektiver im Sinne des Kontaktnutzens für die Partner sind, auch wenn sie gerne gemieden werden. In der Schule für Körperbehinderte ergeben sich aufgrund der Förderplangespräche ein- bis zweimal im Jahr Einzelgespräche mit den Eltern. Diese haben allerdings oft eher formellen Charakter.

**Aufgabenfelder**

Die US-amerikanische „Parent Teacher Association“ (National PTA 1997) hat nationale Standards in Bezug auf die verschiedenen Aufgabenfelder der Zusammenarbeit formuliert, die SACHER übernommen und ergänzt hat, und die sich meiner Ansicht nach auch gut im Hinblick auf die Zusammenarbeit an der Schule für Körperbehinderte eignen:

- „*Communicating*“: regelmäßiger Informationsaustausch zwischen Schule und Elternhaus (sowohl zwischen Schule und Familie, als auch zwischen Familie und Schule!)
- „*Parenting*“: Eltern sollen durch die Elternbildung in ihren elterlichen Fähig- und Fertigkeiten unterstützt werden mit dem Ziel, ihr Selbstwertgefühl zu stärken und Zutrauen in ihre Rolle als Eltern zu gewinnen. Dabei darf dieses Aufgabenfeld nicht mit der Unterstellung verbunden sein, dass Eltern erst ihre elterlichen Kompetenzen vermittelt werden müssten.
- „*Student learning*“: Unterstützung der Lernprozesse der Kinder durch die Eltern
- „*Volunteering*“: freiwillige Hilfeleistungen der Eltern sind in der Schule willkommen und

gewünscht

- „*School Decision Making and Advocacy*“: Einbeziehung der Eltern als gleichwertige Partner bei allen Entscheidungen, die die Kinder und die Familie betreffen
- „*Collaborating with Community*“: zur Stärkung der Schulen, Familien und zur Verbesserung des Lernens der Schüler sollen lokale Ressourcen einbezogen und genutzt werden.
- „*Unterhalten regelmäßiger und intensiver Kontakte*“
- „*Entwicklung und Pflege einer günstigen Atmosphäre zwischen Schule und Familie*“ (SACHER 2008, 42-43).

### **Themen:**

Gerade an der Schule für Körperbehinderte ist es problematisch, wenn von den Lehrkräften nur Themen angesprochen werden, die sich auf das schulische Lernen beziehen. Vielfältige Erziehungsfragen und Fragen im Bezug auf die Entwicklung des Kindes sowie Zukunftsfragen sind Themen, die Eltern ebenso beschäftigen, die aber leider selten in der Schule thematisiert werden, was sich wiederum negativ auf das Interesse der Eltern an Elternabenden o. ä. auswirkt.

### **Adressaten:**

Eltern sind sehr unterschiedlich im Hinblick auf ihr Bildungsniveau, ihre Einstellungen, ihre Herkunft (Migrationshintergrund) usw., was jeweils eine individuelle Ausrichtung der Zusammenarbeit mit den Eltern verlangt. Bei Familien, die beispielsweise unter der Armutsgrenze leben, sind die Probleme und Interessen oft ganz andere als bei einer Mittelschichtsfamilie.

### **Träger der Initiativen:**

Hier stellt sich die Frage danach, von wem eine Initiative auszugehen hat. SACHER sieht die Aufgabe hier klar bei der Schule:

*Die Organisation und Pflege des Kontaktes zwischen Schule und Elternhaus ist eine „Bringschuld“ der Schule und nicht etwa eine „Holschuld“ der Eltern!“*  
( SACHER ebd., 44).

Dies heißt allerdings nicht, dass Schüler und Eltern keine Initiative ergreifen dürfen. Aus psychologischen Gründen ist es sogar oft besser, wenn Eltern beispielsweise Hausbesuche vorschlagen (vgl. ebd., 35-45).

Rahmenbedingungen sind wenig fruchtbar, wenn die Voraussetzungen einer guten

Atmosphäre zwischen Schule und Familie nicht gegeben sind. Eltern kommen ungern in die Schule, versuchen sich so weit es geht, aus dem Schulleben herauszuziehen und wenden sich nur dann an die Lehrer, wenn Probleme auftreten. Diese Vorwürfe der Lehrer an die Eltern sind keine Seltenheit. Auf der anderen Seite machen Eltern Lehrern den Vorwurf, dass sie sich ebenso nur bei Problemen des Kindes an sie wenden würden. Die große Gefahr besteht darin, dass beide Seiten feste Stellungen beziehen und sich Misstrauen entgegenbringen. Diese Ausgangslage ist alles andere als förderlich für eine gute Zusammenarbeit. Zur Lösung einer solchen festgefahrenen Situation sollten die Lehrer wesentlich beitragen, bzw. die Initiative ergreifen. Aus zweierlei Hinsicht sieht SACHER darin die Aufgabe der Lehrer:

*„Zum einen sind hier Lehrkräfte als Professionals gefordert. Zum anderen ist der potentielle Wirkungsgrad von Lehrerinitiativen weitaus größer: Eine Lehrkraft kann viele Eltern erreichen, ein Elternteil hingegen in der Regeln nur einzelne Lehrkräfte“ (ebd., 73).*

SACHER führt vier „*Stellschrauben der Atmosphäre*“ (ebd., 74) auf, die auch meiner Ansicht nach wesentlich zu einer guten Zusammenarbeit beitragen und eine Basis gegenseitiger Achtung und gegenseitigen Vertrauens bilden.

