

Karin Däbritz

Sexualität und körperliche Behinderung als Herausforderung in der Sozialen Arbeit

**Diplomarbeit zur Erlangung des Grades einer Diplomsozialarbeiterin /
Sozialpädagogin**

**an der Fachhochschule für Sozialarbeit und Sozialpädagogik
„Alice Salomon“**

eingereicht im Sommersemester 2005
am 15. 04. 2005

Projektseminar: „Sozialarbeit im Bereich von Krankheit, Behinderung und
Dissozialität“

Erstgutachterin: Dipl. Soz.päd. Dietke Sanders

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Birgit Rommelspacher

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	4
1. Zuschreibungen bezüglich der Sexualität körperbehinderter Menschen	7
2. Historische Hintergründe dieser Zuschreibungen	13
2.1 Von "Monstrositäten" der Kuriositätenkabinette und pathologisch-anatomischer Sammlungen	13
2.2 Embryologie, Sozialdarwinismus und eugenisches Gedankengut im Deutschland des 19. Jahrhunderts	17
2.3 Zwangssterilisationen und "Ehegesundheitsgesetze" im nationalsozialistischen Deutschland	20
2.4 Umgang mit dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der Sterilisationsproblematik nach 1945	27
3. Auswirkung dieser Zuschreibungen auf das Selbstverständnis körperbehinderter Menschen	30
3.1 Auswirkung auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers	30
3.2 Auswirkung auf die Sexualerziehung und das Sexualleben	35
3.3 Sexuelle Gewalt gegenüber körperbehinderten Menschen	40
4. Von der Fremdbestimmung zur sexuellen Selbstbestimmung behinderter Menschen	42
5. Möglichkeiten passiver und aktiver Sexualassistenz für Menschen mit einer Behinderung	50
5.1 Sexualberatung als Form passiver Sexualassistenz: die Initiative "Sexybilities"	51
5.2 Sexualbegleitung als Form aktiver Sexualassistenz: das Angebot der Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf	53
5.3 Erotik Workshops beim "Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter" in Trebel	55
5.4 Zur Notwendigkeit getrenntgeschlechtlicher Angebote	57

6. Für und wider eine “Sonderbehandlung” behinderter Menschen im Rahmen sexueller Dienstleistungen.....	60
7. Ausblick.....	66
8. Literatur- und Quellenverzeichnis	70
Anhang	76
I Interview mit Matthias Vernaldi von der Initiative “Sexybilities”	76
II Interview mit der Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf.....	90
III Interview mit Lothar Sandfort vom “Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderten“ in Trebel	102

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denen danken, die meine Untersuchungen in der Praxis unterstützten, insbesondere:

Matthias Vernaldi, von der Initiative *Sexybilities*, der Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf sowie Lothar Sandfort vom *Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter* in Trebel für ihre bereitwillige Teilnahme an den Befragungen und ihre Offenheit, die sie mir entgegenbrachten.

Mein Dank gilt auch den Betreuerinnen dieser Arbeit, Frau Dietke Sanders sowie Frau Prof. Dr. Birgit Rommelspacher.

Einleitung

Sexualität körperbehinderter Menschen? Ein tabubelastetes Thema.

Erotik und Sexualität werden in unserer Vorstellung vor allem mit körperlicher Schönheit in Verbindung gebracht. Unseren Idealvorstellungen von schönen Menschen begegnen wir tagtäglich im Fernsehen, in Zeitschriften und auf großen Werbetafeln im Straßenbild. Diese Körper nehmen wir als harmonisch wahr, diese Körper finden wir begehrenswert - Körper, die stets unversehrt sind!

Diese Diplomarbeit will der Frage nachgehen, woher einerseits die stark verinnerlichten Vorurteile bezüglich der Sexualität körperbehinderter Menschen in unserem Kulturkreis rühren und wie andererseits körperbehinderte Frauen und Männer dabei unterstützt werden können, ihren Körper trotz dieser Zuschreibungen lustvoll wahrzunehmen und ihre sexuellen Wünsche und Bedürfnisse zu bejahen. Dabei wird der Blick vor allem auf das Leben von Menschen gelenkt, bei denen die körperliche Behinderung auf einer prä- bzw. perinatalen Schädigung beruht, da sich dieser Kreis körperbehinderter Menschen von früher Kindheit an mit den gesellschaftlichen Zuschreibungen bezüglich des eigenen abweichenden Körpers konfrontiert sieht und ihre Sozialisation sowie die Wahrnehmung des eigenen Körpers maßgeblich davon beeinflusst werden.¹

Ausgehend von einer Klärung des Behinderungsbegriffes aus interaktionistischer Sicht und Goffmans Ausführungen zur Stigmatisierung sollen im 1. Kapitel vorherrschende Zuschreibungen in bezug auf die Sexualität körperbehinderter Menschen näher beleuchtet werden. Die Autorin möchte allerdings nicht, wie in der aktuellen Literatur zum Thema, bei der Beschreibung dieser Zuschreibungen stehenbleiben, sondern versuchen, mit dem 2. Kapitel in einem historischen Diskurs mögliche Hintergründe zu erfragen und zu untersuchen. So wird die Vorstellung von der Asexualität körperbehinderter Menschen in Verbindung gebracht mit der ausgrenzenden Zurschaustellung sogenannter "Monstrositäten"² in Kuriositätenkabinetten und anatomisch-pathologischen Sammlungen vom

¹ Es kann davon ausgegangen werden, dass bei Menschen, bei denen die körperliche Behinderung durch einen Unfall o.ä. im fortgeschrittenen Alter verursacht wurde (Querschnittslähmung), eine andere Problemlage zu verzeichnen ist.

² Hagner, 1995

17. bis ins 18. Jahrhundert hinein. Körperliche Fehlbildungen wurden von den Gelehrten der frühen Aufklärung als Naturphänomene neben seltenen Tieren und Korallen bestaunt. Eine Bewunderung, die allerdings auch eine deutliche Grenz-
ziehung gegenüber den wohlgestalteten schönen Körpern als Ausdruck der Vollkommenheit Gottes beinhaltete.

Als weiteres Stigma wird die Vorstellung von einer triebhaft überspannten Sexualität behinderter Menschen aufgegriffen. Embryologen und Sozialdarwinisten des 19. Jahrhunderts bewerteten jedes Abweichen eines Embryos von der menschlichen Form als ein Zurückfallen in die Tierbildung, was im eugenischen Denken zur Vorstellung von einer "differentiellen Geburtenrate"³ führte, wonach sich behinderte Menschen schneller fortpflanzen würden als Nichtbehinderte und ihnen eine sehr fruchtbare Sexualität gegeben sei. In Verbindung mit einem tiefsitzenden Niedergangsbewusstsein wurden behinderte Menschen zu Beginn des vergangenen Jahrhunderts so als Gefahr für die Zivilisation hochstilisiert, was in den eugenischen Sterilisierungsgesetzen des Dritten Reiches mündete. Weit verbreitet ist nicht zuletzt das Vorurteil der Abnormalität von Beziehungen behinderter und nichtbehinderter Menschen, welches ebenfalls bis hin zum eugenischen Gedankengut und den *Ehegesundheitsgesetzen* im Nationalsozialismus zurückverfolgt werden kann.

Nach der Hinterfragung dieser Zuschreibungen sollen in einem nächsten Schritt mögliche Auswirkungen auf das Selbstverständnis körperbehinderter Menschen aus soziologischer und sexualpädagogischer Sicht untersucht werden. Dabei wird v.a. gefragt, ob die Stigmatisierungsprozesse Einfluss haben auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers bzw. das Sexualleben behinderter Menschen. Dies erfolgt vor dem Hintergrund des interaktionistischen Identitäts-Modelles von Hans Peter Frey.

Im Kapitel 4 der Arbeit wird anschließend dargestellt, wie körperbehinderte Menschen begannen, das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität für sich einzufordern. Diese Entwicklung wird zum einen in die Formulierung des *Normalisierungsprinzips* und die *Selbstbestimmt Leben* Bewegung der 90er Jahre eingeordnet. Zum anderen erfolgt eine Diskussion dieser Veränderungen im

³ Link, 1999, S. 7

Rahmen des sexualpädagogischen Diskurses der Behindertenhilfe.

Kapitel 5 der Arbeit gilt schließlich der Erörterung von Möglichkeiten, wie sich Frauen und Männer auch unter den erschwerten Bedingungen einer körperlichen Behinderung mit ihrer Sexualität auseinandersetzen und ihren Körper lustvoll wahrnehmen können. Anhand von offenen Leitfaden-Interviews als qualitative empirische Verfahren sollen drei Angebote von Sexualberatung und Sexualbegleitung in dieser Hinsicht hinterfragt werden.

Mit dem Angebot der Sexualbegleitung wurde die Diskussion über das Für und Wider von speziellen Angeboten für behinderte Menschen abermals aufgegriffen. Menschen mit einer Behinderung fordern seit den 70er Jahren das *Normalisierungsprinzip* für sich ein, also Teilhabe an Lebensstandards und -gepflogenheiten wie für alle anderen auch. Würde vor diesem Hintergrund die Sexualbegleitung für behinderte Menschen als spezielle Ausbildungsprofession eine neue Besonderung und damit auch Ausgrenzung für Menschen mit einer Behinderung bedeuten? Können die Forderungen nach einer Kostenübernahme sexueller Dienste für schwerstbehinderte Menschen eine Akzeptanz behinderten Lebens gefährden? Diesen Fragen wird im abschließenden 6. Kapitel nachgegangen.

1. Zuschreibungen bezüglich der Sexualität körperbehinderter Menschen

Bevor erörtert werden kann, welchen negativen Zuschreibungen bezüglich ihrer Sexualität sich körperbehinderte Menschen gegenübersehen und wodurch dieser sogenannte Prozess der Stigmatisierung gekennzeichnet ist, soll zunächst einmal eine Klärung des Behinderungsbegriffes vorgenommen werden.

Weitgehend anerkannt war lange Zeit das Klassifikationssystem der WHO von 1980. Bei dieser *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH) werden drei Ebenen unterschieden. Ausgangspunkt ist zunächst die Ebene der Schädigung (Impairment), mit welcher die biologischen und/ oder psychischen Strukturen und Funktionen des menschlichen Organismus benannt werden, welche geschädigt sind. Auf der Ebene der Einschränkung (Disability) geht es dann um die Erfassung der Fähigkeiten und Fertigkeiten im physischen, psychischen und kognitiven Bereich, welche im Vergleich zu nicht geschädigten Menschen gleichen Alters gemindert seien. Die dritte Ebene der Benachteiligung (Handicap) soll letztendlich die daraus erwachsende soziale Benachteiligung in familiärer, beruflicher und gesellschaftlicher Hinsicht bei der Ausübung alters- und geschlechtsspezifischer Rollen deutlich machen. Das Handicap würde bestimmt durch die Reflexion der Störung im Erleben, Bewerten und Verhalten der betroffenen Person (Selbstbild) und der Reaktion der Gesellschaft (Fremdbild).⁴

Mit diesem Klassifikationssystem machte die WHO bereits deutlich, dass die körperliche Schädigung und Einschränkung eines Menschen in Verbindung mit einer gesellschaftlichen Benachteiligung steht. Die Benachteiligung wird als Folge der Schädigung angesehen.

1997 überarbeitete die WHO diese eher individuum- und defektorientierte Sichtweise der ICIDH 1. Mit der neuen Fassung eines Klassifikationssystems (ICIDH 2) wird Behinderung nun stärker als prozesshaftes Geschehen mit drei Dimensionen (Körperfunktionen /-strukturen, Aktivitäten, Partizipation) unter Berücksichtigung von verschiedenen Kontextfaktoren (Umweltfaktoren sowie

⁴ vgl. Otto/ Thiersch, 2001, S. 120

personenbezogene Faktoren) begriffen. Dabei lässt sich jede Dimension sowohl positiv, im Sinne der Fähigkeiten des behinderten Menschen, als auch negativ im Sinne der Beeinträchtigungen beschreiben. Insgesamt rückt diese neue Fassung der ICDH 2 den gesellschaftlichen Kontext und die Möglichkeiten des behinderten Menschen zur aktiven Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft stärker in den Vordergrund.⁵

In der aktuellen Diskussion wird dennoch eine Schwäche beider Klassifikationssysteme aufgezeigt. So weist Cloerkes mit seiner Kritik aus behindertensoziologischer Sicht darauf hin, dass die WHO mit der neuen Definition weiterhin als Ausgangspunkt eine "Schädigung als scheinbar objektivierbare Abweichung von der Norm"⁶ ansieht. Dem gegenüber begreift Cloerkes mit seinem interaktionistischen Ansatz Behinderung eher als Ergebnis eines sozialen Bewertungs- und Abwertungsprozesses. Seiner Auffassung nach könne ein gesellschaftlicher Abwertungsprozess Funktionsstörungen auch verstärken bzw. sei es möglich, dass sich eine Schädigung erst als Folge der negativen Bewertung einstellen würde (z.B. als organische Störung nach Feststellung einer psychischen Behinderung).⁷ In seiner Definition von Behinderung stellt Cloerkes demzufolge auch die negativen Bewertungen in bezug auf eine Abweichung als entscheidendes Kriterium in den Mittelpunkt, so heißt es bei ihm:

"Behinderung ist eine dauerhafte und sichtbare Abweichung im körperlichen, geistigen oder seelischen Bereich, der allgemein ein entschieden negativer Wert zugeschrieben wird."⁸

Cloerkes geht mit seiner interaktionistischen Sichtweise davon aus, dass bestimmte außergewöhnliche Merkmale bzw. Andersartigkeiten eines Menschen zwangsläufig Aufmerksamkeit hervorrufen. Eine völlige Gleichgültigkeit sei ausgeschlossen. Von Behinderung möchte er allerdings erst dann sprechen, wenn eine Andersartigkeit in einer Kultur entschieden negativ bewertet wird. Cloerkes grenzt den Begriff der "Behinderung" deutlich von dem Begriff des "behinderten Menschen" ab, so lautet es bei ihm weiter:

⁵ vgl. Cloerkes, 2001, S. 5

⁶ ebd.

⁷ vgl. ebd.

⁸ ebd., S. 7

“Ein Mensch ist behindert, wenn erstens eine unerwünschte Abweichung von wie auch immer definierten Erwartungen vorliegt und wenn zweitens deshalb die soziale Reaktion auf ihn negativ ist.”⁹

Entscheidendes Kriterium sind hier also die negativen Reaktionen bezüglich einer Abweichung. Die Unterscheidung von “Behinderung“ und “behinderter Mensch“ sei wichtig, so Cloerkes, da die negative Bewertung einer Andersartigkeit als Behinderung nicht zwangsläufig mit einer entsprechend negativen Reaktion auf diesen Menschen verknüpft sei. Blindheit z.B. würde in unserer Kultur außerordentlich negativ bewertet, die sozialen Reaktionen auf blinde Menschen seien dem gegenüber jedoch vergleichsweise moderat.¹⁰

Diese Ausführungen verweisen schon darauf, dass die Bewertung von Andersartigkeiten von kulturspezifischen und gesellschaftlichen Gegebenheiten abhängig sein könnte. Was bei uns als Behinderung gilt, muss in einer anderen Kultur bzw. Gesellschaft nicht so gesehen werden und umgekehrt. Nach Cloerkes ist in unserer Gesellschaft z.B. ist eine starke Ausrichtung an Leistungsprinzipien, insbesondere der Arbeitsfähigkeit zu verzeichnen, orientiert am gesunden und voll handlungsfähigen Menschen.¹¹ So gelten in Deutschland bereits Menschen als geistig behindert, wenn bei ihnen ein IQ von 55 und niedriger vorliegt. Otto/Thiersch sprechen davon, dass damit im internationalen Vergleich sehr viele Menschen erfasst werden, in anderen Ländern würde erst bei einem IQ, niedriger als 50 eine geistige Behinderung diagnostiziert. Aufgrund dieser Zusammenhänge kann von einer Relativität der Behinderung ausgegangen werden.¹²

Welche gesellschaftlichen Hintergründe zu den heute noch stark verinnerlichten Zuschreibungen bezüglich der Sexualität körperbehinderter Menschen führten, soll im 2. Kapitel dieser Diplomarbeit näher beleuchtet werden.

Mit seiner Definition des “behinderten Menschen“ beschreibt Cloerkes bereits den Prozess der Stigmatisierung, wird unter Stigmatisierung in der jüngeren Soziologie und Sozialpsychologie doch der Prozess verstanden, “in dessen Verlauf bestimmte (äußere) Merkmale von Personen (-gruppen) [hier also die körperliche Behinderung] mit negativen Bewertungen (Vorurteilen, Stereotypen)

⁹ ebd.

¹⁰ vgl. ebd.

¹¹ vgl. ebd., S. 84

¹² vgl. Otto/Thiersch, 2001, S. 119

belegt und die derart klassifizierten Individuen in eine Randgruppen- oder Außenseiterposition gedrängt werden”.¹³ Stigma meint heute nicht die Eigenschaft selbst, sondern die negativen Zuschreibungen, die in Reaktion auf dieses Merkmal von Dritten durchgesetzt werden, so Thomas Olk.¹⁴

Wie äußert sich die Stigmatisierung im täglichen Umgang miteinander? Erving Goffman, der den Stigma-Begriff im Kontext der neueren Interaktionstheorien einführte, schildert, dass die unreflektierten Mutmaßungen über das Sein des anderen ein zentrales Moment der Interaktion seien und diese in wechselseitiger Weise belasteten. So tendierten wir u.a. dazu, eine ganze Kette von Unvollkommenheiten auf der Basis der ursprünglichen einen zu unterstellen. Nicht selten würde die Interaktion mit dem Stigmatisierten aufgrund der diskreditierenden Eigenschaften abgebrochen, was dazu führe, dass andere Eigenschaften von ihm nicht mehr wahrgenommen werden könnten.¹⁵ Demzufolge sei eine besondere Diskrepanz zwischen “virtueller”¹⁶ und “aktueller sozialer Identität”¹⁷ des stigmatisierten Individuums kennzeichnend für den Prozess der Stigmatisierung, so Goffman. Gemeint ist, dass die Eigenschaft, die wir einer Person bei der ersten Begegnung als Vorwegnahme normativer Erwartungen zuschreiben würden (virtuelle soziale Identität), sich erheblich von den Attributen, die ein Individuum tatsächlich besitze (aktuelle soziale Identität) unterscheide.

Welche Zuschreibungen existieren nun in bezug auf Erotik und Sexualität körperlich behinderter Menschen? Welche Zuschreibungen nehmen die Betroffenen selbst wahr?

Matthias Vernaldi, einer der Gründer der Berliner Initiative *Sexybilities* beschreibt seine Erfahrungen wie folgt:

“ Behinderung wird [...] als unattraktiv und unerotisch empfunden. Wir sind unattraktiv auch im sozialen Sinne, weil keiner einer behinderten Frau zutraut, für die Kinder zu sorgen und den Haushalt regeln zu können, weil keiner einem

¹³ Olk, 1996, S. 584

¹⁴ vgl. ebd., S. 584

¹⁵ Goffman, 1967, S. 13ff.

¹⁶ ebd., S. 11

¹⁷ ebd.

behinderten Mann zutraut, für das nötige Kleingeld aufzukommen, sich einen Urlaub in der Karibik zu leisten oder sich ein Eigenheim hinstellen zu können.”¹⁸

Körperliche Behinderung wird in unserem Kulturkreis demnach mit (sozialer) Unattraktivität und mangelnder erotischer Ausstrahlung in Verbindung gebracht. Eigenschaften, die es im Zusammenhang mit der körperlichen Einschränkung nur schwer vorstellbar erscheinen lassen, dass ein körperbehinderter Mann, eine körperbehinderte Frau eine Partnerschaft aufbauen bzw. eine Ehe eingehen könnte.

Von ähnlichen Erfahrungen spricht auch Dinah Radtke, Beraterin beim *Zentrum für Selbstbestimmtes Leben*:

“Viele unserer Mütter trichterten uns ein, dass Männer später einmal nichts für uns seien und wir uns diese Gedanken aus dem Kopf schlagen sollten. Wir wurden also nicht wie andere Mädchen erzogen, dass wir später irgendwann einmal heiraten und Kinder kriegen würden und/ oder einen Beruf ausüben würden. [...] Wir werden geschlechtsneutral erzogen. Wir erleben uns dann selbst so und werden auch als Neutrum von anderen behandelt. Über mich z.B. wird gesagt: 'Da hinten steht noch ein Rollstuhl. Da muss beim Aussteigen geholfen werden.' [...]. Uns wird nicht bewundernd nachgeschaut. Wir werden übersehen oder mitleidig betrachtet, aber wir werden als Frau nicht ernstgenommen.”¹⁹

Also nicht nur Unattraktivität und mangelnde erotische Ausstrahlung, sondern darüber hinausgehend die Vorstellung von körperbehinderten Menschen als geschlechtsneutrale, asexuelle Wesen. Dieses Bild vom asexuellen körperbehinderten Menschen ergänzend, lassen sich in der aktuellen Literatur weitere Zuschreibungen finden:

- behinderte Menschen können keinen Orgasmus haben²⁰
- Behinderte würden nie auf die Idee kommen, sich in einen Nichtbehinderten zu verlieben²¹

Im Gegensatz zu diesem Bild des asexuellen Körperbehinderten existiert auch die

¹⁸ Vernaldi, 2002, S. 55

¹⁹ Radtke, 1998, S. 8f.

²⁰ vgl. Bollag, 2002, S. 230

²¹ vgl. Sandfort, 2002, S. 64

Vorstellung von einer “triebhaft überspannten Sexualität”²² behinderter Menschen, welche mit einer angenommenen Bedrohung für Nichtbehinderte einhergeht. In diesem Zusammenhang können folgende Zuschreibungen genannt werden:

- behinderte Menschen sollten nur unter sich heiraten und sexuelle Kontakte haben²³
- behinderte Menschen werden wieder Behinderte zeugen oder gebären²⁴

Wie oben erwähnt, wird in interaktionistischen Ansätzen davon ausgegangen, dass negative Bewertungen und Reaktionen in bezug auf behinderte Menschen vom jeweiligen gesellschaftlichen und kulturellen Kontext abhängig seien. In dieser Hinsicht soll im folgenden Kapitel untersucht werden, in welchen Kontexten die körperliche Behinderung von Menschen seit der Neuzeit jeweils definiert und verhandelt wurde, welche Orte man Menschen mit abweichenden Körpern zuwies. Damit hilft dieser historische Blick gleichzeitig zu verstehen, in welchen Kontexten sich die Zuschreibungen der Asexualität bzw. der Triebhaftigkeit körperbehinderter Menschen herausbildeten bzw. verfestigten.