Um in einem regelmäßigen Kontakt mit den Eltern zu stehen, soll ein kontinuierlicher *Informationsaustausch* dienen. Eine an der Schule für Körperbehinderte inzwischen gängige Form ist das Mitteilungsheft, das täglich zwischen Elternhaus und Schule „wandert“ und idealerweise von beiden Seiten nicht nur dazu verwendet wird, Formelles zu regeln, sondern auch dazu, Begebenheiten o. ä. des Tages mitzuteilen.

Ganz allgemein bietet es sich auch an, die Eltern regelmäßig (z. B. am Ende der Woche) darüber zu informieren, was derzeit in der Schule passiert, und womit sich die Schüler beschäftigen. Vor allem bei Schülern, die sich nicht (verbal) mitteilen können, trägt das auch zu einem besseren Verständnis zwischen Kind und Eltern bei. Ebenso können Schülerarbeiten ausgestellt werden. Möglich ist auch, dass den Eltern das Angebot unterbreitet wird, im Unterricht zu hospitieren, oder ihnen zumindest den Unterrichtsablauf durch Fotos u. ä. zu veranschaulichen. Die Transparenz des Unterrichts ist daher auf der einen Seite sehr wichtig, ist aber nur dann fruchtbar, wenn auf der anderen Seite auf das Feedback der Eltern eingegangen wird, und Konsequenzen daraus gezogen werden.

Als weiteren Bereich führt SACHER die *Gesprächskontakte* an, welche vorwiegend informellen Charakter haben sollten. Um Gesprächskontakte zu ermöglichen und zu fördern, sind flexible Sprechzeiten des Lehrers wichtig. Lehrer sollten aktiv auf Eltern zugehen, sie ansprechen und Gesprächsmöglichkeiten offerieren und nicht abwarten, bis sich die Eltern (dann meist mit Problemen) an sie wenden.

Die *Bitte um Hilfe* als ein Baustein guter Atmosphäre mag vielleicht zunächst verwundern,

doch ist es nahe liegend, dass sich Eltern in ihrem Selbstbewusstsein gestärkt fühlen, wenn sie erleben und sehen, dass sie wirklich gebraucht werden. Ein häufig zu beobachtendes Problem ist allerdings, dass Eltern um Hilfe gebeten werden, aber sonst aus dem Schulleben weitgehend zurückgehalten werden und ihre Interessen wenig Berücksichtigung finden. Unter solchen Voraussetzungen hilft niemand gerne, allenfalls aus Pflichtgefühl.

In diesem Zusammenhang steht auch der vierte Baustein, die *Mitwirkungsmöglichkeiten der Eltern*. Damit ist neben der Mitwirkung an Festen und sonstigen Veranstaltungen auf Schul- und Klassenebene auch die Einbeziehung in den Unterricht gemeint, indem Eltern ihre Kompetenzen einbringen können (vgl. ebd., 74-75).

An der Schule für Körperbehinderte ist es üblich, dass die Kinder und Jugendlichen mit dem Schulbus gebracht und wieder abgeholt werden. Im Vergleich zu Regelschulen, insbesondere der Grundschule, sind Eltern daher viel seltener an der Schule. Hinzukommen teilweise große Entfernungen, die es den Eltern erschweren, eben mal kurz in der Schule vorbei zuschauen.

Unabhängig davon, sollten Eltern aber immer das Gefühl haben, an der Schule willkommen zu sein. Daran müssen neben den Lehrern auch Rektoren, Sekretariatskräfte und Hausmeister mitwirken. Die Schule sollte gemeinsam mit den Eltern nach Möglichkeiten suchen, wie auch ein Austausch der Eltern untereinander angeregt werden kann. Dass offensichtlich ein großes Bedürfnis nach einem Austausch mit anderen betroffenen Eltern besteht, zeigt ein Blick in Internetforen (vgl. [www.rehakids.de](http://www.rehakids.de); [www.besondere-kinder.de](http://www.besondere-kinder.de)).

Bisher wurden sehr pauschalisierte Aussagen in Bezug auf die Eltern gemacht. Die Gruppe der Eltern bedarf allerdings einer differenzierten Betrachtung, ist sie doch aufgrund unterschiedlicher soziokultureller Lebensformen der Familien sehr heterogen. Diese Heterogenität führt nicht selten zu Schwierigkeiten der Zusammenarbeit, denn als *„Angehörige (klein-)bürgerlicher Lebenswelten befinden sich Fachleute in einer sozialen und kulturellen Distanz zu den ihnen fremden Lebenswelten sozial benachteiligter und randständiger Menschen“* (WEISS 2003, 119).

Die Konsequenz ist eine differenzierende Zusammenarbeit mit den Eltern in der Hinsicht, als dass die soziokulturellen Hintergründe der Eltern bzw. Familien Berücksichtigung finden und ernst genommen werden müssen. SACHER (ebd., 225f) führt in diesem Zusammenhang wesentliche Aspekte für die Zusammenarbeit mit sozial benachteiligten Eltern auf. Im Rahmen dieser Arbeit sei allerdings nur darauf verwiesen.

In diesem Kapitel konnten wesentliche Aspekte aufgezeigt werden, die unabhängig der

zugrundeliegenden Thematik eine Basis guter Zusammenarbeit darstellen. Sie bieten eine gute Grundlage, auf die nun themenspezifisch weitere Überlegungen aufgebaut werden können.

## **8.2 Welche Konsequenzen ergeben sich aufgrund der gewonnenen Ergebnisse für die Zusammenarbeit?**

Nicht nur im Austausch mit Eltern, sondern gerade auch mit Lehrern der Schule für Körperbehinderte wurde immer wieder die große Unsicherheit im Umgang mit der Sexualität (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher deutlich. Sie ist ein entscheidendes Kriterium dafür, dass Sexualität von Menschen mit Behinderung auch heute noch oft zu einem Randthema an der Schule für Körperbehinderte degradiert wird. Mögliche Folgen sind eine Herausögerung der Sexualerziehung behinderter Kinder und Jugendlicher und eine sehr zurückhaltende Zusammenarbeit mit den Eltern.

Dies führt, wie in einem der Interviews deutlich wurde, im ungünstigen Fall dazu, dass Eltern sich allein gelassen fühlen und sich schließlich gezwungen sehen, die Initiative zu ergreifen.

Es stellt sich daher im Rückblick auf die theoretischen Erläuterungen sowie die Ergebnisse der Interviews die Frage, wie eine fruchtbare Zusammenarbeit in Bezug auf die Sexualität der körperbehinderten Kinder und Jugendlichen aussehen kann.

Wenn davon ausgegangen werden kann, dass neben bestehenden Einstellungen die Unsicherheit der Lehrer ein wesentlicher Faktor ist, der zur Vermeidung der Thematik führt, muss nach Wegen gesucht werden, die zu einer Verringerung dieser Unsicherheit beitragen können. Bereits in der Ausbildung müsste diese Thematik intensiviert werden, um sich an erster Stelle mit ihr auseinanderzusetzen und um an zweiter Stelle Grundlagen zu erwerben, die dazu beitragen, Unsicherheiten abzubauen. Darauf basierend müssten an den Schulen für Körperbehinderte vermehrt und regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Sexualität und Behinderung“ angeboten werden.

Auch wenn eine gewisse Unsicherheit aufgrund der tabubehafteten Thematik wohl kaum zu vermeiden ist, sollten Lehrer den Mut haben, das Thema offen und frühzeitig mit den Eltern anzusprechen, denn als Professionelle liegt es im Sinne von SACHER (2008) an ihnen, den ersten Schritt zu tun.

In Anbetracht der Einflussgröße, die Eltern auf die sexuelle Entwicklung sowie das sexuelle Erleben ihres Kindes haben (vgl. ORTLAND 2006, 194) ist es wichtig, Eltern sehr früh einzubeziehen. Eltern und Lehrer haben so die Möglichkeit an diesem Thema, konform der Entwicklung der Kinder, immer andere Facetten zu beleuchten und die Unsicherheit nach

und nach abzubauen. Idealerweise sollte die Thematik bereits im Kindergarten angesprochen werden, spätestens jedoch dann in der Schule. Dabei bietet beispielsweise die Thematisierung der Pflegesituation oder der körperorientierten Therapie einen ersten Anlass über den Zusammenhang der Pflege und der sexuellen Entwicklung des Kindes zu reflektieren. Sicherlich sind in der Unterstufe andere Themen als in der Mittel- und Oberstufe von Relevanz, vermutlich wird sich das Interesse an der Thematik mit zunehmender (sexueller) Entwicklung der Kinder auch verstärken und mehr Raum einnehmen, doch so können sowohl Eltern als auch Lehrer gemeinsam in diese Thematik hineinwachsen.

Anders als Themen, die sich beispielsweise mit den Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen befassen, erfordert die Thematisierung der Sexualität eine sehr viel größere Sensibilität. Ein kontinuierlicher Austausch zwischen Lehrern und Eltern, aber auch der Austausch innerhalb der Gruppe der Lehrer und der Gruppe der Eltern kann dazu führen, dass nach und nach eine vertrauensvolle Basis entsteht, welche eine wichtige Voraussetzung gerade im Hinblick auf die gemeinsame Auseinandersetzung mit der Thematik bildet. Ein achtungsvoller Umgang, der die Kompetenzen der Eltern und nicht ihre Unzulänglichkeiten in den Mittelpunkt stellt und ihre Wünsche und Äußerungen ernst nimmt und umsetzt, ist unerlässlich, um eine Atmosphäre zu schaffen, die ein vertrauensvolles Miteinander ermöglicht.