Der historische Rückblick wird mit dem 17. Jahrhundert und damit der beginnenden wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit dem abweichenden Körper einsetzen, da im Rahmen dieser Arbeit eine umfassende Erörterung des religiösen, insbesondere christlichen Diskurses zur moralischen Bewertung der Abweichung nicht geleistet werden kann. Vorausgeschickt werden kann allerdings, dass in unserer Kultur abwertende Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber körperbehinderten Menschen tief verwurzelt sind. So lässt sich bereits zu keltisch-germanischen Zeiten der Aberglaube von den sogenannten Wechselbälgern finden, welcher besagt, dass missgestaltete Kinder den Eltern untergeschobene Nachkommen von Dämonen seien. Um den Austausch rückgängig zu machen, wurden die Wechselbälger auf verschiedenste Weise gequält, in der Hoffnung, die Dämonen würden aus elterlicher Angst ihr missgebildetes Kind wieder zurückholen. Christlich überformt entwickelte sich später der Glaube, dass der Teufel die gesunden Kinder gestohlen und seine eigenen missgebildeten in die Wiege gelegt habe. Dem Glauben zufolge traf die

²² ebd.

²³ vgl. Bollag, 2002, S. 230

²⁴ ebd.

Schuld daran voll und ganz die Eltern, da sie gesündigt hätten. Mitunter wurde den Müttern sogar Geschlechtsverkehr mit dem Teufel unterstellt.²⁵

2. Historische Hintergründe dieser Zuschreibungen

2.1 Von “Monstrositäten” der Kuriositätenkabinette und pathologisch-anatomischer Sammlungen

Mit der frühen Aufklärung distanzieren sich die Gelehrten zunehmend von dem mittelalterlichen Glauben an einen dämonischen bzw. teuflischen Ursprung körperbehinderter Menschen, also von der Vorstellung der Behinderung als Zeichen der Sünde bzw. Gottlosigkeit, und erklärten die sogenannten Monstrositäten (*monstrum humanum rarissimum*) zu “Produkten der Natur”.²⁶

So wurden in den Zeitungen und Zeitschriften gelehrter Gesellschaften Monstrositäten als hervorhebenswerte Neuigkeiten beschrieben. Es erschienen Berichte über monströse Körperteile, Menschen mit großen Tumoren, ungewöhnlichen Muttermalen sowie Artikel über missgebildete Totgeburten.²⁷ Dabei wurde das Augenmerk stets auf Einzelfälle gelenkt, deren Seltenheit und Gestalt das Interesse der Gelehrten des 17. Jahrhunderts weckte. Man bestaunte und bewunderte die Monstrositäten als “Launen einer phantasievollen Natur”²⁸ und distanzierte sich dabei gleichzeitig auch von weit verbreiteten Meldungen über sagenhafte Wesen, das Auftauchen von Wolfsmenschen, Gnomen, Nymphen u.ä., bei welchen nicht sicher war, ob es sie wirklich gab oder ob sie rein fiktive Wesen waren. Zum Beweis der Naturhaftigkeit der Monstrositäten und als Rechtfertigung der Idee von Naturphänomenen wurden sachgerecht konservierte bzw. präparierte Monstrositäten neben Korallen, Muscheln, seltenen Tieren und anderen bestaunenswerten Dingen der Natur in Kuriositätenkabinetten ausgestellt. Die Kostbarkeit eines Kabinetts bemaß sich dann auch an der Seltenheit der einzelnen Objekte.²⁹ Aber nicht nur konserviert wurden

²⁵ vgl. Cloerkes, 2001, S. 86

²⁶ Hagner, 2003, S. 45

²⁷ vgl. Moscoso, 1995, S. 61

²⁸ Hagner, 2003, S. 46

²⁹ vgl. ebd., S. 46f.

Monstrositäten zur Schau gestellt, nicht selten waren zwergenhüchsig
Menschen Bestandteil von Sammlungen, welche sich weltliche und kirchliche
Potentaten zulegte.³⁰

Insgesamt also, so Michael Hagner, kann diese Zeit des 17. Jahrhunderts als
Phase der "Entzauberung"³¹ und gleichzeitig "Naturalisierung"³² der
Monstrositäten bezeichnet werden, als Phase des Wechsels von religiös-
mythischen Urteilen hin zu eher rationaleren, wissenschaftsfundierteren Blicken.
Abweichende Körper wurden als Naturphänomene bewundert, andererseits
schrieb man ihnen aber nach wie vor abwertende Attribute wie Verunstaltung und
Hässlichkeit zu.

Fortunius Licetus beschreibt diese Ambivalenz 1616 wie folgt:

"Ein Monster³³ ist ein Lebewesen, das sich auf der niedrigsten Stufe der
Lebendigkeit befindet, an seinen Gliedern schrecklich verunstaltet ist, selten
vorkommt, nach Naturgesetzen der zweiten Ordnung gezeugt ist und das bei
denen, die es beobachten, Verwunderung und Erstaunen hervorruft."³⁴

Schönheit galt in christlicher Tradition als Ausdruck der Vollkommenheit Gottes.
Als schön erachtete man wohlgestaltete, regelmäßige und nützliche Körper, von
denen die missgebildeten und anscheinend nutzlosen Monstrositäten deutlich
abgegrenzt werden sollten. So warnte Johann Heinrich Zedler in seinem
Universal-Lexikon von 1739 auch ausdrücklich davor, Monstrositäten als schön
anzusehen.³⁵

An dieser Stelle des historischen Exkurses finden wir die Zuschreibung der
Unattraktivität in bezug auf die sichtbare körperliche Behinderung von Menschen.

³⁰ vgl. Hagner, 1995a, S. 13

³¹ Hagner, 2003, S. 45

³² ebd.

³³ In den Schriften und Wörterbüchern des 17./18. Jahrhunderts wurde teilweise zwischen den
Begrifflichkeiten "Monster" und "Monstrositäten" unterschieden, wobei sich "Monster" auf den
gesamten abweichenden Organismus und "Monstrositäten" eher auf einzelne abweichende
Körperteile bezog. Diese Differenzierung wurde allerdings nicht konsequent durchgehalten,
weshalb ich in meinen Ausführungen den Begriff "Monstrositäten" allgemein für körperliche
Missbildungen verwende, was mit dem Aufkommen der teratologischen Wissenschaft im
19. Jahrhundert (Lehre von den Missbildungen der Lebewesen, griech. teratos = Zeichen,
Schreckbild) gebräuchlich war. Ab dem 19. Jahrhundert galten "Monster" im heute üblichen Sinne
als fiktive Wesen.

³⁴ Moscoso, 1995, S. 59

³⁵ vgl. Hagner, 2003, S. 53

Die Vorstellung von schönen Menschen und Schönheitsidealen wandelte sich im Laufe der Epochen: vom Ideal des schlanken Körpers in der Gotik und Frührenaissance über üppigere Formen im Barock als Ausdruck der Sinnesfreude und des Prunkes bis hin zur Natürlichkeit des Körpers im Klassizismus des 18. Jahrhunderts. Klassische Merkmale der Schönheit blieben aber über Jahrhunderte hinweg Ebenmaß und Harmonie³⁶ – Attribute, von denen die Körper behinderter Menschen deutlich abwichen.

Nach der Phase der Naturalisierung und gelehrten Bewunderung der Monstrositäten in der frühen Neuzeit bemühte sich das 18. Jahrhundert in vielfältiger Weise, die Monstrositäten in das Gesamtgefüge der Natur einzubauen. Im Mittelpunkt der Forschungen standen die Suche nach anatomischer Regularität und der Nachweis einer vernünftigen Ordnung der Welt. Dadurch sollte es möglich sein, auch die Entstehungsbedingungen der körperlichen Abweichungen zu erklären.³⁷

So ging der englische Anatom John Hunter Mitte des 18. Jahrhunderts davon aus, dass bestimmte Gesetzmäßigkeiten der Organisation des Körpers überhaupt erst Voraussetzung für seine normale oder fehlerhafte Entwicklung seien. Wenn also das Leben von einer bestimmten Disposition seiner Teile abhing, die den Organismus als Ganzes funktionsfähig machten, konnte die Lebensfähigkeit von Monstrositäten nur auf einer gewissen Veränderung der Funktionen beruhen. In diesem Kontext warf die anatomische Struktur von Fehlbildungen ein Licht auf die Gesetzmäßigkeiten der allgemeinen Entwicklung.³⁸

In der Folge führte die Suche nach den Entstehungsbedingungen des Lebens zur Theorie der Epigenesis von Caspar Friedrich Wolff (1759). Nach Wolff lag der Lebensentstehung ein bestimmter Plan zugrunde: die einzelnen Teile des Körpers würden sich nacheinander aus unorganisierter Materie, sogenannten Bläschen entwickeln. In dieses Schema konnten auch die körperlichen Abweichungen einbezogen werden. So ging Wolff bei den Monstrositäten von einer Bildungsabweichung aufgrund von Wachstumsstörungen aus.³⁹

³⁶ vgl. Posch, 1999, S. 37ff.

³⁷ vgl. Hagner, 1995a, S. 14f.

³⁸ vgl. Moscoso, 1995, S. 71

³⁹ vgl. Hagner, 1995b, S. 87f.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Monstrositäten im 18. Jahrhundert nicht mehr für sich selbst standen als Einzigartigkeit der Natur, sondern einen Bestandteil der allgemeinen Lebensentwicklung bildeten - einer Lebensentwicklung, die bei ihnen aus bestimmten Gründen in eine andere Richtung gegangen war. Diese recht integrative Wahrnehmung und Betrachtung der Menschen mit einer körperlichen Abweichung führte dazu, dass Caspar Friedrich Wolff, nicht nur den organischen Strukturen im allgemeinen, sondern in diesem Zusammenhang auch den Monstrositäten Schönheit zubilligte. So heißt es bei ihm:

“Ich sah bei einigen Monstra das Innere von so erstaunlicher Anmut und Eleganz, daß ich keinen Zweifel daran hege, daß die Natur, die diesen Körper schuf, sich auch die Schönheit der Struktur als Ziel gesetzt haben mußte.”⁴⁰

Während also im Zuge der wissenschaftlichen Erkenntnisse Untersuchungen an abweichenden Körpern für das Verstehen der allgemeinen Lebensentwicklung notwendig waren und in Folge dessen Gemeinsamkeiten zwischen abweichenden und “normalen” Körpern im Vordergrund standen, konnte auch von Schönheit des abweichenden Körpers gesprochen werden. Das heißt, die Betrachtung und Bewertung des behinderten Körpers erfolgte ausschließlich in bezug auf den nichtbehinderten Körper. Eine Wahrnehmung des Lebens behinderter Menschen als eigenständige Form des Seins rückte nicht in das Blickfeld.

Insgesamt spielten gegen Ende des 18. Jahrhunderts die Monstrositäten eine Hauptrolle bei der Konstituierung der Wissenschaften vom Leben. Sie wurden ausgemessen, skizziert, penibel seziert und klassifiziert. Dabei entstand ein erheblicher Bedarf an Abbildungen von Monstrositäten bzw. monströsen Präparaten. Die Exponate in den pathologisch-anatomischen Sammlungen und Museen gingen in die Zehntausende.⁴¹

⁴⁰ ebd., S. 93

⁴¹ vgl. ebd., S. 98ff.

2.2 Embryologie, Sozialdarwinismus und eugenisches Gedankengut im Deutschland des 19. Jahrhunderts

Bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts fand eine gewichtige Veränderung in der Bewertung der körperlichen Abweichung statt, eine deutliche Grenzziehung zwischen behindertem und nichtbehindertem Körper wurde wiederum angestrebt. So führten die Embryologen Meckel und Tiedemann 1809 aus, dass bestimmte Missbildungen aus einem Stehenbleiben des ganzen Organismus oder einzelner Organe auf einer früheren Bildungsstufe zu erklären seien. Demnach käme jedes Abweichen des Embryos von der menschlichen Form einem Zurückfallen in die Tierbildung gleich. Weiter heißt es bei Meckel und Tiedemann: Jede Missbildung gleiche, "wenn nicht immer im Äußeren, so doch im Inneren mehr oder weniger einem Tiere".⁴²

Damit wurde erstmals das Motiv der Tierhaftigkeit körperlich behinderter Menschen erwähnt, welches später zur Zuschreibung der triebhaft überspannten Sexualität körperbehinderter Menschen führen sollte, wie noch zu zeigen sein wird.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Embryologen des frühen 19. Jahrhunderts das von den Epigenikern postulierte Nacheinander in der Entwicklung der einzelnen Organe und Körperteile in einen umfassenden Verzeitlichungsprozess einfügten, bei welchem die Individualentwicklung von der Zeugung bis zur Geburt mit der Entwicklungsreihe im Tierreich von den primitiven Lebewesen bis zum Menschen verglichen wurde. Nach Ansicht der Embryologen würden demnach missgebildete Menschen eine Zwischenstufe auf dem Weg vom Tier zum Menschen repräsentieren.

Damit vollzog sich mit der Embryologie die moralische Festschreibung von höherer und minderer Entwicklung, von Normalität und Abnormalität.⁴³ Während die ältere Differenz zwischen Schönheit und Hässlichkeit noch viele Übergänge zuließ und sogar gleichzeitige Erscheinungen von Schönem und Häßlichen in einer Gestalt möglich waren, so Michael Hagner, erzwingt die jüngere Differenz

⁴² vgl. ebd., S. 103f.

⁴³ vgl. ebd., S. 104ff.

zwischen Normalem und Abnormalem eine relativ eindeutige Zuordnung: Wer "normal" ist, kann nicht "abnormal" sein und umgekehrt.⁴⁴

Welche Auswirkungen diese Festschreibung von höherer und minderer Entwicklung hatte, zeigte sich bereits im Sozialdarwinismus. Die Anhänger des Sozialdarwinismus, darunter als bedeutendster Vertreter Ernst Heckel (1834 - 1919), übertrugen die grundlegenden Prinzipien der Abstammungslehre von Charles Darwin (Kampf ums Dasein, natürliche Auslese, Überleben der Tüchtigsten) auf die menschliche Gesellschaft. Ihr Anliegen war es, einer Außerkräftsetzung des evolutionsfördernden Selektionsdruckes auf den Menschen entgegenzuwirken. So hielten sie die Lebenserleichterungen der modernen Zivilisation, wie medizinische und soziale Verbesserungen für kontraselektorisches und demnach fortschrittshemmend, weil diese den Schwächlichen und "Minderwertigen" ein Überleben ermöglichen und somit zur Weitergabe deren "degenerierten Erbgutes" beitragen würden.⁴⁵

In diesem Kontext tauchte also erstmals das Motiv der Entartung des Erbgutes sogenannter "minderwertiger" Menschen, darin einbegriffen auch behinderte Menschen, auf - eine Zuschreibung, welche trotz der noch zu schildernden weitreichenden Auswirkungen, bis heute noch transportiert wird.

Das Erklärungsmodell der Kontraselektion bildete neben den Degenerationskonzepten Ende des 19. Jahrhunderts ein zentrales Moment der Eugenik. Der französische Psychiater Benedict Augustin Morel definierte 1857 Degeneration als krankhafte Abweichungen vom normalen menschlichen Typ. Diese seien erblich übertragbar und entwickelten sich progressiv. Mit progressiver Entwicklung meinte Morel, dass sich die "Entarteten" und "Minderwertigen" "hemmungslos fortpflanzen" würden. Dem gegenüber übten die "erbtüchtigen" Schichten infolge des industrialisierungsbedingten sozialen Strukturwandels in weit höherem Maße eine absichtliche Fruchtbarkeitsbeschränkung aus, woraus eine überproportionale, künstliche Dezimierung ihrer Kinderzahl resultiere, so Morel.⁴⁶ Als Ergebnis befürchteten die Vertreter der Degenerations- und

⁴⁴ vgl. Hagner, 2003, S. 11

⁴⁵ vgl. Link, 1999, S. 3ff.

⁴⁶ ebd., S. 7

Entartungskonzepte langfristig eine "Überwucherung" der "Vollwertigen" durch die "Minderwertigen". So malte auch der Sozialanthropologe Gobineau (1816 - 1882) den bevorstehenden Sturz der Zivilisation aus. Dieses Motiv der progressiven Entwicklung bzw. "differentiellen Geburtenrate" wurde Ende des 19. Jahrhunderts in zahlreichen Rechenexempeln und Propagandaschriften ausgebreitet.⁴⁷

Mit dem Postulat der differentiellen Geburtenrate findet erstmals die Vorstellung von einer triebhaft überspannten Sexualität behinderter Menschen Erwähnung. In Anlehnung an die von den Embryologen verbreitete Tierhaftigkeit körperbehinderter Menschen wurde damit eine deutliche Abwertung und Diskriminierung von Menschen mit einer körperlichen Behinderung transportiert, was auch am Vokabular wie der "hemmungslosen Fortpflanzung" zum Ausdruck kommt.

Wie schon erwähnt, fanden die Ideen der Sozialdarwinisten sowie der Vertreter der Degenerationskonzepte Eingang in das eugenische Gedankengut. Der britische Naturforscher Sir Francis Galton, welcher den Begriff "eugenics" 1883 prägte, beschreibt die Eugenik als Wissenschaft, deren Ziel es sei, die angeborenen Eigenschaften einer Rasse zu verbessern. Um im Sinne der Sozialdarwinisten die fortschrittsnotwendigen Selektionsbedingungen wiederherzustellen, strebten die Eugeniker einerseits künstliche Selektionsvorteile für die "Erbtüchtigen" an, indem man ihnen bestimmte Lebenserleichterungen wie Gewährung von Kinderbeihilfen oder Ehestandsdarlehen zukommen lassen sollte ("positive" oder "progressive Eugenik"). Andererseits sahen die Eugeniker vor, einer "überproportionalen" Vermehrung der "Minderwertigen" durch eine Dezimierung derer Fortpflanzungsfähigkeit entgegenzuwirken ("negative" oder "präventive Eugenik"). Als Maßnahmen in dieser Hinsicht wurden Sterilisationen, Tötung "missratener" Kinder sowie Eheverbote befürwortet⁴⁸, allesamt Maßnahmen, welche während des Nationalsozialismus zur Ausführung kommen sollten.

Insgesamt gelang es der Eugenik Ende des 19. Jahrhunderts, sich als Antwort auf die konstruierte Bedrohung in Form von Degeneration oder generativer Entartung darzustellen.

⁴⁷ vgl. ebd.

⁴⁸ vgl. ebd., S. 8f.

2.3 Zwangssterilisationen und “Ehegesundheitsgesetze” im nationalsozialistischen Deutschland

Die Einteilung von Menschen in Wertekategorien von “minderwertig” und “höherwertig” blieb eines der zentralen Elemente des Nationalsozialismus. Als Beispiel für die Rezeption des eugenischen Gedankengutes in der nationalsozialistischen Bewegung können folgende Passagen aus Adolf Hitlers programmatischer Schrift *Mein Kampf* (1934) angeführt werden:

Der “völkische Staat [...] hat die Rasse in den Mittelpunkt des allgemeinen Lebens zu setzen. Er hat für ihre Reinerhaltung zu sorgen. [...] Er muß dafür Sorge tragen, daß nur wer gesund ist, Kinder zeugt, daß es nur eine Schande gibt: bei eigener Krankheit und eigenen Mängeln dennoch Kinder in die Welt zu setzen, doch eine höchste Ehre: darauf zu verzichten.” Der völkische Staat habe, “was irgendwie ersichtlich krank und erblich belastet und damit weiter belastend ist, zeugungsunfähig zu erklären und dies praktisch auch durchzusetzen.”⁴⁹

Als Ergebnis schwebte Hitler vor, durch Verhinderung der Zeugungsfähigkeit seitens körperlich Degenerierter bzw. geistig Erkrankter, “die Menschheit von einem unermeßlichen Unglück”⁵⁰ zu befreien.

Die nationalsozialistische Regierung ging bereits kurz nach ihrer Machtübernahme mit Nachdruck daran, ein Sterilisierungsgesetz einzuführen. So wurde am 14.7.1933 das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* (GVeN)⁵¹ vom Reichskabinett verabschiedet. Es trat am 1.1.1934 in Kraft.

Die Notwendigkeit solch eines eugenischen Sterilisierungsgesetzes begründete Reichsinnenminister Wilhelm Frick 1933 mit dem drohenden kulturellen Niedergang Deutschlands. Dabei griff er das Motiv der triebhaft überspannten Sexualität “minderwertiger” Menschen, also auch behinderter Menschen auf, indem er bekräftigte, dass “schwachsinnige und minderwertige Personen” durchschnittlich die “doppelte, oft sogar dreifache Zahl von Kindern im Vergleich zur gesunden deutschen Familie hervorbringen” würden. Somit bestünde die Gefahr, daß die “wertvolle Schicht [...] in wenigen Generationen nahezu völlig ausgestorben” sei.⁵²

⁴⁹ Hitler, 1934, S. 144

⁵⁰ ebd.

⁵¹ RGBl. I, 1933, S. 529 - 531

⁵² Frick, 1933, S. 412f.

Aufgrund solcher Agitationen wurde die Behinderung, darunter auch die körperliche Fehlbildung, zunehmend als Zeichen der Bedrohung für die Gesellschaft hochstilisiert, weshalb sie mit allen Mitteln bekämpft werden sollte. So strebte die Regierung eine möglichst flächendeckende Umsetzung der "erbpflegerischen" Maßnahmen an. Dies konnte erreicht werden, indem laut Art. 3 Abs. 4 der Ersten Ausführungsverordnung des Gesetzes⁵³ alle im medizinischen Sektor tätigen Personen, ausdrücklich auch Hebammen, verpflichtet waren, Personen, die an einer "Erbkrankheit" leiden, unverzüglich dem Amtsarzt zu melden. Diesem wiederum wurde die Pflicht auferlegt, die Erbkranken zu erfassen und deren Sterilisation voranzutreiben⁵⁴, dabei konnte laut Art. 6 Abs. 5 der 1. VO auch eine zwangsweise Unfruchtbarmachung unter Zuhilfenahme der Polizeibehörde angeordnet werden.

Diese nach unserem heutigen Empfinden massiven Eingriffe in Persönlichkeitsrechte behinderter Menschen rechtfertigte Franz Maßfeller, Amtsgerichtsrat im Reichsjustizministerium wiederum mit der Theorie der "differentiellen Geburtenrate" bzw. der Triebhaftigkeit behinderter Menschen. So heißt es bei ihm: Da angesichts der "drohenden Gefahr [...], daß die gesunde Schicht unseres Volkes von den Minderwertigen überwuchert" würde "höhere Werte auf dem Spiele" stünden "als das Interesse des Einzelnen an der Erhaltung seiner Fortpflanzungsfähigkeit" lasse das GVeN auch "Zwang zu, wenn der Erbkranke das Opfer nicht freiwillig bringt."⁵⁵

Während der Gesetzestext die Bevölkerung in der Sicherheit wog, über eugenische Sterilisierungsanträge werde in einem ordentlichen gerichtlichen Verfahren entschieden (§§ 5 - 10 GVeN), dehnte der Gesetzeskommentar von Gütt, Rüdin und Ruttke die gesetzlichen Bestimmungen so weit aus, dass die "Minderwertigen" in möglichst großem Umfang der Unfruchtbarmachung zugeführt werden konnten.⁵⁶ Laut § 1 GVeN war eine Unfruchtbarmachung z.B. nur dann zulässig, wenn der Unfruchtbarzumachende an einer Erbkrankheit erkrankt war. Ein Erblichkeitsnachweis durch das Erbgesundheitsgericht sollte allerdings laut Gesetzeskommentar nur bei Fallsucht (heute Epilepsie), Veitstanz (Chorea

⁵³ RGBl. I, 1933, S. 1021 - 1036

⁵⁴ vgl. Link, S. 76

⁵⁵ Maßfeller, 1935, S. 755f

⁵⁶ vgl. Link, 1999, S. 44

Huntington), Blindheit und schwerer körperlicher Missbildung überprüft werden. Angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, sog. zirkuläres Irresein konnten dem gegenüber vom Erbgesundheitsgericht grundsätzlich als erblich eingestuft werden.⁵⁷

Dieses Vorgehen beruhte darauf, dass die Nationalsozialisten v.a. die geistige Behinderung als "rassenhygienische Gefahrenquelle allererster Ordnung"⁵⁸ einstufen. Horst Geyer, Psychiater in Kiel begründete diese Einstufung damit, dass die "Schwachsinnigen ein Heer von Kranken" bildeten, "dem gegenüber die Vertreter sämtlicher anderen im Gesetz aufgeführten Erbkrankheiten eine verschwindende Minderzahl bedeuten und weil [...] die Fortpflanzungsziffer gerade dieser Minderwertigen, wiederum im Gegensatz zu den Trägern der übrigen Erbkrankheiten, ungeheuer groß"⁵⁹ sei.