Von einem reinen Informationsaustausch ist gerade bei dieser Thematik abzusehen, wenngleich dieser auch Bestandteil sein sollte und der Wunsch der Eltern in den Interviews auch dahingehend geäußert wurde. Im Zusammenhang mit dem Thema ist es wichtig, dass gemeinsam mit den Eltern nach möglichen Formen des Austauschs gesucht wird, die den Bedürfnissen der Eltern angepasst werden können. Einerseits wird es wichtig sein, nach Wegen zu suchen, die den Eltern untereinander die Möglichkeit bieten, in einen ungezwungenen Austausch zu treten. Denkbar wäre die Einrichtung eines Elternraums in der Schule, gemeinsame Ausflüge oder auch die Einrichtung eines Elternforums auf der Schulhomepage, in welchem Eltern das Thema anonym ansprechen können, um auf diesem Wege in einen Austausch zu kommen. Zum anderen ist nach Formen zu suchen, die einen kontinuierlichen Austausch zwischen Lehrern und Eltern ermöglichen. Gerade auch Eltern, die sehr selten zu den Elternabenden kommen, gilt es in diese Überlegungen mit einzubeziehen.

Neben Elternabenden zu der Thematik, wäre auch im Sinne des „Parenting“ anzudenken, klassenübergreifende Themenabende (vgl. ORTLAND 2008, 96) zu veranstalten, die die Interessen der Eltern aufgreifen und ihnen die Möglichkeit bieten, ihr Wissen zu erweitern. Mögliche Themen könnten sein „Die sexuelle Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen mit Behinderung“, „Sexualität und schwerste Behinderung“, „Sexualität bei Kindern und

Jugendlichen mit Muskeldystrophie“, „Sexualassistenz“, „Sterilisation und Behinderung“ u. v. m. Hier bietet es sich an, auch „Experten von Außen“ an die Schule zu holen, was auch von den Eltern in den Interviews als sehr positiv bewertet wurde.

Die Veranstaltung von Themenabenden wurde von einer Interviewpartnerin als interessant und hilfreich bewertet, wird allerdings meinem Eindruck nach immer noch selten an den Schulen angeboten. In Abstimmung mit den zeitlichen Ressourcen der Eltern und ihrem Bedarf gilt es die Häufigkeit solcher Themenabende festzulegen. Es ist nicht zu vergessen, dass viele Eltern behinderter Kinder, gerade auch in den unteren Klassen, noch mit sehr vielen anderen Themen beschäftigt sind, und daher die Sexualität ihres Kindes womöglich in den Hintergrund tritt.

Die intensivere Auseinandersetzung mit der Behinderung des Kindes kann aufgrund des Sonderschulbesuchs wieder ausgelöst werden, so dass für die Eltern zunächst andere Fragen deutlich akuter sind. Ebenso können Erkrankungen oder Operationen des Kindes und Jugendlichen das Thema der Sexualität des Kindes überlagern. Es gilt daher von Lehrerseite auch Verständnis dafür aufzubringen, wenn Eltern sich nicht in der Lage sehen, sich mit einer weiteren Thematik auseinanderzusetzen. Ebenso gilt es Verständnis für besondere familiäre Ausgangsbedingungen aufzubringen, beispielsweise für alleinerziehende Eltern und Familien, die sozial randständig sind. Dennoch sollten die Bemühungen des Lehrers immer wieder darauf ausgerichtet sein, auch und gerade diese Eltern einzubinden.

Das Angebot von Themenabenden soll den Eltern eine intensivere Auseinandersetzung mit der Sexualität ihres Kindes, aber auch mit den eigenen Einstellungen, Wünschen und Ängsten ermöglichen und dazu beitragen, dass sie ihre elterlichen Kompetenzen erweitern können, möglicherweise auch andere Perspektiven auf die Sexualität ihres Kindes erhalten und letztendlich Wege sehen, wie sie positiv auf die sexuelle Entwicklung ihres Kindes einwirken können.

Die für den Kontaktaufbau oft wichtigen Tür- und Angelgespräche bleiben in der Schule für Körperbehinderte meist aus, da die Kinder am Morgen mit dem Schulbus zur Schule gebracht werden. Daher sollten zumindest flexible Sprechzeiten des Lehrers und verschiedene Möglichkeiten des Austauschs (Mitteilungsheft, Telefon, E-Mail) die Kontaktaufnahme erleichtern. In jedem Fall sollten neben Eltern- und Themenabenden auch Einzelgespräche angeboten werden, um den individuellen Bedürfnissen der Eltern gerecht zu werden. Denn wie in einem der Interviews deutlich wurde, sehen Eltern den Elternabend zur Beantwortung individueller Fragen als wenig hilfreich an.

Bei individueller Beratung kann es, falls Bedarf besteht, auch hilfreich sein, wenn die



Lehrperson zwischen den Eltern und einer Beratungsstelle vermittelt.

Die Äußerungen der Eltern in den Interviews lassen darauf schließen, dass in der Schule für Körperbehinderte Elternabende im Zusammenhang der Sexualerziehung angeboten wurden, diese aber den Erzählungen zufolge wohl kaum den Rahmen überschritten, der aufgrund der Richtlinien zur Sexualerziehung in Deutschland vorgeschrieben wird. Diese sehen vor, dass Eltern von den Lehrkräften über Medien und Methoden der Sexualerziehung aufzuklären sind (vgl. BZgA 2004, 219).