Gunther Link geht davon aus, dass der Anteil der Menschen mit einer geistigen Behinderung unter den Sterilisierten 50 - 70% betrug.⁶⁰ Es ist anzunehmen, dass darunter viele Menschen mit einer Mehrfachbehinderung fielen. So beschreibt Alexander Faber, damaliger Assistent an der orthopädischen Universitätsklinik Leipzig, die Entscheidung für oder wider eine Sterilisation wie folgt:

"In der Praxis [...] sind zahlreiche Familien bekannt, in denen nicht nur körperliche, sondern auch geistige und charakterliche Minderwertigkeit manifest wird. Durch Generationen hindurch ist die Mehrzahl solcher Familienmitglieder körperlich minderwertig, mit Deformitäten oder Anlagen zu solchen behaftet, gleichzeitig mehr oder weniger debil, arbeitsscheu, moralisch minderwertig. Bekannt ist [...] auch weiter, daß solche Familien relativ häufig und meist erschreckend fruchtbar sind. Hier dürfte meines Erachtens eine Entscheidung leicht fallen, auch wenn im Einzelfalle die Erblichkeit nicht lückenlos nachzuweisen ist."⁶¹

Diese Worte Fabers deuten schon darauf hin, dass hinsichtlich der Sterilisationsindikationen nicht nur die Erblichkeit von angeborenem Schwachsinn, Schizophrenie und sog. zirkulärem Irresein nicht nachgewiesen werden brauchte, obwohl das Gesetz dies suggerierte und wohl auch die

⁵⁷ vgl. ebd., S. 221f.

⁵⁸ ebd., S. 238

⁵⁹ Geyer, 1934, S. 1300

⁶⁰ vgl. Link, 1999, S. 238

⁶¹ Faber, 1935, S. 55

Bevölkerung davon ausging; sondern dieser Erblichkeitsnachweis auch für die übrigen Krankheitsbilder (Fallsucht, Veitstanz, Blindheit, Taubheit sowie schwere körperlicher Missbildung) selten zu erbringen war. Laut Gesetzeskommentar von Gütt, Rüdin und Ruttke genügte dann auch als Erblichkeitsnachweis für letztgenannte Krankheitsbilder ein bekannter Erbgang bzw. ein familiäres Auftreten.⁶²

Gunther Link weist darauf hin, dass mit Ausnahme des erblichen Veitstanzes (Chorea Huntington) jedoch nur vage Aussagen zum Erbgang gemacht werden konnten, was letztlich darauf hinauslief, dass man den Erbgang nicht wusste und ausschließlich Vermutungen anstellte. Festzuhalten ist also, dass zu damaliger Zeit eine deutliche Diskrepanz zwischen dem begrenzten Wissen über die Erblichkeit der Krankheitsbilder und den weitreichenden praktischen Konsequenzen, die daraus abgeleitet wurden, existierte.⁶³

Es sind allerdings auch Fälle bekannt, bei denen trotz nachweislicher Nichterblichkeit Sterilisationen vorgenommen wurden. So war z. B. schon zu Beginn der 30er Jahre bekannt, dass die infantile Cerebralparese auf Geburtsschäden und andere Erkrankungen des frühkindlichen Gehirns zurückzuführen war und es sich demzufolge nicht um eine Erbkrankheit handeln konnte. Dessen ungeachtet wurden, so Gunther Link, Frauen, die an einer angeborenen spastischen Lähmung beider Beine litten, in der Frauenklinik Freiburg unfruchtbar gemacht.⁶⁴ Da bei diesen Frauen neben der spastischen Lähmung Formen der geistigen Behinderung bzw. der Epilepsie vorlagen, ist davon auszugehen, dass diese Mehrfachdiagnosen letztlich zur Unfruchtbarmachung führten, was die These stützt, dass die Anzahl mehrfachbehinderter Menschen unter den Zwangssterilisierten möglicherweise sehr hoch war.

Wie massiv die Propaganda von der Vererbbarkeit einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung über Jahrzehnte hinweg verbreitet wurde, zeigt sich darin, dass noch heute, 60 Jahre nach dem Ende des Nationalsozialismus, diese Zuschreibung in der Meinungsbildung auftritt.

Laut § 1 des *Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* war die Zulässigkeit einer Unfruchtbarmachung neben der Erblichkeit einer Krankheit

⁶² vgl. Link, 1999, S. 223

⁶³ vgl. ebd.

⁶⁴ ebd., S. 325

auch an die wahrscheinlich zu erwartende Schwere von körperlichen oder geistigen Schäden der Nachkommen gebunden.⁶⁵ Wie ernst wurde diese Gesetzesvorgabe genommen? Wie sah in dieser Hinsicht das Vorgehen aus?

Wie schon bezüglich der Erbllichkeit der Krankheiten dehnte der Gesetzeskommentar diese vorausgesetzte Schwere der Erbschäden weitestgehend aus und relativierte diese. So heißt es bei Gütt, Rüdin und Ruttke: Die "Erbgefahr, welche von den Trägern ' leichter' Gradausprägungen ausgeht" sei viel größer einzuschätzen, denn "schwere Grade [...] kommen viel weniger zu Heirat und Nachkommenschaft, kurz, merzen sich viel eher selbst aus als leichte Grade."⁶⁶

In bezug auf den angeborenen Schwachsinn legten die Kommentatoren sogar dar:

"Es ist wesentlich, daß gerade diejenigen zur Unfruchtbarmachung gelangen, deren Verfassung im übrigen so ist, daß man trotz ihrer Krankheit auf ihre mögliche Fortpflanzung gefaßt sein muß. Wer wegen schwerer Idiotie [...] dauernd in einer Anstalt verwahrt werden muß [...], braucht nicht unfruchtbar gemacht zu werden, da er keine Gelegenheit hat, sich fortzupflanzen."⁶⁷

Das heißt, nicht nur das vom Gesetz geforderte Kriterium der Erbllichkeit, sondern auch das Kriterium der Schwere der Erbschäden wurde bewusst unterwandert.

Dass es letztendlich bei der Sterilisationsindikation nicht um medizinische Diagnosestellungen ging, zeigt das Vorgehen bezüglich körperlich behinderter Menschen. So führte Carl Gerhard Meinhof, Vorsitzender des Erbgesundheitsgerichts Hamburg 1935 in der Juristischen Wochenschrift aus:

"Es kommt [bei der Einschätzung der Schwere körperlicher Mißbildungen] also nicht darauf an, ob der einzelne [...] arbeitsfähig ist, und nicht darauf, ob die Krankheit heilbar ist. Sondern die Summe der Hilfen, die der Kranke empfängt, soll abgewogen werden, gegen die Summe der Hilfen, die er anderen Volksgenossen gibt."⁶⁸

Demnach seien alle Missbildungen als schwer aufzufassen, "bei denen der einzelne nur noch unter Ausbeutung einer hochentwickelten Volksgemeinschaft

⁶⁵ § 1 Abs. 1 GVeN

⁶⁶ Gütt, 1936, S. 121

⁶⁷ ebd.

⁶⁸ Meinhof, 1935, S. 2685

ein Parasitendasein zu führen vermag"⁶⁹, so Meinhof. Auch bei Helmut Eckardt, Facharzt für Orthopädie und Geschäftsführer der Hauptabteilung II des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst und der Reichsarbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Krüppeltums, ist zu lesen, dass Missbildungen als schwer anzusehen seien, wenn sie eine Berufsausübung im freien Wirtschaftsleben unmöglich machten oder nennenswert erschwerten.⁷⁰

Aus diesen Ausführungen ist deutlich zu entnehmen, dass die Indikationsstellung zur eugenischen Sterilisation durch das Erbgesundheitsgericht weniger in wissenschaftlich fundierten und medizinisch begründeten Diagnosestellungen bestand, sondern hauptsächlich auf einer sozialen Bewertung nach der Leistung beruhte, also der Brauchbarkeit des einzelnen für die Volksgemeinschaft. So fasst Gunther Link zusammen: Zuerst wurden die zu erfassenden "Erbkrankheiten" danach ausgesucht, inwiefern sie die Brauchbarkeit eines Betroffenen für die Volksgemeinschaft einschränkten. Dann wurde die Grenzziehung des einzubeziehenden Schwere- bzw. Ausprägungsgrades an der daraus resultierenden auf die Volksgemeinschaft bezogenen Leistungseinbuße vorgenommen. Schließlich floss der Wert des einzelnen bzw. seiner "Sippe" als Beurteilungskriterium ein. Die Frage war also, ob sich der einzelne in die Volksgemeinschaft einordnen und sich bewähren würde, oder ob "Minderwertigkeit" vorliege, welche sich in Gemeinschaftsunfähigkeit und "Asozialität" äußere.

Nach dieser Logik und in Fortführung des Sozialdarwinismus stellte jede Wohlfahrtsunterstützung und Sozialhilfe, jede Erziehung einen vergeblichen Aufwand dar, einen Aufwand, der in den Augen der Nationalsozialisten den "gesunden Volksgenossen", in die eine Investition lohne, die notwendige Zuwendung entziehen würde.⁷¹

Aufgrund des Grundsatzes also, dass sich der einzelne einem ökonomisch begründeten Gesamtwohl unterzuordnen habe, wurden derart massive Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen als gerechtfertigt betrachtet: "Du bist nichts, Dein Volk ist alles"⁷², oder wie Otto Wacker 1933 bei seiner Antrittsrede anlässlich der Übernahme der Leitung des badischen

⁶⁹ ebd.

⁷⁰ Eckardt; 1937/38, S. 161f.

⁷¹ vgl. Link, 1999, S. 337f.

⁷² ebd., S. 341

Justizministeriums sagte: "Nur die Volksgesamtheit hat ein absolutes Recht, zu leben."⁷³ Deshalb kam nur den "vollwertigen Volksgenossen" Teilhabe zu, da diese dem Leben der Volksgesamtheit zuträglich seien, nicht jedoch den "Minderwertigen", deren "grenzenlose Vermehrung" ja gerade die Zukunft des Volkes bedrohen würde.

Letztendlich muss festgehalten werden, dass auch das Postulat der "differentiellen Geburtenrate" bzw. der Triebhaftigkeit behinderter Menschen, welches immer wieder als Rechtfertigung für das Sterilisationsgesetz angeführt wurde, nicht wissenschaftlich begründet war und sogar bereits in den 30er Jahren gegenteilige Untersuchungsergebnisse vorlagen. So ging aus Untersuchungen von Rüdin und Luxemburger hervor, dass die Fruchtbarkeit der "Erbkranken" im Sinne des GVeN gleich oder sogar niedriger lag als die des Bevölkerungsdurchschnittes: Bei manisch depressiven Erwachsenen ermittelten sie eine gleichhohe Fruchtbarkeit; bei schizophrenen, schwachsinnigen bzw. epileptischen Menschen eine niedrigere Fruchtbarkeit im Vergleich zum Durchschnitt der Bevölkerung.⁷⁴

Obwohl den meisten Verantwortlichen bewusst sein musste, dass nicht von einer Schlüssigkeit des rassenhygienischen Gesetzes auszugehen war und bei den "Erbkranken" im Sinne des Gesetzes weder eine höhere Fruchtbarkeit vorlag, noch der Beweis einer Vererbung dieser im Gesetz definierten Krankheiten gegeben war, trug der Großteil der Ärzteschaft die Einführung dieses Sterilisationsgesetzes mit.⁷⁵ Bis zum Ende des II. Weltkrieges wurden schätzungsweise 350 000 - 400 000 Zwangssterilisationen vorgenommen.⁷⁶

Die massiven Eingriffe in die Persönlichkeitsrechte körperbehinderter Menschen beschränkten sich zur Zeit des Nationalsozialismus jedoch nicht nur auf die Zwangssterilisationen. Als Ergänzung zum *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* war schon 1933 ein Gesetz zur Verhinderung "rassenhygienisch unerwünschter Ehen" im Gespräch. Am 18.10.1935 trat dann das sogenannte *Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes* (Ehegesundheitsgesetz) in Kraft. Nach § 1 dieses Ehegesundheitsgesetzes galten fortan Eheverbote bei ansteckender Krankheit, Entmündigung, Geistes-

⁷³ Wacker, 1933, S. 56

⁷⁴ vgl. Link, 1999, S. 340

⁷⁵ ebd.

⁷⁶ vgl. ebd., S. 503

störung sowie Erbkrankheit im Sinne des GVeN. Somit war also auch Menschen, welche im Rahmen des GVeN als "schwer körperlich missgebildet" eingestuft wurden, jede Möglichkeit genommen, eine Ehe mit einem nichtbehinderten Partner einzugehen. Ziel dieser Gesetzgebung war es sicherzustellen, dass sich die "fortpflanzungsfähigen Erbgesunden" einen "erbgesunden Ehepartner" suchen und ihre Fruchtbarkeit dem "deutschen Volke erhalten".⁷⁷ Nach §1 Abs. 2 des Ehegesundheitsgesetzes wurde die Bindung an einen ebenfalls unfruchtbaren Partner von diesen Eheverboten ausgenommen.⁷⁸

Die heute noch verinnerlichte Zuschreibung, dass behinderte Menschen nur unter sich heiraten und sexuelle Kontakte haben sollten, kann m. E. auch als Auswirkung dieses im Dritten Reich erlassenen Ehegesundheitsgesetzes und der damit einhergehenden diskriminierenden Propaganda gegenüber behinderten Menschen begriffen werden.

2.4 Umgang mit dem "Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses" und der Sterilisationsproblematik nach 1945

Im Gegensatz zu den Nürnberger Rassegesetzen wurde das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* nach 1945 durch den Alliierten Kontrollrat nicht gleich abgeschafft. Nur in einzelnen Ländern und Besatzungszonen kam es zur Aufhebung des GVeN, so 1946 in Hessen und Bayern sowie in der sowjetischen Besatzungszone.⁷⁹

Auffallend ist, dass in der Nachkriegszeit eine kritische Auseinandersetzung mit der Eugenik und den Zwangssterilisationen weitestgehend ausblieb. So wurde einerseits das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* als spezifisch nationalsozialistisch eingeordnet und das zugrundeliegende Gedankengut als mit dem Ende des Dritten Reiches als überwunden angesehen. Andererseits fand die tradiert abwertende bis diskriminierende Einstellung gegenüber körperbehinderten Menschen ihre Fortsetzung, indem das GVeN von einigen als

⁷⁷ vgl. Stuckart/ Schiedermaier, 1939, S. 109

⁷⁸ vgl. Link, 1999, S. 55f.

⁷⁹ vgl. ebd., S. 64

medizinische Maßnahme, die mit der Rassenpolitik des Nationalsozialismus nichts zu tun gehabt habe, angesehen und sogar die Wiedereinführung eines ähnlichen Sterilisationsgesetzes in der BRD gefordert wurde.⁸⁰ So plädierte z.B. der Genetiker Hans Nachtsheim noch 1962 dafür:

Man solle “endlich damit aufhören, das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und die nationalsozialistischen Rassegesetze immer wieder in einen Topf zu werfen und dadurch ein zukünftiges Erbkrankheitsgesetz, das kommen muß, schon von vornherein wieder in Mißkredit zu bringen.”⁸¹

Weiterhin sprach er sich dafür aus, den “gesunden, von Nazi-Ideologie freien Kern” des GVeN zu benutzen und damit “in einem neuen Zeitalter die Zukunft unseres Volkes neu zu gestalten.”⁸²

Erst 1968, im Zuge der Bereinigung des Bundesrechtes verlor das *Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses* seine Gültigkeit. Die §§ 14 – 18 des GVeN wurden dabei in fortgeltendes Bundesrecht übernommen. Das heißt, eine Unfruchtbarmachung war auch weiterhin zulässig, wenn sie zur Abwendung einer ernststen Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten diene und seine Einwilligung vorlag.⁸³ Bis zur Einführung des *Betreuungsgesetzes* von 1992 konnte bei fehlender Einwilligungsfähigkeit ein gesetzlicher Vertreter auch ohne die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes die Entscheidung über eine Unfruchtbarmachung treffen. Pixa-Kettner geht davon aus, dass in diesem Zeitraum schätzungsweise 1000 Menschen mit einer geistigen bzw. mehrfachen Behinderung sterilisiert wurden, oft noch als Minderjährige.⁸⁴

Den historischen Exkurs des 2. Kapitels zusammenfassend kann zunächst festgehalten werden, dass ästhetisches Aussehen sowie Gesundheit tief verwurzelte Werte in unserer Kultur sind. Menschen mit einer körperlichen Behinderung weichen von diesen sozio-kulturellen Werten z. T. erheblich ab. Wie der historische Blick zeigte, wurden ihnen infolge dessen Orte der Ausgrenzung

⁸⁰ vgl. ebd., S. 343

⁸¹ Nachtsheim, 1962, S. 1640

⁸² ebd.

⁸³ vgl. Link, 1999, S. 65

⁸⁴ vgl. Pixa-Kettner, 1997, S. 27ff. Auf die Bedeutung des *Betreuungsgesetzes* für die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen wird im Kapitel 4 dieser Arbeit näher eingegangen.

zugewiesen: Gelehrte bestaunten in der frühen Aufklärung die vom Ideal abweichenden Körper als Raritäten, in Kuriositätenkabinetten wurden sie zur Schau gestellt, in anatomisch-pathologischen Sammlungen dienten sie der naturwissenschaftlichen Forschung. Die Geschlechtlichkeit körperbehinderter Menschen spielte bei diesem Diskurs der Abweichung vom Schönen zunächst keine Rolle.

Mit der Embryologie setzte eine veränderte Wahrnehmung der Menschen mit einer körperlichen Behinderung ein, wobei ihre Sexualität und Fortpflanzung zunehmend ins Blickfeld rückten. Embryologen bewerteten den abweichenden Körper als ein Zurückfallen in die Tierbildung. Dieses Motiv der Tierhaftigkeit setzte sich mit der eugenischen Zuschreibung einer triebhaften Sexualität fort und mündete in dem sozialdarwinistischen Postulat des entarteten Erbgutes behinderter Menschen. Mit dieser Entwicklung wurden körperbehinderte Menschen mit ihren sexuellen Bedürfnissen zunehmend als Bedrohung für die nichtbehinderte Bevölkerung dargestellt. Der Nationalsozialismus reagierte auf diese vermeintliche Gefahr der "Überwucherung" der gesunden "Vollwertigen" durch die "entarteten Minderwertigen" mit Zwangssterilisationen und den Ehegesundheitsgesetzen. Letztendlich beruhte diese abwertende und diskriminierende Einstellung darauf, dass körperbehinderte Menschen einem weiteren hohen Wert in unserer Gesellschaft nicht entsprechen konnten und können: der ökonomischen Leistungsfähigkeit.

Insgesamt konnte der historische Exkurs deutlich machen, dass Behinderungen auch politisch zu betrachten sind und Machtkonstellationen aufzeigen. In diesem Sinne verweist Cloerkes auf die Funktion der Stigmatisierung auf gesellschaftlicher Ebene. Durch die Stigmatisierung würde einerseits die Normkonformität der Nicht-Stigmatisierten verstärkt; das heißt, ohne Stigmatisierte wäre es z.B. kein Vorteil, "normal" zu sein, so Cloerkes. Stigmatisierung führe zudem dazu, Aggressionen auf "schwache" Sündenböcke zu kanalisieren. Letztendlich trage Stigmatisierung durch die Regelung des Umgangs zwischen den gesellschaftlichen Gruppen und im Kampf um den Zugang zu knappen Gütern wie Status und Berufschancen zur Systemstabilisierung bei.⁸⁵

⁸⁵ vgl. Cloerkes, 2001, S. 137

Diese systemerhaltenden Funktionen auf gesellschaftlicher Ebene legen neben der kulturellen Tradiertheit nahe, dass es sich bei der Stigmatisierung um eine sehr grundlegende Haltung handeln könnte.

3. Auswirkung dieser Zuschreibungen auf das Selbstverständnis körperbehinderter Menschen

3.1 Auswirkung auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers

Anzunehmen ist, dass die abwertenden Einstellungen und Reaktionen gegenüber Menschen mit einem abweichenden Körper zu Identitätsgefährdungen führen könnten.

Stigmatisierungsprozesse gehören nicht nur der Geschichte an, sondern prägen nach wie vor den Alltag körperbehinderter Menschen. Nach Cloerkes können sich z.B. Spontanreaktionen aufgrund einer sichtbaren, auffälligen Behinderung im Anstarren, Ansprechen, Anfassen oder Verspotten behinderter Menschen äußern. Grundlage für diese psycho-physischen Reaktionen seien meist Ängste (z.B. vor Krankheit oder Tod), eine angenommene Bedrohlichkeit, Ekel oder Hilflosigkeit. Aber auch "überformte Reaktionen"⁸⁶ wie Mitleid oder aufgedrängte Hilfe offenbarten letztendlich eine "Schein-Akzeptanz"⁸⁷ behinderter Menschen, da der eigene höhere Status dabei aufrechterhalten würde.⁸⁸ Cloerkes geht davon aus, dass Menschen mit extremen Deformationen auch im internationalen Vergleich einheitlich negativ bewertet würden, also die abwertenden Reaktionen auf sie entsprechend stärker ausfiele als bei Menschen mit weniger deutlichen Funktionseinschränkungen.⁸⁹

Führen solche stigmatisierenden Zuschreibungen und Verhaltensweisen gegenüber körperbehinderten Menschen nun zwangsläufig zu Identitätsproblemen bei den Betroffenen? Um diese Frage klären zu können, soll zunächst einmal beleuchtet werden, was unter Identität zu verstehen ist. Dabei wird auf das interaktionistische Identitäts-Modell von Hans-Peter Frey zurückgegriffen.

⁸⁶ ebd., S. 91

⁸⁷ ebd., S. 92

⁸⁸ vgl. ebd., S. 89ff.

⁸⁹ vgl. ebd., S. 76ff.

Frey unterscheidet bei seinem Modell drei Aspekte der Identität:

1. *Identität als Ergebnis externer Typisierungs- und Zuschreibungsprozesse (externer Aspekt)*

Gemeint ist der einer Person durch die Interaktionspartner zugeschriebene Status, die Einordnung in soziale Kategorien⁹⁰ (hier die Kategorie des körperbehinderten Menschen) mit entsprechenden Erwartungen (z.B. geringere Leistungsfähigkeit).

2. *Identität als Ergebnis interner Typisierungs- und Zuschreibungsprozesse (interner Aspekt)*

Frey unterscheidet hinsichtlich dieses reflexiven Prozesses zwei Ebenen. Beim *Sozialen Selbst* gehe es darum, wie das Individuum das vermutete Fremdbild von sich selbst wahrnimmt. Das *Private Selbst* hingegen stehe für die Selbstinterpretation: "Wie sehe ich mich selbst?" Bei diesem Prozess würde das Private Selbst das Soziale Selbst bewerten, Inhalte des Sozialen Selbst übernehmen oder sie zurückweisen. So entstehe nach Frey ein privates Bild von sich selbst (Selbstbild).⁹¹

3. *Identität als spezifische Integrationsleistung einer Person (Integrations- und Balanceaspekt)*

Nach Frey sei mit diesen Integrationsleistungen ein Prozess gemeint, bei welchem divergierende Elemente externer und interner Zuschreibungen aufgelöst oder ausbalanciert würden. Dies geschähe über Informationsverarbeitung und nach außen gerichtete Handlungsstrategien. Das heißt, auf der Basis der Integrations- und Balanceleistungen würde die Präsentation der Identität nach außen stattfinden.⁹²

Das Identitäts-Modell von Frey zeigt bereits, dass Stigmatisierung nicht als Automatismus verstanden werden muss, dem der Betroffene ohne Optionen und Entscheidungsmöglichkeiten ausgeliefert ist. Dem einzelnen stehen nach Freys Ansicht verschiedene Strategien auf der Ebene der internen Typisierungs- und Zuschreibungsprozesse zur Verfügung, um Identitätsprobleme bewältigen zu können. Diese Strategien sollen in einem nächsten Schritt genauer betrachtet

⁹⁰ vgl. Frey, 1983, S. 43ff.

⁹¹ vgl. ebd., S. 47f.

⁹² vgl. ebd., S. 15

werden, dabei wird der Blick zunächst auf die Sozialisation behinderter Kinder gelenkt.

Cloerkes geht davon aus, dass von Geburt an behinderte Kinder erst im Verlauf der Sozialisation erfahren würden, dass sie anders seien und als abweichend wahrgenommen werden. Zunächst einmal sei das Private Selbst, also das Selbstbild eines behinderten Kindes noch häufig das eines Nichtbehinderten mit einem Handicap. Die Umwelt reagiere jedoch auf die sichtbare Behinderung und der zugeschriebene Status würde der eines Behinderten. So bald das behinderte Individuum dies wahrnehme, geriete es unter Druck, das Soziale Selbst, also das vermutete Fremdbild der neuen Bewertung anzupassen. In dieser Situation könne es entweder den veränderten Bewertungen widersprechen, ihnen ausweichen oder sie völlig leugnen. Damit erhielte sich das Individuum den Eindruck, dass zumindest der relevante Teil der Umwelt, also die wichtigsten Bezugspersonen, weiterhin eine positive Einschätzung seiner Person wahrnehmen würden. In diesem Falle sähe sich ein Mensch mit einer Behinderung nicht durchgängig als stigmatisiert und abgewertet an.⁹³

Um den veränderten Fremdbewertungen zu widersprechen, stünden dem Individuum dabei sowohl Strategien auf der kognitiven, als auch auf der Handlungsebene zur Verfügung, so Frey. So sei es z.B. auf der kognitiven Ebene möglich, unangenehme Informationen durch eine höhere Bewertung von positiven Informationen zu entwerten. Auf der Handlungsebene hätte das Individuum die Möglichkeit, das Bild der Umwelt durch entsprechende Handlungen und Argumente zu korrigieren, andere Qualitäten von sich stärker zu betonen bzw. Mängel durch besondere Leistungen zu kompensieren. Daneben könne es unangenehme Interaktionen abrechnen und/ oder andere Bezugspersonen suchen.⁹⁴

Meines Erachtens dürfte es körperbehinderten Menschen allerdings nicht leicht fallen, negativen Zuschreibungen bezüglich ihres Körpers (unattraktiv, unästhetisch, eklig) zu widersprechen bzw. sie zu leugnen, da ihnen eine positive Selbstinterpretation bzw. ein positives Erleben des eigenen Körpers zum Teil erheblich erschwert ist. Einerseits vermögen viele aufgrund der körperlichen

⁹³ vgl. Cloerkes, 2001, S. 150ff.

⁹⁴ vgl. Frey, 1983, S. 75ff.

Einschränkungen nicht, ihren Körper ganzheitlich zu erleben und z.B. Körperteilen, die nicht ins Blickfeld genommen werden können, zu ertasten.⁹⁵ Dadurch erscheint der eigene Körper möglicherweise als entfremdet. Aufgrund der körperlichen Einschränkungen sind behinderte Menschen zudem meist auf die Übernahme der Körperpflege angewiesen, was die Intimität einschränkt und die Wahrnehmung eines entfremdeten Körpers verstärken kann. Der behinderte Körper kann Schmerz- und Druckempfindungen bereiten sowie Genussmöglichkeiten versagen. Verschiedene Therapien und ärztliche Diagnoseverfahren, das eventuell notwendige Tragen von Schienen und Korsetts lassen den behinderten Körper als defizitär und heilungsbedürftig erscheinen.⁹⁶

Wenn aber die oben genannten Abwehrstrategien, aus welchen Gründen auch immer, nicht zum Erfolg führen, so Cloerkes, würde das angenehme vermutete Fremdbild (Soziales Selbst) den unangenehmen Informationen angepasst und damit die Zuschreibung als Behinderter vollständig übernommen. Cloerkes weist darauf hin, dass diese Übernahme der Zuschreibungen v.a. anzutreffen wäre, wenn das Individuum in mehreren Bezugsgruppen in gleicher Weise negativ bewertet würde⁹⁷, wenn also auch wichtige Bezugspersonen wie Eltern und Geschwister negative Zuschreibungen vornähmen.

Aus dieser Anpassung des Sozialen Selbst an die Zuschreibungen resultiere laut Cloerkes wiederum ein Widerspruch, und zwar zum angenehmen Selbstbild, was abermals Unsicherheit erzeuge. Das Individuum könne jedoch der Stigmatisierung auch auf der Ebene des Selbstbildes entgegentreten, indem es zwar die negativen Bewertungen durch andere wahrnehme, aber ihre Berechtigung leugne bzw. sie als relativ unwichtig ansehen würde. Nur wenn die Identitätsstrategien auf beiden Ebenen des Selbst versagten, könne die angenehme Selbsterfahrung nicht mehr aufrechterhalten werden und es komme zur Anpassung des Selbstbildes an die unangenehmen Zuschreibungen durch die Außenwelt, so Cloerkes.⁹⁸

⁹⁵ vgl. Paulus, 1986, S. 100

⁹⁶ vgl. Sandfort, 2002, S. 63

⁹⁷ vgl. Cloerkes, 2001, S. 152

⁹⁸ vgl. ebd., S. 153

Goffman spricht in diesem Falle von einer "beschädigten Identität"⁹⁹: Das stigmatisierte Individuum begreife dann eines seiner Attribute (hier den behinderten Körper) als etwas Schändliches; etwas, worauf es gerne verzichten würde. Die negativen Zuschreibungen würden als gerechtfertigt empfunden, was insgesamt zur Akzeptierung der Stigmatisierung führe.¹⁰⁰ Bezogen auf die Zuschreibungen bezüglich des Körpers behinderter Menschen hieße das, der eigene Körper würde selbst als unattraktiv empfunden und abgelehnt werden.

Nach Goffman könne sich diese Akzeptierung der Stigmatisierung z.B. darin äußern, dass der Stigmatisierte versuchen würde, den "Makel" direkt zu korrigieren, indem er beispielsweise auf Prothesen, Korsetts o.ä. zurückgreife, um so "normal" wie möglich zu erscheinen und den Makel nicht sichtbar werden zu lassen.¹⁰¹

An solche Situationen kann sich Dinah Radtke erinnern, wenn sie an ihre Kindheit zurückdenkt:

" Als ich mit zwölf Jahren meine Stützen entfernt bekam, tat ich alles, was in meiner Macht stand, um meine knochigen und vernarbten Beine zu verbergen: ich trug noch in der größten Hitze Kniestrümpfe oder lange Hosen."¹⁰²

Andererseits könnte das stigmatisierte Individuum auch versuchen, das Stigma für sekundäre Gewinne zu benutzen, indem der abweichende Körper z.B. als Entschuldigung für andere Misserfolge genutzt würde, so Goffman.¹⁰³ Letztendlich offenbare aber auch dieses Verhalten die Akzeptanz der Abwertung des eigenen Körpers.

Zur Frage der Identitätsgefährdung durch negative Zuschreibungen ist zunächst festzuhalten: Nach Freys Identitäts-Modell kann zwar jede Stigmatisierung eine Bedrohung des Selbst darstellen und damit Identitätsprobleme schaffen. Es ist aber möglich, diesem durch Abwehrmaßnahmen zu begegnen. Stigmatisierende Zuschreibungen müssen also nicht zwangsläufig zu einer Gefährdung bzw. Veränderung der Identität des stigmatisierten Menschen führen.¹⁰⁴

⁹⁹ Goffman, 1967

¹⁰⁰ vgl. ebd., S. 16ff.

¹⁰¹ vgl. ebd., S. 18

¹⁰² Radtke, 1998, S. 9

¹⁰³ vgl. ebd.

¹⁰⁴ vgl. Cloerkes, 2001, S. 154

3.2 Auswirkung auf die Sexualerziehung und das Sexualleben

Im vorigen Abschnitt wurde deutlich, dass negative Zuschreibungen bezüglich des behinderten Körpers zu Identitätsproblemen führen und u. U. eine Akzeptierung der Stigmatisierung nach sich ziehen können. In diesem Falle würde der eigene Körper als unattraktiv abgelehnt werden. Demzufolge ist davon auszugehen, dass sich auch die Zuschreibungen bezüglich der Sexualität (Asexualität, Triebhaftigkeit, Vererbbarkeit der Behinderung) negativ auf das Selbstverständnis körperbehinderter Menschen auswirken können. Da aus Freys aufgezeigten Strategien zur Bewältigung von Identitätsproblemen hervorging, dass durch positive Einschätzungen wichtiger Bezugspersonen den Stigmatisierungsprozessen begegnet werden kann, soll an dieser Stelle hinterfragt werden, wie Eltern und Betreuer von Einrichtungen mit den sexuellen Bedürfnisse ihrer Kinder bzw. der Bewohner umgehen. Vorangestellt wird eine Begriffsklärung der Sexualität.

Zunächst ist festzuhalten, dass in unserer Kultur ein einseitig biologisches Verständnis von Sexualität als Reproduktion lange Tradition hatte. Kennzeichnend für die damit einhergehende eher "repressive Sexualerziehung"¹⁰⁵ waren das Festhalten, Ablenken bzw. die Unterdrückung sexueller Bedürfnisse bis zum Eingehen der Ehe. Der gesellschaftliche Wandel nach 1968 in Westdeutschland brachte dann, beeinflusst durch Freuds *Abhandlungen zur Sexualtheorie*, eine Enttabuisierung der Sexualität mit sich. Im Sinne einer "emanzipatorischen Sexualerziehung"¹⁰⁶ wird Sexualität seitdem als umfassender Komplex begriffen, der aus vielen Elementen bestehe:

"Er hat zu tun mit Identifikationsprozessen, mit Lebensentwürfen, mit Phantasien, Wünschen, Bedürfnissen und Begierden, sowie mit entsprechenden Interaktionszusammenhängen, die fördernd oder hindernd sein können."¹⁰⁷

Nach diesem Verständnis seien Sexualität und sexuelles Verhalten individuell und sozial geformt und daher grundsätzlich mit Lernen verbunden, so Koch.¹⁰⁸ Mit

¹⁰⁵ Koch, 1996, S. 493

¹⁰⁶ ebd.

¹⁰⁷ ebd.

¹⁰⁸ vgl. ebd.

dieser Definition wird bereits auf den Identitätsaspekt der Sexualität aufmerksam gemacht und auf mögliche Gefährdungen verwiesen.

Zu fragen ist also, ob dieser Richtungswechsel in der Sexualerziehung im Sinne eines Bejahens verschiedenster Formen der Sexualität auch in der Behindertenhilfe und bei der elterlichen Erziehung behinderter Kinder und Jugendlicher aufgegriffen wurde. Stellungnahmen von Behindertenpädagogen aus den 70er Jahren legen die Vermutung nahe, dass in der Behindertenpädagogik eine repressive Sexualerziehung länger vorherrschte. So empfiehlt Heinz Bach, bezogen auf die Erziehung geistig behinderter Kinder und Jugendlicher:

“Wenn der geistig Behinderte 8,14 und 20 Jahre alt ist, sollten ihn die Eltern [...] nicht zu zärtlich streicheln. [...] Auch mit dem Aufblitzen der Augen kann man einem geistig Behinderten deutlich machen, daß man ihn mag, auch indem man ihm auf die Schulter klopft.”¹⁰⁹

Und an anderer Stelle heißt es bei ihm:

Neben vernünftiger Ernährung, Auslastung in Arbeit und ausgedehntem Spiel sei “daran zu denken, daß der geistig Behinderte regelmäßig und namentlich abends seine Blase leert, daß seine Kleidung zweckmäßig und nicht zu eng ist, um zu vermeiden, daß rein physische Reize die Genitalität steigern.”¹¹⁰

Schlaich schließt in seinem Erziehungsratgeber von 1974 die geschlechtliche Verbindung für geistig behinderte Menschen sogar grundsätzlich aus. Ziel der Sexualerziehung geistig Behinderter sei die “Erziehung zu einem ehelosen Leben.”¹¹¹ Wie sich der sexualpädagogische Diskurs in der Behindertenhilfe im Zusammenhang mit der Behindertenbewegung veränderte, wird im 4. Kapitel dieser Diplomarbeit näher erläutert.

Anzunehmen ist zunächst einmal, dass die verinnerlichten Zuschreibungen bezüglich der Sexualität behinderter Menschen (Asexualität, Triebhaftigkeit bzw. Vererbbarkeit der Behinderung) das Fortsetzen einer repressiven Sexualerziehung in der Behindertenpädagogik beeinflussten und auch Auswirkungen auf die Erziehung im Elternhaus behinderter Kinder haben könnten. Zur Einstellung der Eltern gegenüber der Sexualität ihres körper- bzw. mehrfachbehinderten

¹⁰⁹ Bach, 1971, S. 21f.

¹¹⁰ ebd.

¹¹¹ Schlaich, 1974, S. 213f.

Kindes führte Ulrike Diehl 2001 eine (nicht repräsentative) Befragung von Müttern durch. Dieser Befragung ist zu entnehmen, dass Sexualerziehung und Gespräche über sexuelle Themen nach wie vor weitestgehend vermieden werden.¹¹² Als Gründe führten die Mütter an, den Kindern Enttäuschungen ersparen und ihnen einen Schonraum zu bieten zu wollen. Zudem waren einige Mütter der Überzeugung, dass die behinderten Kinder gar kein Interesse an sexuellen Themen hätten bzw. dies nicht verständen. Auffallend sei, so Diehl, dass bei einem umfangreicheren Pflegebedarf des behinderten Kindes auch die Schwierigkeiten der Mütter zunehmen würden, die Sexualität ihrer Kinder zu akzeptieren. Diehl vermutet, dass sich dahinter Schutzreaktionen der Mütter verbergen könnten: Da sie Hilfestellungen bei der Intimpflege ihres Kindes leisten, könnten sie sich möglicherweise durch die Vorstellung der Asexualität ihrer behinderten Kinder eine innere Distanz schaffen und einen Umgang mit der Sorge finden, selbst sexuelle Erregungen des Kindes auszulösen.¹¹³

Ferdinand Klein weist zudem darauf hin, dass Mütter behinderter Töchter auch aus Angst, die heranwachsende behinderte Tochter könnte (ungewollt) schwanger werden und die Folgen einer Schwangerschaft nicht abschätzen, dazu neigten, sexuelle Erfahrungen ihrer Töchter möglichst zu unterbinden. In diesem Sinne schildert die Mutter einer geistig behinderten Tochter:

“Wenn ich über das Thema Sexualität bei [...] Behinderten nachdenke, fällt mir auf, wie sehr ich darauf fixiert bin, etwas zu verhindern, eine Schwangerschaft nämlich und wie wenig ich mir Gedanken darüber mache, was ich dazu tun kann, daß meine Tochter ein glückliches Sexualeben führt.”¹¹⁴

Letztendlich werden die heranwachsenden behinderten Kinder und Jugendlichen durch diese mangelnde bzw. erst sehr spät einsetzende Aufklärung und das Vorenthalten sexueller Erfahrungen entweder in einem asexuellen Sein oder in

¹¹² Wenn, dann findet eine Aufklärung nicht im familiären, sondern (seit einigen Jahren) im schulischen Rahmen statt. So ergab eine von PRO FAMILIA in Auftrag gegebene nicht repräsentative Befragung zum Thema *Sexualität im Leben von körperbehinderten Menschen* unter Schülern (16 – 17 Jahre alt) und Bewohnern von Einrichtungen (40 - 60 Jahre alt), dass die im Heim sozialisierten Befragten erst mit ca. 16 – 17 Jahren aufgeklärt wurden. Ein Informationsbedürfnis bestand v.a. hinsichtlich möglicher Sexualpraktiken. Dem gegenüber äußerten die körperbehinderten Jugendlichen, dass im Sexualekundeunterricht eine ausreichende Aufklärung stattfand, also im Alter von 9-10 Jahren. vgl. PRO FAMILIA, 2002, S. 37

¹¹³ Diehl, 2001, S. 17f.

¹¹⁴ Klein, 2000, S. 152

einer kindlichen Lebenswirklichkeit, also ohne Zugestehen einer partnerschaftlichen Sexualität, gehalten.

Diese Haltung gegenüber der Sexualität behinderter Menschen setzt sich oftmals in den Einrichtungen fort. Aus der Dokumentation zum Thema "Sexualität und Behinderung" von PRO FAMILIA ist zu erfahren, dass auch Betreuer in Institutionen das Ansprechen sexueller Themen möglichst vermeiden möchten. Auffälliges sexuelles Verhalten der Bewohner würde so meist hingenommen oder ignoriert, ohne genau nach dem "Warum" zu fragen. Wie bei den Eltern geschähe dies meist aus Angst, durch die Thematisierung stärkeren Forderungen oder Wünschen seitens der Behinderten ausgesetzt zu sein. Andererseits würde mit der Thematisierung auch der eigene Intimbereich berührt, was zu weiteren Unsicherheiten führe.¹¹⁵ Die PRO FAMILIA- Dokumentation macht zudem auf die mangelnde Intimsphäre in den Einrichtungen aufmerksam. Nach wie vor seien Einzelzimmer nicht der Regelfall. Die Bewohner könnten oftmals nicht ungestört sein, Pflegeabläufe würden auch öffentlich stattfinden.¹¹⁶

Diese ausweichende Haltung gegenüber der Sexualität der Heimbewohner und das Vermeiden von intimen Situationen könnte m. E. auch darauf beruhen, dass die Betreuer so dem Vorwurf des sexuellen Missbrauchs der ihnen anvertrauten Bewohner vorbeugen möchten, schließlich sieht das Strafrecht mit §174c StGB¹¹⁷ auch Freiheitsstrafen vor, wenn unter "Missbrauch des Betreuungsverhältnisses" sexuelle Handlungen an Personen mit einer "geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung" vorgenommen werden.¹¹⁸

Zusammenfassend ist zu sagen, dass sowohl im Elternhaus als auch bei den Betreuern in Einrichtungen aus Unsicherheit und z.T. Unwissenheit die Thematisierung der Sexualität der behinderten Kinder bzw. Bewohner und eine Sexualerziehung meist ausbleiben. Die tradierte Zuschreibung der Asexualität verstärkt dieses Ausblenden der sexuellen Bedürfnisse. Wenn aber ein Bejahen der eigenen Sexualität und die Unterstützung beim Ausleben eigener sexueller

¹¹⁵ ebd., S. 34ff.

¹¹⁶ ebd., S. 38

¹¹⁷ Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 10.3.1987, BGBl. I S. 945, zuletzt geändert durch das Gesetz vom 4.5.1998, BGBl. I S. 845

¹¹⁸ Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen wird nach § 179 Abs. 1 StGB noch stärker geahndet. vgl. Kestel, 2004, S. 203

Bedürfnisse durch wichtige Bezugspersonen ausbleiben, kann dies nach Freys Identitäts-Modell zu Identitätsproblemen führen. Das heißt, den behinderten Frauen und Männern würde es schwerer fallen, den negativen Fremdbewertungen und Stigmatisierungsprozessen bezüglich ihrer Sexualität zu begegnen bzw. ihnen zu widersprechen. Es bestünde die Gefahr, dass sie infolge dessen die negativen Zuschreibungen als gerechtfertigt empfänden und selbst glauben würden, dass ihnen sexuelle Bedürfnisse, sexuell erfüllende Partnerschaften und eine Elternschaft aufgrund ihrer körperlichen Einschränkungen nicht zustünden bzw. eine psychosexuelle Identität bei ihnen nicht existiere.