Dass eine Aufklärung der Eltern alleine viel zu kurz greift und die elterlichen Kompetenzen nicht berücksichtigt, zeigt sich nicht zuletzt auch in den Interviews, in welchen die Eltern sehr konkrete Vorstellungen über mögliche Inhalte der Sexualerziehung äußerten. Der Einbezug der Eltern in die Auswahl inhaltlicher Schwerpunkte der schulischen Sexualerziehung sollte somit gewährleistet werden.

"Sexualität und Behinderung" ist aufgrund seiner Tabuisierung ein Thema, das mit viel Reflexion des Lehrers verbunden sein sollte. Vieles kann gelingen, wenn Lehrer verstehen, welche Wünsche, Sichtweisen, Bedürfnisse und Kompetenzen Eltern haben. Diese werden auch von Klasse zu Klasse variieren und somit ist es schwer, allgemeingültige Regeln aufzustellen. Lehrer sollten den Mut haben, von Zeit zu Zeit Eltern danach zu fragen, was ihnen wichtig ist, an welchen Stellen sie Verbesserungen wünschen und womit sie zufrieden sind.

Eine gute Möglichkeit kann neben dem persönlichen Austausch mit den Eltern auch ein Blick in Internetforen<sup>16</sup> bieten. Hier tauschen sich Eltern über ihre Probleme, Ängste und Einstellungen zur Thematik aus. Die Darstellungen der Eltern dürften hier ungezwungener, offener und realistischer sein, da ihnen ein anonymer Austausch ermöglicht wird. Der Lehrer kann sich so vermutlich ein objektiveres Bild verschaffen.

Die wesentlichen Konsequenzen der Zusammenarbeit im Hinblick auf das Thema „Sexualität und Behinderung“ lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Intensiver und regelmäßiger Austausch zwischen Eltern und Lehrern sowie der beiden Gruppen untereinander.
- Erweiterung der Kompetenzen sowohl bei Eltern als auch bei Lehrern, um der existierenden Unsicherheit entgegenzuwirken.
- Angebote der Schule zur Kompetenzerweiterung von Eltern und Lehrern durch Fortbildungen und Themenabende.

---

<sup>16</sup> Im Literaturverzeichnis finden sich unter [www.besondere-kinder.de](http://www.besondere-kinder.de), sowie unter [www.rehakids.de](http://www.rehakids.de) die genauen Links, die Einblick in den Austausch von Eltern bezüglich der Thematik geben.

- Thematisierung der Sexualität von Kindern mit Behinderung bereits in der Unterstufe.
- Anknüpfen an die Kompetenzen der Eltern und Berücksichtigung ihrer Voraussetzungen.
- Eltern von Kindern mit schwerster Behinderung in den Themenangeboten berücksichtigen.
- Einbezug der Eltern in den Unterricht.
- Einholen regelmäßiger Rückmeldungen der Eltern zur Zusammenarbeit und Ableitung von Konsequenzen.

## 9. Abschließende Überlegungen

Die zu Beginn meiner Arbeit formulierten Fragen halfen mir, den anfänglich im Raum stehenden Titel: „*Sexualität und sexuelle Entwicklung (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher - Konsequenzen für die Zusammenarbeit mit Eltern*“, nach und nach mit Inhalt zu füllen. Sie zwangen mich von Zeit zu Zeit zur Reflexion und zeigten immer auch, das es nur eingeschränkt möglich ist, zu einem solchen Thema allgemeingültige Aussagen zu treffen.

Mit jedem Schritt, den ich versuchte, der Thematik „Sexualität und Behinderung“ näher zu kommen, taten sich neue Fragen, aber auch neue Perspektiven auf: Wo beginnt Sexualität und wo hört sie auf? Und in Konsequenz ihrer Reichweite, welche Faktoren beeinflussen sie?

Ein erstes und wichtiges Ziel dieser Arbeit lag somit darin, diese Komplexität der Sexualität aufzuzeigen und zu verdeutlichen, dass es keine behinderte Sexualität an sich gibt, sondern dass vielmehr die Umwelt, geprägt von gesellschaftlichen Norm- und Wertevorstellungen, dazu beiträgt, die Sexualität von Menschen mit Behinderung zu einer solchen zu machen. Menschen mit Behinderung haben sicherlich oft erschwerte Ausgangsbedingungen, ihre Sexualität auszuleben, doch ist jeder Mensch, unabhängig davon, wie schwer seine Behinderung ist, ein sexuelles Wesen.

Eine solche Annahme zieht Konsequenzen nach sich, was den Umgang mit behinderten Menschen betrifft.

Im Hinblick auf Kinder und Jugendliche mit schwerster Behinderung fiel mir bald auf, dass es kaum Literatur gibt, die sich intensiv mit der Sexualität schwerst behinderter Menschen auseinandersetzt. Der Einbezug bzw. die Berücksichtigung ihrer Sexualität im Unterricht, beginnt für mich einerseits in pflege- und körpernahen Fördersituationen, andererseits aber auch bei der Auswahl des Unterrichtsgegenstandes. Denn auch mit sehr einfachen Methoden, die den Fähig- und Fertigkeiten schwerst behinderter Kinder und Jugendlicher gerecht werden, lassen sich meiner Ansicht nach altersgemäße Themen behandeln.

Ich denke, es ist deutlich geworden, dass die Umwelt, ganz besonders die Eltern des Kindes, wesentlich auf die Sexualität einwirkt. In Anbetracht dessen, sehe ich es als sehr problematisch an, dass Eltern bei dieser Thematik häufig nicht, oder nur am Rande, einbezogen werden.

Dies spiegelt sich auch in der kaum existenten Literatur wieder, die sich explizit mit den Eltern und der Sexualität ihrer Kinder beschäftigt.

Da auch Eltern häufig von einer behinderten Sexualität ihres Kindes ausgehen, führt die „normale“ sexuelle Entwicklung oft zu Verunsicherung. Sie kann aber auch, wie nicht zuletzt in den Interviews deutlich wurde, ein Stück Normalität in der Entwicklung des Kindes mit Behinderung bedeuten, und von Eltern als sehr positiv erlebt und bewertet werden.

Aufgrund des Austauschs mit den Eltern steht für mich fest, dass sie die Sexualität ihres Kindes durchaus wahrnehmen und sie deutlich weniger negieren, als ich zu Beginn angenommen hatte.

Im Laufe dieser Arbeit erhärtete sich mein Verdacht, dass eine persönliche Komponente und gegenseitiges Vertrauen Voraussetzungen dafür sind, in einen Austausch mit Eltern zu kommen, der es erlaubt, etwas über ihre Sichtweisen zu erfahren.

Bewusst wurde mir dieses durch die Schwierigkeit, Eltern für die Interviews zu gewinnen. Mehrere Eltern lehnten, auf meine Anfrage hin, ein Gespräch von vornherein höflich ab, immer mit der Begründung, nichts zu der Thematik sagen zu können. Ihre Unsicherheit im Zusammenhang mit der Thematik und das fehlende Vertrauen meiner Person gegenüber, waren sicherlich entscheidende Faktoren, die eine Absage veranlassten.

Über Internetforen, deren Bedeutung ich anfangs völlig unterschätzte, wäre es zwar sicherlich möglich gewesen, weitere Interviewpartner zu finden, jedoch muss auch hier erst eine persönliche Komponente, soweit dies die Voraussetzungen zulassen, aufgebaut werden. Dieses war aus zeitlichen Gründen im Rahmen dieser Arbeit allerdings nicht mehr möglich.

Ich hätte es auch als reizvoll empfunden, die Vielzahl der Fragen und Antworten, die in den Internetforen thematisiert wurden, auszuwerten, jedoch wäre dafür, hinsichtlich ihrer Verwertbarkeit, der Aufbau eines neuen Gedankengerüsts notwendig. Auf Grund der völlig anderen Struktur der elterlichen Meinungen im Internet, war eine Analyse der Aussagen mit den Mitteln des problemzentrierten Interviews nicht zu realisieren.

Einige Unsicherheiten und Ängste, verbunden mit der Zusammenarbeit der Eltern, konnten aufgrund der Auseinandersetzung mit den Interviews, aber auch durch den Austausch mit Eltern über Internetforen abgebaut werden und trugen zu einer Perspektivenerweiterung meinerseits bei.

Die Interviews zeigten, dass die Kommunikation zwischen Eltern und Lehrern an sich von Elternseite aus, zwar nicht als defizitär empfunden wird, dass die Inhalte jedoch kaum über die Besprechung der Themen des Sexualkundeunterrichts hinausgehen und die eigentliche

Sexualität der Kinder und Jugendlichen somit kaum zur Sprache kommt. Offenbar existiert auf beiden Seiten eine Hemmschwelle, die das Ansprechen der Sexualität von (körper-)behinderten Kindern und Jugendlichen erheblich erschwert.

Es fehlen Fortbildungen und andere Angebote für Lehrer *und* Eltern zum Thema Sexualität, die eine Grundlage für gemeinsame Gespräche und das Finden von individuellen Lösungen sein könnten.

Denn Ziel der Zusammenarbeit sollte es sein, das Kind/den Jugendlichen gemeinsam in seiner sexuellen Entwicklung zu unterstützen und ihm somit zu einem positiven Zugang zu seiner Sexualität zu verhelfen.

Obwohl viele Fragen für mich offen geblieben sind, habe ich dennoch das Gefühl, durch die eingehende Beschäftigung mit der Sexualität und der sexuellen Entwicklung (körper-)behinderter Kinder und Jugendlicher, sowie der Zusammenarbeit mit den Eltern, dem Thema näher gekommen zu sein.

Auch wenn viele, in der Arbeit formulierten Vorschläge, mit hohen Ansprüchen verbunden sind, so denke ich, dass die Umsetzung in die Praxis möglich ist. Sicherlich wird dies kein leichtes Unterfangen sein, doch stelle ich mir die Zusammenarbeit mit den Eltern zu einem solchen Thema sehr spannend und aufschlussreich vor.