Wie wirken sich diese Identitätsgefährdungen auf das Sexualverhalten und Sexualleben behinderter Frauen und Männer aus? Bernd Zemella nimmt in seiner beratenden und therapeutischen Arbeit mit behinderten Menschen Störungen in der psychosexuellen Entwicklung der Klienten wahr. Gerade, wenn bei den behinderten Frauen und Männern auch eine geistige Einschränkung vorliege, bleibe aufgrund fehlender Lernmöglichkeiten und sexueller Erfahrungen ihre Sexualität oft unterentwickelt, undifferenziert und unstrukturiert.¹¹⁹ Christiane Biller-Pech, als Sexualberaterin tätig, spricht davon, dass Erwachsenen mit einer körperlichen bzw. geistigen Behinderung oftmals kein alters- bzw. situationsgerechtes Sexualverhalten zur Verfügung stünde.¹²⁰

Aus den fehlenden sozialen und sexuellen Kontakten¹²¹ würden nicht selten ein unzutreffendes Selbstbild bzw. unrealistische Vorstellungen, was einen möglichen Partner angeht, erwachsen, so Zemella. Die Konsequenz sei, dass behinderte Menschen mitunter nur schlecht in der Lage seien, das Bild vom Traumpartner bzw. der Traumpartnerin zu korrigieren und die Wünsche in realistischer Weise anzupassen. So wünschten sich manche ausschließlich eine nichtbehinderte Partnerin/ einen nichtbehinderten Partner.¹²² Diese Beobachtung teilt auch Bernd

¹¹⁹ vgl. Zemella, 2004, S. 136

¹²⁰ vgl. Biller-Pech, 2004, S. 46

¹²¹ Bei der von PRO FAMILIA 2002 in Auftrag gegebenen Befragung unter körperbehinderten Jugendlichen und Bewohnern von Einrichtungen gaben 16% der Befragten an, noch keine sexuellen Erfahrungen gemacht zu haben, sich diese allerdings zu wünschen. 32% der Befragten hatten Erfahrungen mit der Selbstbefriedigung, 36% mit behinderten Partnern, 16% über einen Kontaktservice. Die Befragten gaben zudem an, dass hinsichtlich sexueller Erfahrungen weniger die körperliche Einschränkung als vielmehr die gesellschaftlich und familiär diskriminierenden sowie tabuierenden Einstellungen zur Sexualität das Hauptproblem seien. vgl. PRO FAMILIA, 2002, S. 37

¹²² vgl. Zemella, 2004, S. 137

Müller-Pohl, Mitarbeiter einer Partnervermittlung für behinderte Menschen. Ebenso wie Zemella geht er davon aus, dass die oftmals vorgefundene Sonderrolle und der Schonraum in der Familie eine Akzeptanz der eigenen Einschränkungen und der damit verbundenen Außenwirkung erschwere.¹²³ So hätte die Partnerwahl auch kompensatorische Bedeutung. Es verbinde sich damit die Vorstellung, die Behinderung könnte dadurch aufgehoben werden. Andererseits würde mit dem nichtbehinderten Traumpartner ein Statusgewinn "phantasiert", so Zemella ("Die Behinderung kann ja nicht so erheblich sein, wenn sich ein nichtbehinderter Partner für mich entscheidet ...").¹²⁴ Nicht selten würden aufgrund fehlender sozialer und sexueller Kontakte Verliebtheitsgefühle auch auf die vertrauten Bezugspersonen projiziert: Pflegepersonen, Betreuer, Therapeuten. Mitunter nutzten behinderte Menschen die Übernahme pflegerischer Tätigkeiten für ein lustvolles Erleben, Grenzen werden dabei überschritten.¹²⁵ Insgesamt, so PRO FAMILIA, könne eine nicht gelebte Sexualität zu Aggressivität gegenüber sich selbst oder anderen, bzw. zu Apathie und Isolation führen.¹²⁶

3.3 Sexuelle Gewalt gegenüber körperbehinderten Menschen

Festzuhalten bleibt die Spannung zwischen zugeschriebener Asexualität und vorhandenen Abhängigkeiten behinderter Frauen und Männer, woraus die Frage nach einer möglichen sexuellen Ausbeutung behinderter Menschen erwächst.

Bisher existieren noch keine Untersuchungen bzw. Statistiken zu sexueller Gewalt im Behindertenbereich in Deutschland. Amerikanische Studien legen jedoch den Verdacht nahe, dass sexuelle Übergriffe auf Menschen mit einer Behinderung weit verbreitet sind. Es ist sogar zu vermuten, so Anne Lipps, dass behinderte Menschen im gleichen oder sogar höheren Ausmaß wie Nichtbehinderte Opfer sexueller Übergriffe werden, da in den Beziehungsgefügen Behinderter, wie oben angedeutet, besonders starke Abhängigkeiten gegeben seien. Lipps geht davon aus, dass sexuelle Übergriffe von den Betroffenen nur schwer als solche zu

¹²³ vgl. Müller-Pohl, 2002, S. 138ff.

¹²⁴ vgl. Zemella, 2004, S. 137

¹²⁵ vgl. Sandfort, 2002, S. 108

¹²⁶ vgl. PRO FAMILIA, 2002, S. 49

erkennen seien, da sie positive Erfahrungen mit den Verwandten, Pflegepersonen, Betreuern gemacht hätten, es seien Bindungen entstanden. Auf dieser Basis von Bindung und Loyalität fühle sich der Täter geschützt. Zudem würden gerade schwerstbehinderte Menschen nur über äußerst eingeschränkte Möglichkeiten verfügen, auf ihre Situation aufmerksam zu machen. Den Betroffenen fehlten die Worte, um die Übergriffe zu beschreiben. Wenn ein Behinderter sich dann auf seine Art und Weise jemanden anvertraute, würde ihm mitunter unterstellt, er "spiele sich nur auf", so Lipps.¹²⁷

An dieser Stelle wird deutlich, dass Stigmatisierungsprozesse sexuelle Übergriffe gegenüber behinderten Menschen begünstigen können. Körperbehinderten Frauen und Männern wird, wie im Kapitel 1 und 2 gezeigt, Unattraktivität und mangelnde Erotik zugeschrieben. Deshalb könne es gar nicht zu sexuellen Übergriffen kommen, so die Vermutung mancher Angehöriger und Betreuungspersonen.¹²⁸ Das heißt, aufgrund der negativen Zuschreibungen werden Hinweise der Betroffenen nicht ernst genommen.

Dass ein Bedarf besteht, sexuelle Übergriffe öffentlich zu machen bzw. diese in Beratungssituationen zur Sprache zu bringen, zeigt eine aktuelle empirische Untersuchung von PRO FAMILIA. Aus der Befragung von körperbehinderten Jugendlichen und Bewohnern von Einrichtungen geht hervor, dass diese in Beratungssituationen die Themen "Vergewaltigung" und "Ängste, verlassen, benutzt und missbraucht zu werden" ansprechen würden.¹²⁹ Die Arbeit von PRO FAMILIA der vergangenen Jahre machte allerdings auch deutlich, dass sowohl Beratungsangebote als auch Angebote von Selbsthilfegruppen bisher nur zögerlich von behinderten Menschen angenommen werden. Die Mitarbeiter von PRO FAMILIA führen dies auf die stigmatisierenden Zuschreibungen bezüglich der Sexualität behinderter Menschen zurück: Aus Scham, Angst vor Unverständnis oder Spott würden sich behinderte Frauen und Männer nicht trauen, nach Hilfen im Bereich der Sexualität zu fragen.¹³⁰

¹²⁷ vgl. Lipps, 2000, S. 130ff.

¹²⁸ vgl. ebd. S. 132

¹²⁹ vgl. PRO FAMILIA, 2002, S. 40

¹³⁰ vgl. ebd. S. 47

4. Von der Fremdbestimmung zur sexuellen Selbstbestimmung behinderter Menschen

Die vorangegangenen Ausführungen legen nahe, dass es sich bei den Stigmatisierungsprozessen gegenüber behinderten Menschen, v.a. aufgrund der Funktionen auf gesellschaftlicher und individueller Ebene,¹³¹ um eine sehr grundlegende Haltung handeln könnte und diese Prozesse nur schwer veränderbar seien. Dennoch fand in den letzten drei Jahrzehnten ein deutlicher Richtungswechsel hinsichtlich der gesellschaftlichen Wahrnehmung behinderter Menschen in Deutschland statt. In diesem Kapitel soll deshalb untersucht werden, welche Bedingungen zu dieser Einstellungsänderung beitragen konnten. Damit einhergehend werden auch die Veränderungen im sexualpädagogischen Diskurs in der Behindertenpädagogik aufgezeigt.

Wichtige Anstöße für einen Wandel in der Behindertenhilfe kamen zunächst aus Skandinavien, den Niederlanden und den USA. In diesen Ländern wurden in den 50er Jahren spezialisierte Einrichtungen für behinderte Menschen sowie eine ausgrenzende Sonderstellung Behinderter zunehmend kritischer bewertet. Dies führte zur Formulierung des *Normalisierungsprinzips*, womit sich die Forderung verband, Menschen mit einer Behinderung als Mitglieder der Gesellschaft zu begreifen, denen wie allen anderen auch die Teilhabe an Lebensstandards und -gepflogenheiten zustehe, wie die Ausübung von Rechten.¹³² Unter dem Begriff der *Normalisierung* setzte so eine Umstrukturierung und Auflösung von Behindertenanstalten sowie der Ausbau der schulischen Integration ein. Die italienische Psychiatriereform Ende der 60er Jahre forcierte diesen Prozess der Enthospitalisierung sowie der Auflösung von Sonderschulen für behinderte Kinder und Jugendliche.

In Deutschland begann der Reformprozess erst zeitverzögert, Mitte der 70er Jahre. Im Zusammenhang mit dem *Normalisierungsprinzip* rückten dann auch Fragen der Sexualität behinderter Menschen ins Blickfeld. So fanden 1974/75 in

¹³¹ Die Funktion für den Stigmatisierenden ergibt sich v.a. aus der Wiederherstellung des gefährdeten Gleichgewichts durch die betonte Abgrenzung gegenüber der Andersartigkeit. Zudem habe nach Cloerkes die Projektion verdrängter Aggressionen auf "Sündenböcke" entlastenden Charakter. vgl. S. 30 dieser Arbeit und Cloerkes, 2001, S. 136

¹³² vgl. Otto/ Thiersch, 2001, S. 133

Deutschland drei Symposien sowohl zu Fragen der Sexualität Behinderter im allgemeinen als auch zu spezielleren Themen wie der Geschlechterziehung bei geistig behinderten Menschen sowie der Partnerschaft geistig Behinderter statt. Dabei wurde das *Drei-Stufen-Schema der Sexualität* des niederländischen Moraltheologen Sporken aufgegriffen.¹³³ Sporkens Schema geht im Sinne einer emanzipatorischen Sexualerziehung von einem sehr komplexen Sexualitätsverständnis aus. Danach umfasse Sexualität das ganze Gebiet von Verhaltensweisen in den allgemeinen menschlichen Beziehungen im Mittelbereich von Zärtlichkeit, Sensualität, Erotik und in der Genitalsexualität.¹³⁴ In der deutschen Behindertenhilfe wurde dieser Mittelbereich von Zärtlichkeit und Sensualität jedoch als dem Genitalbereich übergeordnet interpretiert - als das Feld, in welchem behinderte Menschen ihre Sexualität ausleben wollten.¹³⁵ Mit diesem Ausblenden des Wunsches nach Genitalsexualität billigte man behinderten Menschen demzufolge lediglich eine frühkindliche Sexualität zu. Dass mit dieser Haltung v.a. auch der Bereich der Elternschaft behinderter Menschen umgangen werden sollte, zeigt die Auseinandersetzung mit der Homosexualität Mitte der 70er Jahre. So erklärten Behindertenpädagogen auf dem evangelischen Symposium 1974 in Bielefeld, dass der Schritt von der Selbstbefriedigung zur Homosexualität ein sozialer Fortschritt für behinderte Menschen sein könne, da sie helfen würde, die Isolation zu überwinden und eine bessere soziale Bindungsfähigkeit voraussetze. Mit der stärkeren Thematisierung der AIDS-Gefahr Ende der 80er Jahre schien es in der Behindertenhilfe dann wieder angebrachter, die sexuellen Lebensäußerungen behinderter Menschen im Sinne einer repressiveren Sexualerziehung erneut zu unterbinden. Liberalere Heimkonzepte wurden so aus Angst vor AIDS wieder zurückgedrängt.¹³⁶

Neue Impulse in Richtung Anerkennung sexueller Bedürfnisse behinderter Menschen kamen schließlich - und erst - in den 90er Jahren aus der Bewegung *Selbstbestimmt Leben*, welche in Deutschland v.a. von Menschen mit einer Körperbehinderung getragen wurde. Mit dieser Bewegung, deren Wurzeln in der Bürgerrechtsbewegung der USA lagen, wurde das *Normalisierungsprinzip* durch

¹³³ vgl. Walter, 2004a, S. 17f.

¹³⁴ vgl. Sporken, 1974, S. 159

¹³⁵ vgl. Walter, 2004a, S. 18

¹³⁶ ebd., S. 19

das Konzept der *Lebensqualität* erweitert: Da der Anspruch, das Leben so "normal" wie möglich zu gestalten, die Gefahr des Durchschnittslebens in sich berge und damit auch einen möglichen Verlust der Identität als behinderter Mensch, ergänzten die Anhänger der Bewegung das *Normalisierungsprinzip* durch die Forderung nach einer "Individualisierung von Dienstleistungen"¹³⁷ und einer "Subjektivität von Bewertungsprozessen".¹³⁸ Das heißt, mit Hilfe flächendeckender individueller Beratungs- und Hilfsangebote sollte es behinderten Menschen ermöglicht werden, einen eigenen Lebensstil zu entwickeln, individuelle Fähigkeiten und Kompetenzen zu entdecken sowie selbstbestimmt zu leben (Modell der persönlichen pflegerischen und sozialpädagogischen Assistenz). Diese Forderungen zielten insgesamt darauf ab, die Autonomie behinderter Menschen zu stärken, sie zu ermutigen, ihre "Kinderrolle" aufzugeben und die eigenen Belange in die Hand zu nehmen.¹³⁹

Dabei richteten sich die Forderungen nach einem selbstbestimmten Leben nicht nur auf die Bereiche des Wohnens und Arbeitens, sondern auch auf den intimen Bereich der Sexualität. Über die eigene Sexualität selbst bestimmen zu können heißt für behinderte Menschen: Wie Nichtbehinderte das Recht zu haben, über Ort und Zeit, Form sowie Partner sexueller Betätigungen frei entscheiden zu können. Das Recht zu haben, über den eigenen Körper und die eigene Fruchtbarkeit selbst zu bestimmen.¹⁴⁰

Um die ausgrenzenden, diskriminierenden gesellschaftlichen Strukturen gemeinsam ergründen zu können, mehr über die Probleme von Menschen mit anderen Behinderungsarten zu erfahren und gemeinsam Strategien, welche den Zielen der Selbstbestimmung entsprechen, zu entwickeln, wurde die Methode des *Peer Counseling* in den Zentren der *Selbstbestimmt-Leben-Bewegung* aufgegriffen und angewandt. *Peer Counseling* bedeutet, dass behinderte Männer und Frauen selbst, also Menschen, die gleichartige Lebenserfahrungen haben (*peers*), sich gegenseitig Hilfestellungen geben wollen und sollen. Diese Methode, welche die Techniken der klientenzentrierten Gesprächspsychotherapie von Carl Rogers aufgreift, basiert auf der Ansicht, dass die meisten Menschen in

¹³⁷ Otto/ Thiersch, 2001, S. 134

¹³⁸ ebd.

¹³⁹ vgl. ebd., S. 134ff.

¹⁴⁰ vgl. Walter, 2004a, S. 22

der Lage sind, ihre Alltagsprobleme alleine zu lösen, wenn sie die Möglichkeit dazu erhalten und dabei unterstützt werden. Die Rolle des *Peer Counselors* ist es also nicht, die Probleme anderer zu lösen, sondern sie zu ermutigen, ihre eigenen Lösungen zu finden.¹⁴¹ Mit der Methode des *Peer Counseling* verband sich demnach auch eine deutliche Kritik an der tradierten Haltung vieler Angehöriger und Pädagogen für behinderte Menschen zu entscheiden, was richtig ist - also einer Haltung, die von den Vertretern der Bewegung zunehmend als Entmündigung empfunden wurde.

In den Folgejahren konnte die *Selbstbestimmt Leben* Bewegung die Durchsetzung etlicher Rechtsansprüche gegen die Diskriminierung behinderter Menschen erreichen. So wurde 1994 mit Art. 3 Abs. 3 des Grundgesetzes das Benachteiligungsverbot gesetzlich verankert. Mit der Zusammenfassung des Behindertenrechts im SGB IX konnte im Jahre 2001 die Förderung der Selbstbestimmung und der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft als oberstes Ziel festgeschrieben werden. 2002 trat dann *das Behindertengleichstellungsgesetz* in Kraft, mit welchem angestrebt wird, für behinderte Menschen eine Barrierefreiheit im öffentlichen Leben zu schaffen.¹⁴²

In bezug auf die Forderungen, über den eigenen Körper und die eigene Fruchtbarkeit selbst bestimmen zu können, wurde schließlich mit dem 1992 in Kraft getretenen *Betreuungsgesetz*¹⁴³ ein wichtiger Schritt für die Belange schwerstbehinderter Menschen erreicht. War es bis dahin noch möglich, dass ein gesetzlicher Vertreter über die Sterilisation eines einwilligungsunfähigen Menschen entscheiden konnte¹⁴⁴, so schließt der Gesetzgeber nun eine Sterilisation im Interesse von Verwandten, der Allgemeinheit oder im Interesse des ungezeugten Kindes weitestgehend aus.¹⁴⁵ Gerichtlich bestellte Betreuer benötigen mit dem *Betreuungsgesetz* für die Sterilisation eines Betreuten die Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes. Dieses Verfahren ist an sehr enge Voraussetzungen gebunden. So darf nach § 1905 Abs. 1 Nr. 1 BGB die Sterilisation dem natürlichen Willen des Betreuten nicht widersprechen, dazu

¹⁴¹ vgl. Schneider, 1997, S. 72ff.

¹⁴² vgl. Cloerkes, 2001, S. 61

¹⁴³ *Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige* in der Fassung vom 12.9.1990, BGBl. I

¹⁴⁴ s. Kapitel 2.4. dieser Arbeit

¹⁴⁵ vgl. Klein, 2000, S. 144

gehört auch jede auf Abwehr gerichtete Reaktion. Eine Sterilisation ist zudem nach § 1905 Abs. 1 Nr. 3 BGB nur zulässig, wenn es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde, also wenn die betreffende Person auch zur Fortpflanzung in der Lage ist. Rein vorsorgliche Sterilisationen sind damit ausgeschlossen. Des weiteren setzt eine Sterilisation nach § 1905 Abs. 1 Nr. 4 BGB voraus, dass infolge dieser Schwangerschaft eine "Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf andere zumutbare Weise abgewendet werden könnte". Gegenüber anderen Mitteln der Empfängnisverhütung ist die Sterilisation nach § 1905 Abs. 1 Nr. 5 BGB nachrangig.¹⁴⁶ Diese Ausführungen machen deutlich, dass nach dem Willen des Gesetzgebers eine Sterilisation einwilligungsunfähiger Menschen ausschließlich im Interesse des Volljährigen¹⁴⁷ liegen sollte. Damit nimmt der Gesetzgeber auch Bezug auf das *Gesetz zur Verhütung erbranken Nachwuchses* und die Zwangssterilisationen im Dritten Reich. So heißt es im Gesetzesentwurf:

"Der Staat darf sich nicht anmaßen, die Nichtexistenz behinderten Lebens höher zu bewerten als menschliches – und sei es auch behindertes – Leben."¹⁴⁸

Insgesamt kann festgehalten werden, dass mit der Bewegung *Selbstbestimmt Leben* sowohl ein Paradigmenwechsel hinsichtlich der gesellschaftlichen Akzeptanz behinderter Menschen als auch hinsichtlich des pädagogischen Selbstverständnisses in der Behindertenhilfe eingeleitet wurde. Dies hinterließ auch Spuren im sexualpädagogischen Diskurs der Behindertenarbeit. So kann wahrgenommen werden, dass in den letzten Jahren ernsthaft darüber nachgedacht wird, wie behinderte Menschen im Erleben einer erfüllenden Sexualität unterstützt werden können. Zahlreiche Kongresse und Tagungen zum Thema "Sexualität und Behinderung" fanden statt, einschlägige Fachzeitschriften der Behindertenarbeit gaben mehrfach Themenhefte zu Fragen der Sexualität behinderter Menschen heraus, Heilerziehungspflegeschulen nahmen das Thema

¹⁴⁶ vgl. ebd., S. 142ff.

¹⁴⁷ Nach § 1631c BGB ist eine Sterilisation Minderjähriger unzulässig, d.h. Eltern können nicht in die Sterilisation ihres Kindes einwilligen.

¹⁴⁸ Deutscher Bundestag, 1989, S. 76 Auch wenn mit dem Gesetzesentwurf des Deutschen Bundestages eine Beseitigung der Diskriminierung behinderter Menschen intendiert war, so bringt die sprachliche Unterscheidung von menschlichem und behinderten Leben weiterhin eine Abwertung des Lebens behinderter Menschen zum Ausdruck.

in die Ausbildung auf, Wohlfahrts- und Behindertenfachverbände führten sowohl regional als auch bundesweit Aus- und Fortbildungen zu sexualpädagogischen Fragestellungen durch.¹⁴⁹

Welche Bedingungen konnten diese Änderung, zumindest der öffentlichen Haltung und der Haltung Professioneller gegenüber der Sexualität behinderter Menschen bewirken? Zum einen trug die Formulierung des *Normalisierungsprinzips* und die damit einhergehende Förderung der Integration behinderter Menschen ganz wesentlich dazu bei, dass sexuelle Bedürfnisse von Menschen mit einer Behinderung stärker wahrgenommen und thematisiert wurden.

Andererseits konnten behinderte Menschen selbst durch ihr aktives Eintreten für ihre Belange und das Bewusstmachen diskriminierender Situationen diese Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene erreichen.

Fraglich ist jedoch, ob diese Prozesse auch außerhalb des diskursiven Kontextes von Betreuung und Pflege zu Einstellungsänderungen gegenüber behinderten Menschen führen können, schließlich zeigte sich im Kapitel 3.1 das sehr affektive und irrationale Bestimmtsein stigmatisierender Reaktionen. Cloerkes vertritt in dieser Hinsicht eine sehr zuversichtliche Position. Er geht davon aus, dass eine gelungene soziale Integration in Zusammenhang mit einer Stärkung der Handlungskompetenz behinderter Menschen auch Veränderungen der sozialen Reaktionen gegenüber Menschen mit einer Behinderung bewirken könnten. Cloerkes Ansicht nach fördere eine gelungene personale und soziale Integration die Entfaltung eines positiven Selbst- und vermuteten Fremdbildes. Beides zusammen helfe, ein Selbst zu konstituieren, das mittels Kommunikation Einfluss und Widerstand auf das Fremdbild ausüben könne. Das Fremdbild bliebe dann nicht länger hypothetisches Konstrukt (Spekulation über den Behinderten, oder die Behinderten), sondern würde im Handlungs- und Erfahrungsfeld der Integration überprüfbar. Ein realitätsgerechteres Bild von behinderten Menschen könne so entstehen.¹⁵⁰

An anderer Stelle schränkt Cloerkes jedoch ein, dass bei der Integration die Qualität des Kontaktes von entscheidender Bedeutung sei. Nicht jeder Kontakt zwischen behinderten und nichtbehinderten Menschen könne einen Abbau von

¹⁴⁹ vgl. Walter, 2004a, S. 20

¹⁵⁰ vgl. Cloerkes, 2001, S. 164

stigmatisierenden Zuschreibungen bewirken und stelle in diesem Sinne eine gelungene Integration dar. Cloerkes geht davon aus, dass häufige oberflächliche Kontakte nichts an den Zuschreibungen ändern würden bzw. diese sogar verstärken könnten. Von Bedeutung für eine gelungene Integration sei vielmehr die Intensität der Kontakte: Das Zusammensein sollte auf beiden Seiten mit positiven Gefühlen verbunden sein und auf Freiwilligkeit basieren. Da berufliche und schulische Kontakte meist "Zwangscharakter" hätten, seien sie nicht immer förderlich für eine positive Einstellung gegenüber behinderten Menschen. Günstig würden sich hingegen das Verfolgen gemeinsamer Ziele und Aufgaben (z. B. im Freizeitbereich) sowie das Gewährleisten einer relativen Statusgleichheit während des Kontaktes auswirken.¹⁵¹

Da Cloerkes als weitere Rahmenbedingung für den Abbau negativer Einstellungen die Handlungskompetenz behinderter Menschen erachtet, ist m.E. zu bezweifeln, ob eine gelungene Integration für jeden Menschen mit einer Behinderung erreichbar ist. Vor allem Menschen mit Mehrfachbehinderungen wird es aufgrund ihrer Einschränkungen im kommunikativen und geistigen Bereich nur schwer möglich sein, sich im Kontakt mit Nichtbehinderten den negativen Zuschreibungen zu widersetzen und sich aktiv für eine Verbesserung der Kontaktsituation einzusetzen. Ein freiwilliger Kontakt ist sicher nur schwer herstellbar. Insofern ist anzunehmen, dass eine angestrebte Integration aller behinderter Menschen zur Verstärkung der negativen Einstellungen und Abgrenzungsreaktionen Nichtbehinderter führen und möglicherweise bei den behinderten Menschen mit geringerer Handlungskompetenz stärkere Identitätsgefährdungen nach sich ziehen könnte. Auf Wunsch sollten deshalb weiterhin Schonräume für behinderte Menschen (Wohneinrichtungen, Sonderschulen) zur Verfügung stehen.