## 10. Literatur

- BADER, I.** (2005): Körperlichkeit und Sexualität geistig schwerbehinderter Menschen. In: Walter, J. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Heidelberg.
- BERGEEST, H.** (2002): Sexualität. In: Bundschuh, K. (Hrsg.): Wörterbuch Heilpädagogik. Ein Nachschlagwerk für Studium und pädagogische Praxis. Bad Heilbrunn, 255.
- BOSSE, I.** (2006): Behinderung im Fernsehen. Gleichberechtigte Teilhabe als Leitziel der Berichterstattung. Wiesbaden, 59-60.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA)** (Hrsg.) (2004): Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexuaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Köln, 219.
- CLOERKES, G.** (1985): Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten. Eine kritische Bestandsaufnahme internationaler Forschung. Berlin.
- DIEHL, U.** (1992): Sexualität körperbehinderter Jugendlicher: Analysen von Einstellungsmustern der Eltern. Unveröffentlichte Examensarbeit. Köln.
- DIEHL, U.** (2000): Sexualitäten zulassen- Eltern in der Begegnung mit der Sexualität ihres behinderten Kindes. In: Zusammen, 20/2000/4, 16-18.
- DIEHL, U.** (2001): Einstellungen der Eltern zur Sexualität ihres Körper- oder mehrfachbehinderten Kindes. In: Sexualität und Behinderung. Forum Sexuaufklärung und Familienplanung. Heft 2/3 2001.
- DREYER, P.** (1988): Ungeliebtes Wunschkind. Eine Mutter lernt, ihr behindertes Kind anzunehmen. Frankfurt a. M., 35.
- EHLERS, C.** (2006): Sexualerziehung bei Jugendlichen mit körperlicher und geistiger Behinderung. Horneburg.
- FINGER, G.** (2000): Ja, mein Kind ist anders. Ein Mutmachbuch für Eltern behinderter Kinder. Zürich.
- HURRELMANN, K.** (1999): Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung. Weinheim, München, 142.
- FREUD, S.** (1970): Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. Frankfurt am Main, Hamburg.
- FRICKER, R.; LERCH, J.** (1976): Zur Theorie der Sexualität und der Sexualerziehung. Weinheim und Basel.
- FRÖHLICH, A.** (1998): Basale Stimulation- Das Konzept. Düsseldorf.
- GOLL, H.** (1994) : Vom Defizitkatalog zum Kompetenzinventar. In: Hoffmann, Th.; Klingmüller, B. (Hrsg.): Abhängigkeit und Autonomie. Neue Wege in der Geistigbehindertenpädagogik. Berlin, 130-154.
- HEDDERICH, I.** (2006): Einführung in die Körperbehindertenpädagogik. München.

- HINZE, D.** (1993): Väter und Mütter behinderter Kinder: Der Prozeß der Auseinandersetzung im Vergleich. Heidelberg.
- HOPF, A.** (2002): Sexualerziehung. Unterrichtsprinzip in allen Fächern. Neuwied, Kriftel.
- KERPA, U.** (1998): Entwicklungspsychologische Theorien zu Sexualität und Sexualerziehung. In: Färber, H.-P.; Lipps, W.; Seyfarth, T. (Hrsg.): Sexualität und Behinderung. Umgang mit einem Tabu. Tübingen. 76-103.
- KLAUSS, T.** (1997): Wenn alle das Beste wollen, leidet die Selbstbestimmung. Plädoyer für eine begrenzte Verantwortlichkeit von Eltern und Pädagogen. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft 20 (1997) 1, 39.
- KLUGE, N.** (1998): Sexualverhalten Jugendlicher heute: Ergebnisse einer repräsentativen Jugend- und Elternstudie über Verhalten und Einstellungen zur Sexualität. Weinheim, München. 215-220.
- LAMNEK, S.** (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. 4. Aufl. Weinheim, Basel. 365-367.
- LAUBENSTEIN, D.** (2006): Basale Stimulation und Sexualität – ein Widerspruch in sich? In: Laubenstein, D.; Lamers, W.; Heinen (Hrsg.): Basale Stimulation kritisch-konstruktiv. Düsseldorf. 207-222.
- LEYENDECKER, C.** (2005): Motorische Behinderungen. Grundlagen, Zusammenhänge und Fördermöglichkeiten. Stuttgart.
- LINDMEIER, C.** (2004): Einzusehen unter:  
[http://www.familienhandbuch.de/cmain/f\\_Aktuelles/a\\_Behinderung/s\\_334.html](http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Behinderung/s_334.html)  
(entnommen am 23.09.08.).
- MALL, W.** (2007): Basale Kommunikation. In: Theunissen, G.; Kulig, W.; Schirbort, K.: Handlexikon Geistige Behinderung- Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart.
- Ministerium für Kultus, Jugend und Sport Baden-Württemberg** (Hrsg) (2004): Schule für Körperbehinderte. Kinder und Jugendliche mit einer Körperbehinderung- Leitlinien zur schulischen Förderung. Stuttgart. Einzusehen unter: <http://www.schule-bw.de/schularten/sonderschulen/sonderschultypen/K-Schule>. (entnommen am 26.08.2008).
- MÜLLER-ZUREK** (2002): Die Situation von Familien aus der Elternperspektive. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hrsg.): Familien mit behinderten Angehörigen. Lebenswelten – Bedarfe – Anforderungen. Marburg.
- OFFIT, A.** (1979): Das sexuelle Ich. Stuttgart.
- ORTLAND B.** (2005): Sexualerziehung an der Schule für Körperbehinderte aus Sicht der Lehrerinnen und Lehrer. Wissenschaftliche Grundlagen, empirische Ergebnisse, pädagogische Konsequenzen. Bad Heilbrunn.

- ORTLAND, B.** (2006): Die eigene Behinderung im Fokus. Theoretische Fundierungen und Wege der inhaltlichen Auseinandersetzung. Bad Heilbrunn.
- ORTLAND, B.** (2008): Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. Stuttgart.
- SACHER, W.** (2008): Elternarbeit. Gestaltungsmöglichkeiten und Grundlagen aller Schularten. Bad Heilbrunn.
- SANDER, A.** (2008): Behinderungsbegriffe und ihre Integrationsrelevanz. In: Eberwein, H.; Knauer, S. (Hrsg.): Handbuch der Integrationspädagogik. Weinheim, Basel, 106.
- SCHMEICHEL, M.** (1974): Die Bestimmung der Sonderschulbedürftigkeit Körperbehinderter-Schulorganisatorische Konsequenzen. In: Heese, G.; Reinhartz, A. (Hrsg.): Aktuelle Beiträge zur Körperbehindertpädagogik. Berlin.
- SIX, B.** (2001): Lexikon der Psychologie, Band 1. Heidelberg, 361-363.
- SPECK, O.** (2005): Menschen mit geistiger Behinderung. Ein Lehrbuch zur Erziehung und Bildung. München, 313.
- STILLER, K-Th.** (2004): Kooperation von Schule und Familie. Hilfen für Kinder mit Lernschwierigkeiten. Rieden, 33.
- STRIGL, J.** (2003): „Normal ist, wenn man auszieht...“- Möglichkeiten der Begleitung des Ablöseprozesses aus dem Elternhaus. Diplomarbeit. Köln.  
Einzusehen unter: <http://www.ricardas-homepage.de/Dorothee/Diplom/Strigl>  
(entnommen am 16.09.2008).
- THANNHÄUSER, A.** (1976): Zur Situation geistigbehinderter Erwachsener aus Sicht ihrer Mütter. Bern.
- THIMM, W.** (2006): Behinderung und Gesellschaft- Texte zur Entwicklung einer Soziologie der Behinderten. Heidelberg.
- TRÖSTER, H.** (1990): Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung. Bern, Stuttgart, Toronto.
- VERNALDI, M.** (2002): Sexybilities. In: BzGA Forum. Sexuaufklärung und Familienplanung. Informationsdienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. „Sexualität und Behinderung“, 2/3, 48-51.
- WALTER, J. /HOYLER-HERMANN, A.** (1987): Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Heidelberg.
- WALTER, J.** (Hrsg.) (2004): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg.
- WALTHES, R.** (2003): Einführung in die Blinden und Sehpädagogik. München.
- WEINWURM-KRAUSE, E.-M.** (1990): Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter. Heidelberg.



- WEIß, H.** (2003): Begegnung mit dem „Fremden“: Zur Arbeit mit Familien in Armut und Benachteiligung. In: Wilken, U. Jeltsch-Schrudel (Hrsg.): Eltern behinderter Kinder. Empowerment – Kooperation – Beratung. Stuttgart, 117-129.
- WEIß, H.** (2006/2007): unveröffentlichtes Skript zum Seminar: „Grundfragen der Körperbehindertenpädagogik“ im WS 2007/2008.
- WEIß, H.; NEUHÄUSER, S; SOHNS, A.** (2004): Soziale Arbeit in der Frühförderung und Sozialpädiatrie. Weinheim, Basel.
- WELLACH, K.** (1999): Zur Sexualentwicklung körperbehinderter Menschen. In: Bergeest, H.; Hansen, G. (Hrsg.): Theorien der Körperbehindertenpädagogik. Bad Heilbrunn/Obb., 269-280.
- WETZLAWICK, P.; BEAVIN, J.H.; JACKSON, D.** (1996): Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien. Bern/Stuttgart/Wien.
- WITZEL, A.** (2000): Das Problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung. Einzusehen unter: <http://qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm> (entnommen am 18.07.1008).
- ZACHMANN, D.** (1999): ... mit der Stimme des Herzens. Gütersloh, 12.

### Internetforen zur Thematik „Sexualität und Behinderung“

#### **www.besondere-kinder.de**

- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=11520> (entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=11020> (entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=10621>  
(entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=10432> (entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=10260> (entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=10418> (entnommen am 05.09.2008).
- <http://xa2149.xa2.serverdomain.org/bk/forumbk/index.php?page=Thread&threadID=10209> (entnommen am 05.09.2008).

#### **www.rehakids.de**

- <http://www.rehakids.de/phpBB2/ftopic506-0-asc-0.html> (entnommen am 23.10.08).
- <http://www.rehakids.de/phpBB2/ftopic46758.html> (entnommen am 11.10.08).