Abschließend muss festgehalten werden, dass sich die positiven Tendenzen für die gesellschaftliche Akzeptanz behinderter Menschen mit der Formulierung des *Normalisierungsprinzips* und der Bewegung *Selbstbestimmt Leben* ausschließlich auf den westdeutschen Raum beschränkten. In der aktuellen Literatur ist leider keine gesamtdeutsche Sicht auf die Lebensbedingungen behinderter Menschen zu finden. Da im Rahmen dieser Diplomarbeit keine Literaturrecherche zur

¹⁵¹ vgl. ebd. S. 115ff.

Behindertenarbeit und dem sexualpädagogischen Diskurs in der DDR geleistet werden konnte, wurde versucht, mit Hilfe der Experteninterviews wenigstens einen Einblick in das Leben behinderter Menschen und die Wahrnehmung ihrer sexuellen Bedürfnisse in der DDR zu erhalten.

Sowohl Matthias Vernaldi, aufgewachsen in der DDR und Mitbegründer der Initiative *Sexybilities* als auch Lothar Sandfort, sozialisiert in Westdeutschland und Mitbegründer des *Instituts zur Selbstbestimmung Behinderter* sprechen von einem "freieren sexuellen Klima"¹⁵² und einer größeren Selbstverständlichkeit im Umgang mit der Sexualität in der DDR. Da in Westdeutschland Sexualität ein wichtiges Thema für die Emanzipation der Frauen wurde, hätte sie auch einen höheren Stellenwert in diesem Teil Deutschlands gehabt und wäre "moralisch beladener"¹⁵³ gewesen. Auf der anderen Seite war es in der DDR nicht möglich, einen Behindertenverband zu gründen, Politik für behinderte Menschen wurde nicht gemacht, so Vernaldi.¹⁵⁴ Menschen mit einer Behinderung wuchsen entweder in der Familie oder im Altersheim auf, da spezielle Wohneinrichtungen nicht existierten. Dies habe sich auch auf die Sexualität behinderter Menschen ausgewirkt, da v.a. das enge Eingebundensein in familiäre Bezüge und die daraus resultierenden Abhängigkeiten ein Ausleben sexueller Bedürfnisse erschwerten. Zudem war es behinderten Menschen nicht wie in Westdeutschland möglich, auf sexuelle Dienste zurückzugreifen.¹⁵⁵ Anzunehmen ist, dass sich die unterschiedliche Ausrichtung der Pädagogik (die stärkere Betonung des Kollektivs in der DDR bzw. die Orientierung am Individuum in der BRD) auf die Identitätsentwicklung der Menschen ausgewirkt haben könnte. Während Lothar Sandfort von ähnlichen Stigmatisierungsprozessen in Ost und West mit vergleichbaren Problemstellungen für behinderte Menschen ausgeht¹⁵⁶, nimmt Matthias Vernaldi wahr, dass westlich sozialisierte Menschen die derzeitigen Angebote der Sexualberatung stärker nutzen würden.¹⁵⁷ Dies spricht möglicherweise dafür, dass es behinderten Menschen, die in der DDR aufgewachsen sind, schwerer fallen könnte, Hilfen für sich in Anspruch zu nehmen bzw. zu

¹⁵² vgl. Anhang, S. 78 und 106

¹⁵³ Anhang, S. 106

¹⁵⁴ vgl. Anhang, S. 77

¹⁵⁵ vgl. Anhang, S. 77f.

¹⁵⁶ vgl. Anhang, S. 106

¹⁵⁷ vgl. Anhang, S. 79

organisieren. Wünschenswert wären in dieser Hinsicht weiterführende, auch repräsentative Untersuchungen zur Sexualität behinderter Menschen, bei welchen die Sozialisierung in Ost bzw. West Berücksichtigung finden.

5. Möglichkeiten passiver und aktiver Sexualassistenz für Menschen mit einer Behinderung

Da im Kapitel 3 deutlich wurde, dass stigmatisierende Zuschreibungen sowohl bezüglich des äußeren Erscheinungsbildes als auch bezüglich der Sexualität zu Identitätsgefährdungen bei körperbehinderten Menschen führen können, soll im folgenden Kapitel untersucht werden, wie behinderte Menschen dabei unterstützt werden können, ihren Körper und ihre Bedürfnisse nach Sexualität anzunehmen und eine selbstbestimmte Sexualität zu leben.

Bei den unterstützenden Maßnahmen wird allgemein zwischen passiver und aktiver Sexualassistenz unterschieden. Während passive Hilfen es ermöglichen, konkrete Voraussetzungen für die Verwirklichung einer selbstbestimmten Sexualität zu schaffen, z.B. in Form von Sexualberatung, Informieren über Sexualpraktiken, Besorgen von Hilfsmitteln bzw. Videos, Vermittlung von Prostituierten oder Sexualbegleitern u.ä.; geht es bei den aktiven Hilfen um alle Formen der Assistenz, bei denen Mitarbeitende aktiv in eine sexuelle Interaktion einbezogen sind, z.B. durch erotische Massagen, Hilfestellungen bei der Selbstbefriedigung bzw. beim Sexualekontakt.¹⁵⁸

In Abgrenzung dazu ist nach Joachim Walter unter Sexualbegleitung eine aktive Assistenz zu verstehen, bei welcher die Assistenzgeber/ Assistenzgeberinnen über pädagogische und pflegerische Kompetenzen als Basisqualifikation verfügen. Zu diesen Basiskompetenzen sollten nach Walter gehören: eine Reflexion der eigenen Sexualität; Kenntnisse über Hebetekniken sowie im Umgang mit Spastik, Lähmung und Inkontinenz (pflegerische Grundausbildung); Kenntnisse über unterschiedliche Formen von Behinderung und den Umgang mit kognitiven und emotionalen Reaktionen, einschließlich der Grundlagen einer klientenzentrierten Gesprächsführung (behindertenpädagogische Grundlagen);

¹⁵⁸ vgl. Walter, 2004, S. 12

Kenntnisse über die Sexualentwicklung, sexuelle Funktionsstörungen sowie Möglichkeiten und Techniken unterstützter Sexualität (sexualtherapeutische Grundlagen); juristisches Grundwissen sowie die Bereitschaft, unter Supervision die eigenen Grenzen und Probleme in der professionellen Rolle der Sexualbegleitung zu reflektieren. Aufgrund dieser Basiskompetenzen könne eine professionelle Sexualbegleitung von Prostitution unterschieden werden, so Walter.¹⁵⁹

Im folgenden sollen drei konkrete Angebote der Sexualberatung bzw. Sexualbegleitung für behinderte Menschen vorgestellt werden. Dabei wird v.a. gefragt, wie die Angebote im Sinne von Freys Strategien zur Bewältigung von Identitätsproblemen dazu beitragen, dass sich behinderte Menschen ein positives Selbstbild erhalten bzw. erarbeiten können und befähigt werden, den stigmatisierenden Zuschreibungen zu begegnen.

5.1 Sexualberatung als Form passiver Sexualassistenz: die Initiative “Sexybilities”¹⁶⁰

Sexybilities wurde von behinderten Frauen und Männern im Jahre 2000 als Initiative innerhalb des Vereins *Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen e.V. (ASL)* in Berlin gegründet.

Im Vordergrund stand zuerst die eigene Betroffenheit der Initiatoren, also der Wunsch, sich mit anderen über die eigenen sexuellen Erfahrungen auszutauschen, so Matthias Vernaldi.¹⁶¹ Nach und nach wurden weitere Angebote erarbeitet. So finden jetzt neben den regelmäßigen Gesprächsrunden einmal jährlich *Sexybilities*-Parties statt, Lesungen und Ausstellungen zum Thema “Behinderung und Sexualität” werden organisiert. Des Weiteren bieten die Initiatoren von *Sexybilities* Sexualberatungen auf der *Peer Counseling Ebene*, supervisorische Einzel- und Gruppengespräche für Mitarbeiter von Einrichtungen sowie Fortbildungsveranstaltungen in Universitäten und Fachhochschulen an.

¹⁵⁹ vgl. ebd., S. 12ff.

¹⁶⁰ Mit Matthias Vernaldi, dem Hauptansprechpartner der Initiative, wurde am 10.03.2005 ein Leitfaden-Interview geführt, s. Anhang S. 76ff.

¹⁶¹ vgl. Anhang, S. 79

Welche Bedeutung haben nun die Sexualberatungen? Bei den Beratungsgesprächen gehe es darum, dass behinderte Menschen erst einmal ermutigt werden, ihre sexuellen Wünsche ernstzunehmen, so Matthias Vernaldi. Dass sie ihre eigene Situation reflektieren und überlegen, was von den Wünschen ihnen entspricht.¹⁶² Die Methode des *Peer Counseling*¹⁶³ sei dabei von großem Vorteil, da der behinderte Berater schon allein durch die Tatsache, dass er selbst behindert ist, Hemmnisse bei den Klienten abbauen könne:

“Gegenüber einem Berater mit ähnlichem Erfahrungshorizont fällt es leichter, Abwertungen, Verletzungen und Wünsche zur Sprache zu bringen und selbst, wenn sie nicht verbalisiert werden, kommen sie durch die Peer-Konstellation in der Beratung mit vor.”¹⁶⁴

In einem nächsten Schritt, wenn die Barriere der stigmatisierenden Zuschreibungen (“die völlig lähmt und völlig festsetzt, dass du nichts wert bist”¹⁶⁵) beseitigt werden kann, gehe es darum, dass der Klient einen eigenen Lösungsweg für sich findet. So könne in einem Beratungsgespräch z.B. die eigene Lebenssituation bezüglich des Wunsches nach einer Partnerschaft reflektiert werden oder die Außenseiterrolle in einer Wohngruppe aufgrund exhibitionistischer Neigungen zur Sprache kommen. In den Beratungssituationen werden aber auch behindertenspezifische Einschränkungen, die ein Ausleben der Sexualität erschweren, thematisiert (z.B. Erektionsstörungen bei Querschnittslähmungen, mangelnde Beweglichkeit aufgrund von Kontrakturen). In solchen Fällen würden Adressen von Hilfsmittelanbietern, Selbsthilfegruppen oder entsprechende Therapien vermittelt.

Viele Klienten erwägen, sexuelle Dienstleistungen auszuprobieren, wissen aber nicht, wie sie den Kontakt gestalten sollen oder haben Ängste, von den Prostituierten als Kunde nicht ernst genommen zu werden, so Vernaldi. Andere haben bereits negative Erfahrungen gemacht, indem Prostituierte einen höheren Preis als den üblichen verlangten.¹⁶⁶ In diesen Fällen vermitteln die Beratenden Kontakte zu Anbieterinnen und Anbietern sexueller Dienstleistungen, von denen

¹⁶² vgl. Anhang, S. 88

¹⁶³ s. S. 45 dieser Arbeit

¹⁶⁴ Vernaldi, 2004, S. 53

¹⁶⁵ vgl. Anhang, S. 88

¹⁶⁶ vgl. Vernaldi, 2001, S. 49f.

sie wissen, dass diese Anbieter keine Berührungssängste gegenüber Behinderungen haben. Auf Wunsch werden die Klienten bei den Vorgesprächen mit den Prostituierten unterstützt.¹⁶⁷

Ziel der Beratung sei letztendlich die Förderung der sexuellen Selbstbestimmung behinderter Menschen:

Dass sich der Ratsuchende im Umgang mit seiner Sexualität "als aktiv und fähig begreifen lernt, als der, der seine Vorstellungen, Bedürfnisse und Ansprüche in seiner Umgebung mit seinen Gegebenheiten formuliert, kommuniziert und organisiert."¹⁶⁸

In diesem Sinne könnten sich Sexualberatung und Sexualbegleitung auf ein positiveres Selbstbild auswirken und auch auf andere Bereiche des Lebens ausstrahlen. So komme in den Beratungsgesprächen nicht zuletzt die "soziale Attraktivität" der Klienten zur Sprache: Wie wohne ich, wie mobil bin ich? Menschen, die sich in ihrer Körperlichkeit und ihrer Wahrnehmung als positiv erleben, sexuell Befriedigendes erfahren, würden darüber neue Impulse erhalten, insgesamt mehr für sich einzutreten und ihr Leben aktiver zu gestalten, so Matthias Vernaldi.¹⁶⁹

5.2 Sexualbegleitung als Form aktiver Sexualassistenz: das Angebot der Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf¹⁷⁰

Ulrike Maaßdorf arbeitet seit 2004 als Sexualbegleiterin für geistig und körperlich behinderte Menschen in Berlin. Zunächst kam sie über die *Lebenshilfe* in Kontakt mit behinderten Menschen, seit 1995 unterstützt sie ehrenamtlich integrative Freizeitprojekte der *Lebenshilfe*. Bei diesen Zusammenkünften kamen unter den Angehörigen und Betreuern auch Themen wie Partnerschaft und Sexualität geistig behinderter Menschen zur Sprache. Über den Austausch mit Nina de Vries, die seit einigen Jahren als Sexualbegleiterin in Berlin arbeitet,

¹⁶⁷ vgl. Vernaldi, 2004, S. 53

¹⁶⁸ ebd., S. 52

¹⁶⁹ vgl. Anhang, S. 83f.

¹⁷⁰ Mit Ulrike Maaßdorf konnte am 15.03.2005 ein Interview geführt werden, s. Anhang S. 90ff.

Fortbildungen zum Thema "Sexualität und Behinderung" in der Behindertenhilfe anbietet und die Ausbildung zur Sexualbegleiterin/ zum Sexualbegleiter am *Institut zur Selbstbestimmung Behinderter* ins Leben rief, entschied sich Ulrike Maaßdorf, selbst das Angebot der Sexualbegleitung zu unterbreiten.

Die Kunden nehmen meist telefonisch Kontakt zu ihr auf, bei geistig behinderten Menschen würden auch Eltern oder Betreuer den Kontakt herstellen bzw. den Erstkontakt unterstützen. Wichtig für die Kunden bei der Sexualbegleitung sei v.a. die körperliche Nähe, Zärtlichkeiten, festgehalten und in den Arm genommen zu werden, so Ulrike Maaßdorf. Zu spüren, dass der Körper von der Sexualbegleiterin so angenommen und akzeptiert wird, wie er ist, könne helfen, das Selbstvertrauen zu stärken. Für manche Kunden sind es erste sexuelle Erfahrungen, die ihnen mit der Sexualbegleitung ermöglicht werden.¹⁷¹ Die Kunden erlebten sich bei dieser Form aktiver Sexualassistenz nicht nur als behinderter Mensch, sondern in ihrer Geschlechtlichkeit mit sexuellen Wünschen und Bedürfnissen. Wichtig sei für andere Kunden wiederum, dass ihnen durch die Erfahrung der Sexualbegleitung der Druck gesellschaftlicher Rollenerwartungen genommen wird, also der Druck, als Mann möglichst potent und leistungsfähig zu sein, so Ulrike Maaßdorf.¹⁷²

Insgesamt führe die Sexualbegleitung dazu, dass sich die Kunden als ruhiger und ausgeglichener erlebten:

"Es steigert immer das Lebensgefühl, wenn man [...] Sexualität einfach mal erfahren darf."¹⁷³

Die Sexualbegleitung könne zudem über die Erfahrungen des Wohlbefindens, der sexuellen Befriedigung und des Angenommenseins auch Sicherheit für neue oder erste partnerschaftliche Kontakte vermitteln.

Wenn die Sexualbegleitung neben anderen physiotherapeutischen oder logopädischen Therapien stattfinde, würde sie dazu beitragen, dass durch die Entspannung die begleitenden Therapien besser angenommen werden könnten, so Ulrike Maaßdorf. Des Weiteren könne durch die Sexualbegleitung über-

¹⁷¹ vgl. Anhang, S. 93

¹⁷² vgl. Anhang, S. 96/100

¹⁷³ Anhang, S. 96

greifendes Verhalten gegenüber Betreuern und Angehörigen reduziert werden bzw. dieses ganz ausbleiben.¹⁷⁴

5.3 Erotik Workshops beim “Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter” in Trebel¹⁷⁵

Das *Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter (ISBB)* in Trebel wurde 1994 von Männern und Frauen aus der emanzipatorischen Behindertenbewegung gegründet. Kern des Institutes ist die Beratungsstelle. Hier werden wie bei *Sexybilities* Einzel- und Paarberatungen für behinderte Menschen nach dem Peer Counseling Prinzip angeboten. Daneben finden Fortbildungen für Angehörige, Mitarbeiter von Einrichtungen sowie Verbänden statt. Als Ende der 90er Jahre in den Beratungsgesprächen die Fragen zur Sexualität immer mehr zunahm, so Lothar Sandfort, wurde am Institut mit der Entwicklung von erotischen Workshops für behinderte Menschen begonnen.¹⁷⁶ Mittlerweile werden in Trebel sowohl Workshops für körper- und/oder geistig behinderte Männer, als auch gemischte Erotik-Workshops angeboten.

Ziel der Workshops sei es, so Sandfort, den eigenen Körper durch verschiedene Sinnesübungen neu zu entdecken und wieder anzueignen: Fühlen, Riechen, Schmecken, Sehen und Hören auf neue und lustvolle Art und Weise.¹⁷⁷ Es gehe dabei um eine Umdefinierung von Sexualität, weg von einer “männlich genitalen Ausschließlichkeit”¹⁷⁸, hin zu einer Vielfältigkeit erlebbarer Lust. Eine in diesem Sinne weiter gefasste, phantasievolle Sexualität sei auch für schwerstbehinderte Menschen erfahrbar.

Die Zusammenkünfte beginnen stets mit einer erotischen Tafel, für welche Mahlzeiten zubereitet werden, die als erotisierend gelten. Dabei stehe die Gesamtatmosphäre im Mittelpunkt: den Körper stärker zu spüren und Sinnlichkeit

¹⁷⁴ vgl. Anhang, S. 95f.

¹⁷⁵ Mit Lothar Sandfort, systemisch ausgebildeter Diplom-Psychologe, Familientherapeut und Leiter des Institutes konnte am 12.03.2005 ein Interview geführt werden. s. Anhang S. 102ff.

¹⁷⁶ vgl. Anhang, S. 102

¹⁷⁷ Sandfort, 2002, S. 64

¹⁷⁸ ebd.

zu erleben, wenn ohne Besteck gegessen wird. Zwischen den einzelnen Gängen werden erotische Geschichten vorgelesen.

Danach wechseln sich Gespräche in der Selbsterfahrungsgruppe und Körperübungen ab. In den Pausen und an den Abenden können die Teilnehmenden die Dienste der anwesenden Sexualbegleiterinnen in Anspruch nehmen.¹⁷⁹ Bei den Gruppengesprächen werden die persönlichen Schwierigkeiten und ganz individuellen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben und Beziehungen zu gestalten, thematisiert. Die Fähigkeit, über Sexualität zu reden, sei für behinderte Menschen besonders wichtig, so Lothar Sandfort, da ihnen aufgrund ihrer Einschränkungen die üblichen, meist unbewussten nonverbalen Kommunikationen zum Thema Sexualität oft nicht möglich seien.¹⁸⁰ Sandfort arbeitet in den Gesprächsgruppen nach systemischem Konzept, psychoanalytisch geprägt. Das heißt, Vorbehalte in den Familien, bei den gesetzlichen Betreuungen und in den Einrichtungen werden immer mitgedacht.¹⁸¹

Beim stärker praktisch orientierten Teil der Workshops werden von den Sexualbegleiterinnen meist tantrische Übungen angeboten. Hier gehe es darum, anderen den eigenen, behinderten Körper zu präsentieren. Die Teilnehmer beginnen, sich auszuziehen und zu zeigen, was ihnen an ihrem Körper gefällt und was nicht. Wichtig sei es, mal auszuhalten, dass andere den Körper intensiv anschauen:

“Diese Erfahrung gemacht zu haben, dass andere den eigenen Körper gesehen haben und nicht zusammengebrochen sind, das macht selbstsicherer, auch mal bei einer potentiellen Partnerin oder einem Partner diesen Körper zu präsentieren. Dann irgendwann auch mal zu sagen: ‚Das ist ein Stück von mir, das gehört zu mir. Wenn du mich liebst, musst du auch diesen Teil von mir lieben, so wie ich diesen Teil liebe‘. Das ist sozusagen das End-Ideal.”¹⁸²

Insgesamt zielt der Workshop über das Annehmenkönnen des eigenen Körpers und die Stärkung des Selbstwertgefühles auf ein selbstbestimmteres Leben ab, so heißt es bei Sandfort an anderer Stelle:

¹⁷⁹ vgl. Anhang, S. 108f.

¹⁸⁰ vgl. Sandfort, 2000, S. 117

¹⁸¹ vgl. Anhang, S. 104f.

¹⁸² Anhang, S. 111

“Den eigenen Körper neu zu entdecken, das ist oft Voraussetzung für mehr Selbstbewusstsein und das wiederum hilft dabei, unter den erschwerten Bedingungen einer Behinderung Beziehungen zu bekommen und zu erhalten. Wir versuchen nicht nur, unsere Sexualität zu emanzipieren, sondern uns insgesamt. Wir versuchen Emanzipation von Rollenzuschreibungen insgesamt.”¹⁸³

Ein Erfolg sei es in diesem Sinne, wenn ein Workshopteilnehmer später seiner Mutter sagen könne, dass er die Tür abschließen möchte, wenn er beim nächsten Treffen erzähle, dass er angstfrei masturbieren konnte. Oder wenn in der Einrichtung jemand entscheidet, erstmals alleine in die Disko zu gehen.¹⁸⁴ Wenn die Teilnehmer spüren, dass sie offener und selbstsicherer geworden sind, wenn sie eine Partnerin oder einen Partner gefunden haben, dann kämen sie in der Regel auch nicht wieder, so Lothar Sandfort.¹⁸⁵

Insgesamt zeigten die Interviews, dass die unterschiedlichen Angebote der Sexualberatung und Sexualbegleitung behinderte Menschen dabei unterstützen können, mehr Selbstvertrauen zu erlangen. Dabei werden verschiedene Zugangsweisen eröffnet, um den eigenen Körper intensiver und positiver zu erfahren sowie eigene sexuelle Bedürfnisse bejahen zu können: entweder auf der Gesprächsebene wie bei *Sexybilities*, über das unmittelbare Erleben von Sexualität wie beim Angebot von Ulrike Maaßdorf oder über die Kombination von Gesprächen in der Selbsterfahrungsgruppe und Körpererfahrungsübungen wie beim *Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter* in Trebel.

5.4 Zur Notwendigkeit getrenntgeschlechtlicher Angebote

Sowohl aus den Interviews als auch aus der aktuellen Literatur geht hervor, dass behinderte Frauen und Mädchen seltener die Angebote der Sexualberatung bzw. Sexualbegleitung in Anspruch nehmen. Dafür können verschiedene Gründe angeführt werden. So vermutet Matthias Vernaldi, dass der von einer Beziehung abgekoppelte Charakter eines Liebesdienstes für Frauen fremder sei.¹⁸⁶ Lothar

¹⁸³ Sandfort, 2000, S. 117f.

¹⁸⁴ vgl. Anhang, S. 111f.

¹⁸⁵ vgl. Anhang, S. 110

¹⁸⁶ vgl. Vernaldi, 2001, S. 50

Sandfort spricht ebenso davon, dass sich der Zugang zu Sexualität und sexuelles Erleben bei Männern und Frauen unterscheiden würde.¹⁸⁷ Dies habe allerdings auch kulturelle Ursachen, so Vernaldi. Für Frauen wäre ein erotischer Genuss ohne Partnerschaft mit umfassenderen Zuweisungen von Unmoral verbunden. Dem gegenüber sei Prostitution v.a. männlich besetzt und an männlichen Bedürfnissen ausgerichtet.¹⁸⁸ Während in unserer Kultur also Männern offensichtlich ein offenerer und direkterer Umgang mit Sexualität zugestanden wird, scheint von Frauen eher ein passiveres sexuelles Verhalten erwartet zu werden.

Welche gesellschaftlichen Prozesse sind dafür verantwortlich? Ein kurzer Blick in die Literatur zeigt, dass diese Rollenzuschreibungen u.a. auf die sozialen und politischen Umwälzungen während der Industrialisierung zurückzuführen sind. Unter den veränderten wirtschaftlichen Bedingungen wurde Erwerbstätigkeit mehr und mehr zur alleinigen Aufgabe des Mannes. Da das Einkommen der bürgerlichen Familie meist weit über dem Existenzminimum lag, mussten Frauen nun keine Lohnarbeit mehr verrichten, sondern waren ausschließlich für den privaten Bereich des Mannes zuständig, für die Versorgung des Haushaltes und die Kindererziehung. Von den Frauen wurde nun erwartet, an der Seite des Mannes "schön" zu sein, für ihn präsent zu sein. Diese Werte können nach Ansicht von Waltraud Posch auch im engen Zusammenhang mit der neuen Auffassung einer bürgerlichen Ehe gesehen werden. Während in früheren traditionellen Gesellschaften Ehen meist unter ökonomischen und standespolitischen Gesichtspunkten von Verwandten arrangiert wurden, kam mit der Aufklärung die Idee von der Liebesheirat auf. Nach bürgerlichem Rollenverständnis war es der Frau dabei zugeteilt, Liebe zu erwecken, Männer durfte von der Liebe sprechen. Als Frau eigenes sexuelles Begehren zum Ausdruck zu bringen, war gesellschaftlich unerwünscht.¹⁸⁹

Die hohe Erwartungshaltung gegenüber dem äußeren Erscheinungsbild von Frauen ist heute noch anzutreffen. So ergab eine repräsentative Untersuchung von Norbert Kluge zu Merkmalen des Körperkonzeptes in Ost- und Westdeutschland, dass sich 61% der männlichen Befragten zwischen

¹⁸⁷ vgl. Anhang, S. 103f.

¹⁸⁸ vgl. Vernaldi, 2001, S. 50

¹⁸⁹ vgl. Posch, 1999, S. 18ff.

14 – 80 Jahren eine möglichst “hübsche” Partnerin wünschen, während nur 39% der Frauen solche Erwartungen gegenüber einem Partner hegen. Neben dem “hübschen” Aussehen sollte die Partnerin, nach Angabe der Befragten, möglichst schlank und “sportlich fit” sein. Eine Verinnerlichung dieser Zuschreibungen zeigt sich daran, dass Frauen laut der Erhebung höhere Erwartungen an sich selbst stellen als an einen potentiellen oder tatsächlichen Partner. Bei Männern sei dies umgekehrt, so Kluge.¹⁹⁰ Deutlich mehr Frauen als Männer gaben an, unter den gesellschaftlichen Ansprüchen an den Körper und die Schönheit zu leiden.¹⁹¹

Aufgrund dieser Untersuchungsergebnisse ist davon auszugehen, dass sich die Partnersuche v.a. für körperbehinderte Frauen erschwert darstellt. Tatsächlich belegt eine vom Bundesministerium 1999 finanzierte Studie *Leben und Interessen vertreten – Frauen mit Behinderung (LIVE)*, dass behinderte Frauen im Vergleich zu nichtbehinderten gleichen Alters seltener verheiratet sind. Zudem ist eine höhere Scheidungsrate bei Frauen mit einer Behinderung zu verzeichnen.¹⁹² Diese Ergebnisse beruhen sicher auch darauf, dass sich körperbehinderte Frauen nicht nur den Zuschreibungen mangelnder Attraktivität und Erotik gegenübersehen, sondern sich darüber hinaus mit dem Stigma, keine (gute) Mutter sein zu können, auseinandersetzen müssen. Mutterschaft wird allgemein als Überforderung für eine körperbehinderte Frau gewertet, solche Mutterschaft sei unverantwortlich den Kindern gegenüber.¹⁹³

Da behinderte Frauen nicht nur den Geschlechtsrollenklischees, sondern auch den stigmatisierenden Zuschreibungen behinderter Menschen unterliegen, wird in der Literatur von einer “doppelten Diskriminierung”¹⁹⁴ behinderter Frauen gesprochen. Cloerkes regt allerdings ein Überdenken dieser Bezeichnung an, da mit diesem Begriff der Status als Behinderter und der Status als Frau gleichgesetzt würde, was der gesellschaftlichen Realität nicht entspräche. Frausein sei nicht so diskriminierend wie Behindertsein, so Cloerkes.¹⁹⁵

Insgesamt scheinen die spezifischen Problemlagen behinderter Frauen getrennt

¹⁹⁰ vgl. Kluge u.a., 1999, S. 94ff.

¹⁹¹ vgl. ebd., S. 97

¹⁹² vgl. Henschel, 2001, S. 11

¹⁹³ vgl. ebd.

¹⁹⁴ Strahl, 1997, S. 197

¹⁹⁵ vgl. Cloerkes, 2001, S. 157

geschlechtliche Angebote erforderlich zu machen, insbesondere gezielte Sexualberatungen durch ebenfalls betroffene Frauen. Darüber hinaus besteht m.E. ein Bedarf an speziellen therapeutischen Angeboten für behinderte Frauen (möglichst auf *Peer Counseling Ebene*), da Untersuchungen den Verdacht nahe legen, dass Frauen mit einer Behinderung in stärkerem Maße als behinderte Männer der Gefahr sexueller Gewalt ausgesetzt sind.¹⁹⁶ Weiterhin wären vertiefte Untersuchungen zu den Problemlagen behinderter Frauen, verbunden mit einem Hinterfragen von Unterstützungsmöglichkeiten wünschenswert.

Erfreulicherweise können behinderte Frauen in Berlin bereits auf einige spezielle Angebote zurückgreifen. So bieten sowohl PRO FAMILIA als auch *das Zentrum für Familienplanung und Sexualität - Balance* Sexualberatungen für behinderte Frauen und Mädchen nach dem *Peer Counseling Prinzip* an. Daneben berät der Verein *Kassandra e.V.* Frauen und Mädchen mit einer Behinderung in Gewaltsituationen. Sowohl ein Frauenhaus als auch eine Zufluchtswohnung in Berlin sind für Rollstuhlfahrerinnen zugänglich.

6. Für und wider eine “Sonderbehandlung” behinderter Menschen im Rahmen sexueller Dienstleistungen

Im Zusammenhang mit den Vor- und Nachteilen spezieller Angebote für behinderte Menschen bzw. einer “Sonderbehandlung” von Menschen mit einer Behinderung werden zur Zeit zwei Aspekte sexueller Dienstleistungen sowohl von Vertretern der Behindertenbewegung als auch von Fachleuten sehr kontrovers diskutiert. Diese Aspekte wären:

- Widerspricht das spezielle Angebot der Sexualbegleitung für behinderte Menschen dem Integrationsgedanken? Sollten also behinderte Menschen, wenn sie sexueller Dienste bedürfen, im Sinne des Normalisierungsprinzips eher die vorhandenen Angebote der Prostitution nutzen?
- Sollten für Menschen mit einer Mehrfachbehinderung, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu befriedigen und in keiner Partnerschaft leben, die Kosten

¹⁹⁶ vgl. Henschel, 2001, S. 10

für sexuelle Dienste im Sinne eines Benachteiligungsverbot es vom Sozialamt oder der Krankenkasse übernommen werden?

Zunächst zum Aspekt der Sexualbegleitung: Lothar Sandfort vom *Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter* hält eine Ausbildung zur Sexualbegleiterin/ zum Sexualbegleiter für erforderlich, da sich die Frauen und Männer, die behinderten Menschen sexuelle Dienste anbieten möchten, im Vorfeld erst mit den eigenen verinnerlichten Zuschreibungen bezüglich behinderter Menschen auseinandersetzen müssten. Die Frauen und Männer hätten, wenn sie zur Ausbildung kommen, noch den tradierten Reflex, es den Behinderten so schön wie möglich gestalten zu wollen, ihnen "helfen" zu wollen, in sich, so Sandfort. Damit würden sie die behinderten Kunden aber wieder in eine passive Haltung drängen und ihnen die Verantwortung abnehmen. Dem gegenüber gehe es mit dem Angebot der Sexualbegleitung gerade darum, dass behinderte Menschen im Sinne eines selbstbestimmteren Lebens lernen, ihre eigenen Wünsche und Vorstellungen ernstzunehmen und diese einzufordern.¹⁹⁷ Der behinderte Mensch muss lernen, Fragen zu stellen, so Sandfort, und "nicht einfach so davon ausgehen, dass die Sexualbegleiterin ihn zum Beispiel schon ausziehen wird [...] oder eine andere Hilfestellung gibt. Oder schon weiß, was er für Bedürfnisse hat, welche Art von Sex er gerne haben möchte."¹⁹⁸

Zudem seien die Frauen und Männer zu Beginn ihrer Ausbildung aufgrund des verinnerlichten Stigmas, dass man Behinderten kein Leid zufügen dürfe, nur schwer in der Lage, Kritisches gegenüber den behinderten Kunden zu äußern. Es sei aber wichtig für behinderte Menschen zu erfahren, wie ihre Körperhaltung auf andere wirke und dass man sich z.B. vor einer intimen Verabredung duscht, so Sandfort.¹⁹⁹

Innerhalb der Diskussion um eine spezielle Ausbildung zur Sexualbegleiterin/ zum Sexualbegleiter auf das *Normalisierungsprinzip* zu verweisen, lässt Sandfort nicht gelten. Er hält dieses Prinzip für eine "große Heuchelei"²⁰⁰: Es sei eine Fiktion anzunehmen, dass behinderte Menschen so "normal" wie Nichtbehinderte leben könnten, da es sich bei den Zuschreibungen um tiefe seelische Reflexe handele,

¹⁹⁷ vgl. Anhang, S. 112

¹⁹⁸ Anhang, S. 113.

¹⁹⁹ vgl. Anhang, S. 113

²⁰⁰ ebd.

die nur in einem langfristigen kulturellen Prozess verändert werden könnten. Dies sei nach Ansicht von Sandfort auch in der nächsten Generation noch nicht zu schaffen und darauf müssten sich behinderte Menschen einstellen.²⁰¹

Im Gegensatz dazu spricht sich Matthias Vernaldi von *Sexybilities* für ein Nutzen der Angebote Prostituerter im Sinne einer "wirklichen Integration"²⁰² aus. Bei einer starken Ausweitung der professionellen Sexualbegleitung sieht er die Gefahr, dass Prostituierte behinderte Kunden mit Verweis auf die Sexualbegleiterinnen ablehnen würden, was zu einer erneuten Ausgrenzung Behinderter führen könnte. Prostituierte hätten schon Erfahrungen damit, dass Kunden nicht immer den Schönheitsidealen entsprächen, Entstellungen hätten oder unter Krankheiten litten. Eine erfahrene Prostituierte, "die den Job nicht nur runterreißt"²⁰³, würde nach Ansicht von Vernaldi so auch bessere Chancen haben, sich auf schwerbehinderte Kunden einzulassen, da sie im Vergleich zu einer Naturheilerin eine Vielzahl "konkreter Körperlichkeit"²⁰⁴ erlebt habe. Eine offene körpernahe Grundhaltung gegenüber den Kunden sowie Lustorientierung seien mehr gefragt als Fachwissen. Dass Prostituierte zunächst wenig über Behinderungen wüssten, gleiche bald die Praxis aus, so Vernaldi. Ansonsten könnten sich Prostituierte bei Fragen an Behindertenverbände wenden. Die Initiative *Sexybilities* arbeite z.B. eng mit der Selbsthilfe der Prostituierten *Hydra* zusammen. In diesem Rahmen könnten bei Bedarf auch Weiterbildungsveranstaltungen organisiert werden, eine spezielle Ausbildung sei nicht erforderlich. Wenn man sich im Prostituiertenmilieu insgesamt mehr mit dem Thema "Behinderung und Sexualität" auseinandersetzen würde, so die Hoffnung von Matthias Vernaldi, könnten dies zum Entstehen rollstuhlgerechterer Bordelle mit Behindertentoilette und Kranlifter neben dem Bett führen.²⁰⁵ Dies hätte eine große Bedeutung für die "gesamte sexuelle Integration Behinderter".²⁰⁶

Für die Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf wiederum ist es wichtig, sich durch eine Professionalität von der Prostitution abzugrenzen, nicht zuletzt auch aufgrund der

²⁰¹ vgl. Anhang, S. 113f.

²⁰² Vernaldi, 2004, S. 56

²⁰³ Anhang, S. 85

²⁰⁴ ebd.

²⁰⁵ vgl. Vernaldi, 2004, S. 56f.

²⁰⁶ ebd., S. 57

negativen Bewertung von Prostitution in unserer Gesellschaft.²⁰⁷

Meines Erachtens liegen die unterschiedlichen Positionen der Beteiligten nicht so weit auseinander. Klare Grenzen zwischen Sexualbegleitung und Prostitution sind nicht vorhanden. So lassen sich Prostituierte am *Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter* in Trebel zur Sexualbegleiterin ausbilden und Sexualbegleiterinnen mit pädagogischem Hintergrund prostituieren sich, wenn sie sexuelle Dienste anbieten. Alle Beteiligten streben an, behinderte Menschen zu einem selbstbestimmteren Leben zu befähigen. Da macht es möglicherweise keinen großen Unterschied, ob behinderte Menschen mit Unterstützung der Sexualbegleiterinnen lernen, ihre Wünsche einzufordern und sich so auch den negativen Zuschreibungen zu widersetzen, oder ob sie im Rahmen einer Sexualberatung zu mehr Selbstbestimmung gelangen und mit dieser gewonnenen Souveränität sich an Prostituierte wenden. Letztendlich kann eine Vielzahl von Angeboten nur gut sein und sollten die behinderten Frauen und Männer, die sexuelle Dienste nutzen wollen, selbst entscheiden, in welchem Rahmen sie ihre sexuellen Bedürfnisse ausleben möchten.

Zum Aspekt der Kostenerstattung sexueller Dienste: Unter der Einschränkung, dass der Antragsteller aufgrund seiner Behinderung nicht in der Lage sei, sich selbst zu befriedigen und in keiner Partnerschaft lebe, würden sowohl Ulrike Maaßdorf als auch Matthias Vernaldi eine Finanzierung über das Sozialamt befürworten.²⁰⁸ Beide beteiligen sich an einem Arbeitskreis beim Berliner Senat, in welchem eine Empfehlung an die Sozialämter zur Kostenübernahme sexueller Dienste unter diesen Bedingungen vorbereitet wurde. Vernaldi betont allerdings, dass eine pauschale Kostenerstattung für behinderte Menschen nicht in Frage kommen sollte, da dies diskriminierend sei. Dann müssten im Sinne des Benachteiligungsverbot es auch Nichtbehinderte mit Kontaktschwierigkeiten oder finanziell Bedürftige diese Zuschüsse erhalten.²⁰⁹

²⁰⁷ vgl. Anhang S. 97f.

²⁰⁸ vgl. Anhang S. 86/ 97

²⁰⁹ vgl. Anhang S. 86 Eine pauschale Finanzierung sexueller Dienste für behinderte Menschen über das Sozialamt oder die Krankenkasse lehnen auch Simone Hartmann und Joachim Walter mit Verweis auf eine angestrebte Normalisierung der Lebensbedingungen ab. vgl. Hartmann, 2004, S. 37 sowie Walter, 2004a, S. 27

Eine andere Position vertritt Lothar Sandfort. Er beurteilt eine öffentliche Diskussion zur Kostenübernahme sexueller Dienste insgesamt als “fatal”²¹⁰ für die Behindertenbewegung:

“Das kleine zarte Pflänzchen, das erreicht worden ist, dass sich die öffentliche Meinung vorstellen kann, dass wir keine Neutren sind [...], das würde wieder zerstört. Plötzlich würde unsere Sexualität zwar wahrgenommen, aber als krank.”²¹¹

Krankenkassen zahlten nur bei Krankheiten oder für Hilfsmittel, die medizinisch notwendig seien. Auch Sozialämter würden eine Finanzierung nur bei Vorlegen eines Therapieplanes übernehmen: “Wir müssten also öffentlich bekennen, dass unsere Sexualität krank ist, was sie aber nicht ist. Krank ist die Kommunikation, krank ist das Bild der Kultur über uns, aber nicht unsere Sexualität.”²¹², so Sandfort. Deshalb sollten zwar Hilfsmittel und medikamentöse Behandlungen bei Sexual- und Erektionsstörungen von der Krankenkasse übernommen werden, nicht aber eine Sexualbegleitung.²¹³

Nach Ansicht von Lothar Sandfort würde eine Ausnahme für schwerstbehinderte Menschen bedeuten, dass die Gesellschaft im Sinne eines “Helfer-Reflexes” wieder Verantwortung übernehme, was er vehement ablehnt. Selbst Menschen mit Mehrfachbehinderungen seien in der Lage, sich attraktiv zu machen und einen Partner kennenzulernen: “Wer das nicht tut, hat Pech gehabt. Das ist das Lebensrisiko. Unser Liebeskummer ist unser Liebeskummer. Kein Betreuer hat die Aufgabe zu verhindern, dass ich diesen Liebeskummer haben werde.”²¹⁴, so Sandfort.

Aus der Sicht des langwierigen und schwierigen Kampfes der emanzipatorischen Behindertenbewegung für die Rechte behinderter Menschen ist diese konsequente Haltung verständlich. Meines Erachtens sollte es aber legitim sein, wenn sich mehrfachbehinderte Menschen trotz des Aufstellens eines Therapieplanes dafür entscheiden, eine Kostenübernahme für sexuelle Dienste durch das Sozialamt zu beantragen. Wenn behinderten Menschen bewusst ist, dass sie mit

²¹⁰ Anhang, S. 116

²¹¹ ebd.

²¹² ebd.

²¹³ vgl. Sandfort, 2002, S. 113

²¹⁴ Anhang, S. 117

der Antragstellung einen sehr intimen Bereich ihres Lebens öffentlich machen, wenn sie Vor- und Nachteile mit Unterstützung abwägen und sich trotzdem für eine Beantragung der Kostenübernahme entscheiden, heißt dies in meinen Augen auch, ein selbstbestimmtes Leben zu führen und Verantwortung für sich zu übernehmen.

Günther Cloerkes verweist in diesem Sinne darauf, dass Sonderrollen für behinderte Menschen nicht diskriminierend sein müssen. Durch ein Erkennen und Legitimieren von Funktionseinschränkungen infolge einer Behinderung könne eine soziale Akzeptanz für Mängel in der Rollenausübung erreicht werden. Wenn Menschen mit einer Behinderung erführen, dass ihr Anderssein nicht gleichgesetzt würde mit "weniger wert sein", so wäre dies ein Gewinn.²¹⁵

Nach aktueller Rechtslage bestehen mit der Aufhebung der "Sittenwidrigkeit der Prostitution" durch das *Prostitutionsgesetz*²¹⁶ und der damit einhergehenden Änderung des §180a StGB ("Förderung der Prostitution") keine rechtlichen Barrieren mehr für eine Finanzierung der Sexualbegleitung. Nach alter Rechtslage waren Sozialämtern und Sozialversicherungen beim Bewilligen von Leistungen der Sexualbegleitung die Hände gebunden, da Sittenwidriges nicht honoriert werden durfte. Auch Mitarbeiter von Einrichtungen sowie gesetzliche Betreuer hätten mit dem Bereitstellen finanzieller Mittel für sexuelle Dienstleistungen sittenwidrige Rechtsgeschäfte unterstützt, die demzufolge nichtig gewesen wären. Mit der neuen Gesetzgebung gelten nun finanzielle Vereinbarungen über sexuelle Dienstleistungen als gültige Rechtsgeschäfte, das heißt öffentliche Leistungserbringer können damit aktive Sexualassistenz in ihren Leistungskatalog aufnehmen. Tatsächlich wird der Anspruch auf Sexualbegleitung von Sozialhilfeträgern zunehmend anerkannt, so Werner Schuren. Voraussetzung für eine Leistungsgewährung sei allerdings die oben genannte Einschränkung, dass der Antragsteller wegen seiner Behinderung nicht selbst zu einer sexuellen Befriedigung kommen könne und kein Partner/ keine Partnerin vorhanden sei. Eine bundesweite Umfrage des Projektes *Soziallotse* unter Sozialämtern und Krankenkassen im Herbst 2002 ergab, dass Sozialämter die vorliegenden

²¹⁵ vgl. Cloerkes, 2001, S. 122f.

²¹⁶ *Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz -ProstG)* vom 20.12.2001, in Kraft getreten seit dem 1.1.2002

Anträge weitgehend positiv beschieden. Dem gegenüber lehnten Krankenkassen eine Kostenübernahme prinzipiell ab.²¹⁷

7. Ausblick

Die vorliegende Diplomarbeit konnte zeigen, dass die stigmatisierenden Zuschreibungen bezüglich der Sexualität körperbehinderter Menschen tief in unserer Gesellschaft, welche an Werten wie Leistungsfähigkeit, Intelligenz, Gesundheit und ästhetischem Aussehen ausgerichtet ist, verwurzelt sind. Es wurde deutlich, dass die Zuschreibungen der Triebhaftigkeit behinderter Menschen und der Vererbbarkeit von Behinderung auf einem sozial-darwinistischen und eugenischen Gedankengut beruhen, was im Nationalsozialismus mit den Zwangssterilisationen zu massiven Eingriffen in die Persönlichkeitsrechte behinderter Männer und Frauen führte.

Es wurde aufgezeigt, dass Stigmatisierungsprozesse noch heute Funktionen sowohl auf gesellschaftlicher als auch auf individueller Ebene erfüllen. Sie können der Systemstabilisierung dienen, kanalisieren Aggressionen und tragen beim einzelnen durch die betonte Abgrenzung gegenüber Andersartigkeiten zur Wiederherstellung des gefährdeten Gleichgewichts bei. Demzufolge ist mit Cloerkes davon auszugehen, dass stigmatisierende Zuschreibungen allgegenwärtig und außerordentlich schwer zu reduzieren sind.

Es wurde sichtbar, dass selbst Angehörige und Betreuungspersonen behinderter Menschen negative Zuschreibungen verinnerlicht haben und diese übertragen. Mit Freys interaktionistischem Identitäts-Modell konnten die Auswirkungen dieser Prozesse beleuchtet werden. So ist mit Frey davon auszugehen, dass die Zuschreibungen der Asexualität bzw. der Triebhaftigkeit zu Identitätsproblemen bei körperbehinderten Menschen führen können. Unreflektiert glauben sie mitunter selbst, dass ihnen sexuelle Bedürfnisse, Partnerschaften bzw. eine Elternschaft nicht zustehen würden. Zudem besteht die Gefahr, dass behinderte Menschen ihren eigenen Körper als unattraktiv ablehnen. Freys Identitäts-Modell machte allerdings auch deutlich, dass diesen Gefährdungen durch Abwehr-

²¹⁷ vgl. Schuren, Werner: Rechtliche Rahmenbedingungen für "Sexualassistenz" schaffen. Online im Internet: www.behindertensexualitaet.de, 15.05.2004

maßnahmen begegnet werden kann. Insbesondere eine Stärkung der Handlungskompetenz scheint wichtig zu sein, um behinderte Menschen zu befähigen, den ausgrenzenden Zuschreibungen zu widersprechen und sich so ein positives Selbstbild zu erhalten. Die verschiedenen Angebote der Sexualberatung und Sexualbegleitung können in diesem Sinne dazu beitragen, dass behinderte Frauen und Männer lernen, ihren Körper/ ihre Körperlichkeit lustvoll zu erfahren, sexuelle Wünsche und Bedürfnisse zu bejahen sowie eine realistische Vorstellung von einem möglichen Partner/ einer möglichen Partnerin zu erhalten. Diese erlangte Sicherheit und Offenheit kann sich langfristig auf andere Bereiche des Lebens der behinderten Menschen auswirken: auf die Partnersuche, den Umgang mit Angehörigen und Betreuern, eigenständigere Wohnformen – ein selbstbestimmteres Leben insgesamt. Es wurde jedoch auch deutlich, dass Menschen mit Mehrfachbehinderungen aufgrund ihrer Einschränkungen im geistigen und kommunikativen Bereich nur schwer in der Lage sein werden, eine Handlungskompetenz zu erlangen, die ihnen ermöglicht, Stigmatisierungen angemessen zu begegnen. Für sie können Schonräume (Sonderschulen, Wohneinrichtungen für behinderte Menschen) zum Erhalt eines positiven Selbstbildes beitragen.

Mit den vertieften Recherchen zum Thema "Sexualität und körperliche Behinderung" zeigte sich insgesamt, dass dieser Forschungsbereich noch weiterführender Untersuchungen bedarf. So wären einerseits repräsentative Untersuchungen zum Körperkonzept und dem Sexualleben körperbehinderter Menschen, bei welchen Geschlechts- und Herkunftsvariablen (Sozialisation in Ost oder West) berücksichtigt würden, wünschenswert. Darüber hinaus sollten v.a. zum Thema sexueller Gewalt gegenüber behinderten Menschen vertiefte Untersuchungen angestrebt werden.

Der Blick auf die Behindertenhilfe machte deutlich, dass das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität behinderter Menschen dem Wunsch der Betreuer nach einem Arbeitsplatz, an dem sie ebenfalls selbstbestimmt Grenzen ziehen wollen, entgegenstehen kann. Hier sollten die Interessen zukünftig genau abgewogen werden. Einerseits dürfen sich die Betreuer und Pflegeassistenten nicht zur Sexualassistenz verpflichtet fühlen. Ebenso wenig darf aber auch eine ablehnende Haltung aktiver oder passiver Sexualassistenz gegenüber zum

Maßstab für ein Team oder eine ganze Einrichtung werden. Es müsste also Sorge dafür getragen werden, dass die betreuten Männer und Frauen die angefragte sexuelle Dienstleistung anderweitig erhalten. Insgesamt sind sexualpädagogische Fortbildungen für Mitarbeiter in der Behindertenhilfe erforderlich, um die eigene Position reflektieren und individuelle Handlungsmöglichkeiten erarbeiten zu können. Zudem kann die Vermittlung rechtlicher Grundlagen zu mehr Sicherheit und Klarheit im Umgang mit Sexualassistenz und Sexualbegleitung beitragen. Erfolgt sexuelle Assistenz in aller Heimlichkeit, aus dem Gefühl des Verbotenen heraus, kann dies eine stärkere Abhängigkeit auf beiden Seiten zur Folge haben. Insofern ist eine offene Auseinandersetzung mit dem Thema "Sexualität und Behinderung" in der Einrichtung bzw. innerhalb des Trägers anzustreben. Klare Stellungnahmen, möglichst innerhalb einer Konzeption, können nicht nur dem Personal, sondern auch den behinderten Männern und Frauen Sicherheit bieten.²¹⁸

In den vergangenen Jahren zeichnete sich nicht nur innerhalb der Behindertenhilfe, sondern auch gesamtgesellschaftlich ein Richtungswechsel hin zu einer stärkeren Akzeptanz der Rechte behinderter Menschen ab. Zahlreiche Gesetzgebungsmaßnahmen zur Sicherung der Teilhabe und eines selbstbestimmteren Lebens wurden erlassen. Andererseits lassen die unterfinanzierten sozialen Sicherungssysteme befürchten, dass diese Gesetzgebungen keine ausreichende Umsetzung finden und behinderte Menschen wiederum Einschnitte hinnehmen müssen. Diese Erschwernisse bzw. erneute diskriminierende Tendenzen werden dadurch begünstigt, dass unabhängig von offiziellen Standards behindertes Leben in unserer Kultur negativ bewertet wird und nach wie vor soziale Reaktionen gegenüber sichtbaren Abweichungen ablehnend ausfallen. Neuerungen im medizinischen Bereich ermöglichen es (Pränataldiagnostik), dass selbst ein minimales Risiko, ein Kind mit einer Schädigung zu bekommen, vermieden werden kann. Meist entscheiden sich die schwangeren Frauen für die Sicherheit.²¹⁹

Nicht zuletzt führen Kostenfaktoren dazu, dass erneut utilitaristische Positionen, welche eine Tötung selbst schwerstbehinderter Säuglinge und Erwachsener für

²¹⁸ vgl. Gilbers/ Winkler, 2004, S. 174f.

²¹⁹ vgl. Waldschmidt, 2003, S. 102ff.

moralisch gerechtfertigt halten, Verbreitung finden. So bezeichnet Peter Singer in seiner *Praktischen Ethik* schwerstbehinderte Menschen als "Nicht-Personen"²²⁰, da sie nicht fähig wären, ihre Interessen aktiv zu vertreten bzw. über kein detaillierteres Erinnerungsvermögen verfügten. Seiner Ansicht nach, würde sich bei ihnen das Leiden durch körperliche Schmerzen so potenzieren, dass kein Glück mehr empfunden werden könne. Demnach sei es ein moralischer Akt, dieses Leben zu beenden, weil das Leiden in der Welt dadurch minimiert würde, so Singer.²²¹

Auch wenn die Grundrechte behinderter Menschen geschützt sind und bleiben, Stigmatisierungsprozesse gegenüber Menschen mit Mehrfachbehinderungen werden aufgrund des affektiven Bestimmtheits dieser Reaktionen nie ganz ausbleiben. Behinderte Menschen müssen sich einerseits darauf einstellen, können andererseits aber dabei unterstützt werden, sich diesen diskriminierenden Einflüssen zu widersetzen. Nicht zuletzt stehen auch Nichtbehinderte in der Pflicht, über sich selbst, die eigenen Ängste und Prägungen zu reflektieren. Langfristig bleibt zu hoffen, dass gelungene Integrationsprozesse zu mehr Toleranz gegenüber behinderten Menschen führen können.

²²⁰ vgl. Singer, 1994, S. 136

²²¹ ebd. S. 140ff.

8. Literatur- und Quellenverzeichnis

Bach, Heinz (1971): Sexuelle Erziehung bei Geistigbehinderten. Berlin

Biller-Pech, Christiane (2004): Sexuelle Assistenz – Garant oder Zerstörung der Intimität. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 43 - 48

Bollag, Esther (2002): Onanie - schwere Sünde? In: Bannasch, Manuela (Hg.): Behinderte Sexualität - Verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm, S. 224 – 234

Cloerkes, Günther (2002): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung. 2. Aufl. Heidelberg

Diehl, Ulrike (2001): Einstellung der Eltern zur Sexualität ihres körper- oder mehrfachbehinderten Kindes. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA): FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung, Heft 2/3, S. 16 - 19

Eckardt, Hellmut (1937/ 38): Die schweren körperlichen Mißbildungen in den Erläuterungen von Gütt, Rüdin, Ruttke zum Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: Der öffentliche Gesundheitsdienst. Teilausgabe A: Ärztlicher Gesundheitsdienst, Heft 3, S. 161 - 166

Faber, Alexander (1935): Orthopädie und Erbgesundheitsgesetz. In: Erbarzt, Nr. 2, S. 51 – 56

Frey, Hans-Peter (1983): Stigma und Identität. Eine empirische Untersuchung zur Genese und Änderung krimineller Identität bei Jugendlichen. Weinheim/ Basel

Frick, Wilhelm (1933): Ansprache des Herrn Reichsminister des Innern Dr. Wilhelm Frick auf der ersten Sitzung des Sachverständigenbeirates für Bevölkerungs- und Rassenpolitik am 28. Juni 1933 in Berlin. In: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie, Nr. 27, S. 412 – 419

Geyer, Horst (1934): Die Beurteilung des angeborenen Schwachsinnns zum Zwecke der Sterilisierung. In: Münchener Medizinische Wochenschrift, Nr. 81, S. 1300 – 1302

Gilbers, Theo/ Winkler, Petra (2004): "Muß ich das jetzt auch noch tun?" Sexuelle Assistenz aus der Sicht von Betreuer und Betreuerinnen. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 171 - 176

Goffman, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt/Main

Gütt, Arthur u.a. (1936): Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 17. Juli 1933 nebst Ausführungsverordnungen. München

Hagner, Michael (1995a): Monstrositäten haben eine Geschichte. In: Hagner, Michael (Hg.): Der falsche Körper. Beiträge zu einer Geschichte der Monstrositäten. Göttingen, S. 7 - 21

Hagner, Michael (2003): Monstrositäten in gelehrten Räumen. In: Lutz, Petra u.a. (Hg.): Der (im-)perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Köln, S. 42 - 61

Hagner, Michael (1995b): Vom Naturalienkabinett zur Embryologie. Wandlungen des Monströsen und die Ordnung des Lebens. In: Hagner, Michael (Hg.): Der falsche Körper. Beiträge zu einer Geschichte der Monstrositäten. Göttingen, S. 73 – 107

Hartmann, Simone (2004): Sexuelle Dienstleistung – ein moralisches Angebot? Gedanken zu ethischen Fragen von Prostitution, Sexualbegleitung und Sexualassistenz. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 31 – 42

Henschel, Angelika (2001): Lebenslagen und Interessenvertretung behinderter Frauen. Demokratie und Differenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. Nr. 2/3, S. 9 - 15

Hitler, Adolf (1934): Mein Kampf. Bd. II, 95. Aufl. München

Kestel, Oliver (2004): Juristische Aspekte der sexualpädagogischen Begleitung von Menschen mit (geistiger) Behinderung. In: Walter, Joachim (Hg.):

Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen.
Heidelberg, S. 201 - 211

Klein, Ferdinand (2000): Zur Sterilisation geistig behinderter Frauen. In: Färber, Hans-Peter u.a. (Hg.): Sexualität und Behinderung: Umgang mit einem Tabu. 2. Aufl. Tübingen, S. 141 - 168

Kluge, Norbert u.a. (1999): Körper und Schönheit als soziale Leitbilder. Ergebnisse einer Repräsentativerhebung in West- und Ostdeutschland. Frankfurt/Main

Koch, Friedrich (1996): Sexualität. Sexualpädagogik. In: Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Aufl. Weinheim/ Basel, S. 492 - 495

Link, Gunther (1999): Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus: dargestellt am Beispiel der Universitätsfrauenklinik Freiburg. Frankfurt/Main u.a.

Lipps, Anne (2000): Systemische Beratung und Therapie im Kontext sexueller Gewalttaten an Kindern. In: Färber, Hans-Peter u.a.(Hg.): Sexualität und Behinderung. 2. Aufl. Tübingen, S. 129 - 140

Maßfeller, Franz (1935): Die Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. In: Juristische Wochenschrift, Nr. 64, S. 755 - 758

Meinhof, Carl-Gerhard (1935): Schwere körperliche Mißbildung. In: Juristische Wochenschrift, Nr. 64, S. 2685 - 2692

Moscoso, Javier (1995): Vollkommene Monstren und unheilvolle Gestalten. Zur Naturalisierung der Monstrosität im 18. Jahrhundert. In: Hagner, Michael (Hg.): Der falsche Körper. Beiträge zu einer Geschichte der Monstrositäten. Göttingen, S. 56 – 72

Müller-Pohl, Bernd (2002): Die "Rollenden Herzen". In: Bannasch, Manuela (Hg.): Behinderte Sexualität – verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit einer Behinderung. Neu-Ulm, S. 135 - 142

Nachtsheim, Hans (1962): Das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aus dem Jahre 1933 in heutiger Sicht. In: Ärztliche Mitteilungen, Nr. 59, S. 1640 - 1644

Olk, Thomas (1996): Stigmatisierung (Etikettierung). In: Kreft, Dieter/ Mielenz, Ingrid (Hg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Aufl. Weinheim/ Basel, S. 384 - 385

Otto, Hans-Uwe/ Thiersch, Hans (Hg.) (2001): Handbuch Sozialarbeit, Sozialpädagogik. Neuwied/ Kriftel

Paulus, Peter (1986): Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In: Bielefeld, Jürgen (Hg.): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen, S. 87 - 124

Posch, Waltraud (1999): Körper machen Leute. Der Kult um die Schönheit. Frankfurt

PRO FAMILIA Landesverband Niedersachsen e.V. (Hg.) (2002): Dokumentation des Forschungsprojektes "Sexualität und Behinderung" Entwicklung von Modellkonzepten für Beratung, Fortbildung und Supervision. Hannover

Radtko, Dinah (1998): "...wir werden geschlechtsneutral erzogen...". In: Landesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte Baden Württemberg e.V. (Hg.): Dokumentation der Tagung "Sexualität und Behinderung - Umgang mit einem Tabu". Stuttgart, S. 8 – 11

Sandfort, Lothar (2000): Den eigenen Körper neu entdecken. In: Färber, Hans-Peter u.a.(Hg.): Sexualität und Behinderung. 2. Aufl. Tübingen, S. 116 - 118

Sandfort, Lothar (2002): Hautnah. Neue Wege zur Sexualität behinderter Menschen. Neu-Ulm

Schlaich, Ludwig (1974): Erziehung und Bildung geistig Behinderter durch Eltern und Erzieher. Neuburgweier

Schneider, Claudia (1997): Peer Counseling Beratung behinderter Frauen durch behinderte Frauen. In: Henschel, Angelika (Hg.) Weiblich - /un/beschreiblich. Zur Lebenssituation von Frauen mit Behinderung. Bad Segeberg, S. 71 – 80

Singer, Peter (1994): Praktische Ethik. 2. Aufl. Stuttgart

Sporcken, Paul (1974): Geistig Behinderte, Erotik und Sexualität. Düsseldorf

Strahl, Monika (1997): Ansatz und Bedeutung von Peer Counseling und Parteilichkeit in der Beratung von Frauen mit Behinderung. In: Jantzen, Wolfgang (Hg.): Geschlechterverhältnisse in der Behindertenpädagogik. Subjekt/Objekt-Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis. Luzern, S. 196 – 205

Stuckart, Wilhem/ Schiedermaier, Rolf (1939): Rassen- und Erbpflege in der Gesetzgebung des Dritten Reiches. Leipzig

Vernaldi, Matthias (2002): Der makellose Mensch? Oder: Der makellose Körper: In: Bannasch, Manuela (Hg.): Behinderte Sexualität - Verhinderte Lust? Zum Grundrecht auf Sexualität für Menschen mit Behinderung. Neu-Ulm, S. 52 – 57

Vernaldi, Matthias (2001): Sexybilities. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. Nr. 2/3, S. 48 - 51

Vernaldi, Matthias (2004): Zwischen sexueller Integration und Sonderbehandlung. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 49 - 58

Wacker, Otto (1933): Antrittsrede von Dr. Otto Wacker vom 25. April 1933, anlässlich der Übernahme der Leitung des badischen Justizministeriums. In: Badisches Justizministerialblatt, Nr. 23, S. 55 - 57

Waldschmidt, Anne (2003): Risiken, Zahlen, Landschaften. Pränataldiagnostik in der flexiblen Normalisierungsgesellschaft. In: Lutz, Petra u.a. (Hg.): Der (im-) perfekte Mensch. Metamorphosen von Normalität und Abweichung. Köln, S. 94 -107

Walter, Joachim (2004a): Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht – Standards im Umgang mit der Sexualität behinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 15 – 30

Walter, Joachim (2004b): Zur Einführung. Was ist Sexualassistenz? Was kennzeichnet professionelle Sexualbegleitung. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 11 – 14

Zemella, Bernd (2004): Sehnsucht, Endstation? Sexualassistenz und Sexualbegleitung bei Menschen mit Behinderungen. In: Walter, Joachim (Hg.): Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen. Heidelberg, S. 131 – 142

Quellenverzeichnis

Deutscher Bundestag: Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz). Drucksache 11/4528 vom 11.05.1989

Gesetz zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz) in der Fassung vom 12.9.1990, BGBl. I

Gesetz zur Regelung der Rechtsverhältnisse der Prostituierten (Prostitutionsgesetz) in der Fassung vom 20.12.2001, BGBl. Jahrgang 2001, Teil I, Nr. 74

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933, RGBl. I, S. 529 – 531

Strafgesetzbuch (StGB) in der Fassung vom 13.11.1998, BGBl. I S. 3322, zuletzt geändert durch Art. 4 des Gesetzes vom 19.12.2001, BGBl. I S. 3922

Verordnung zur Ausführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 5. Dezember 1933, RGBl. I, S. 1021 – 1036

Anhang

I Interview mit Matthias Vernaldi von der Initiative “Sexybilities”²²²

K.D.: Kannst du dich erinnern, wann du begonnen hast, dich intensiver mit dem Thema “Sexualität und Behinderung” auseinanderzusetzen?

Vernaldi: Gerade wenn du jung bist, dann möchtest du so normal sein wie möglich. Alles was in bezug auf Behinderung eine Rolle spielt, hab zumindest ich versucht, nicht so an mich ran zu lassen und nicht so zu thematisieren. Mir war schon klar und das hab ich auch mit anderen Leuten mal besprochen, vor allem auch mit meinen Freundinnen, dass ich auf dem Fleischmarkt nicht den Wert habe, wie vielleicht andere junge Männer. Ich war dann auch in so Kreisen drin, wo freie Liebe eine Rolle spielte. Das ist ja heute alles lächerlich, aber für uns war das damals eine toderne Geschichte, mitunter auch eine ganz schöne. Da habe ich natürlich eine wesentlich geringere Paarungsfrequenz wie andere junge Männer, die nicht im Rollstuhl waren, gehabt. Aber das habe ich sozusagen thematisch da noch nicht bearbeitet, das hab’ ich erst, als ich ungefähr 40 war, da war eine langjährige Beziehung zuende. Bei “langjährig” stocke ich deshalb, weil 8 Jahre, das ist eigentlich nicht langjährig. Ich selber hatte keinerlei Möglichkeiten mehr körperlich, dass ich mich befriedigen konnte und da spielte sich für mich erstmalig die Frage auf einer ganz existenziellen Ebene ab. Ich musste entscheiden, ob ich weiterhin Sex in der Realität haben wollte oder nur noch im Kopf. Wenn ich Sex in der Realität haben wollte, musste ich mich in bezug auf Sexualität und mein Handicap damit auseinandersetzen. Da hat es eigentlich im stärkeren Maße erst begonnen.

K.D.: Du hast erwähnt, dass du in der DDR aufgewachsen bist, wo du auch in Kreisen verkehrt bist, wo freie Liebe aktuell war. Hattest du Unterstützung in der DDR gehabt, dich mit deiner Sexualität auseinanderzusetzen?

²²² Das Leitfaden-Interview mit Matthias Vernaldi wurde am 10.03.2005 in Berlin geführt.

Vernaldi: Die DDR war auf der einen Seite ja auch nicht homogen. Die Impulse in Richtung freier Sexualität kamen aus dem Westen. Das waren die, die so etwas gemacht haben. In der DDR war, glaub ich, insgesamt ein etwas freieres sexuelles Klima gewesen. Es wurde mit einer größeren Selbstverständlichkeit umgegangen damit. Aber gerade deshalb, weil Sex nicht so hoch bewertet wurde, wie das dann gerade im Westen geschehen ist in den linken Kreisen. Da war das ja das Mittel zur Befreiung und das Mittel zur Frauenemanzipation und alles mögliche. Unterstützung in bezug auf besondere behindertenspezifische Dinge würde ich nicht sagen. Also ich denke, es gab ein Klima, was ich heute so nicht mehr vorfinde. Das hat vielleicht auch was mit dem Alter zu tun. Ich meine, ob man 20, 25 oder eben über 40 ist, das ist auch ein Unterschied. Also kann ich schlecht entgegensetzen. Die Sache mit der Prostitution gab's in der DDR kaum und wenn, nur für Westgeld. Ich kannte zwar eine Prostituierte, die in Gera wohnte, die kannte ich wirklich nur als eine Bekannte, mit der habe ich nur geredet und mehr nicht.

K.D.: Mir ist aufgefallen, dass in der Literatur zu diesem Thema fast ausschließlich über Westdeutschland berichtet wird: Über die *Normalisierungsbewegung* und die Bewegung *Selbstbestimmt Leben* und dass darüber das Thema Sexualität und Behinderung immer mehr eingefordert wurde. Ich habe mich dabei gefragt, ob es in der DDR ähnliche Tendenzen oder Bestrebungen gab, das öffentlich zu machen?

Vernaldi: Also ich kann jetzt nicht aus meinen eigenen Erfahrungen diesbezüglich erzählen. Aber gestern hat mir jemand erzählt, dass in Berlin-Buch eine Ärztin war, die in bezug auf meistens die männliche Sexualität Querschnittsgelähmter, frisch Verunfallter, da einiges geleistet hat, also überhaupt das thematisiert. Dann gab es auch ein Wohnprojekt für junge Leute, wo Behinderte zusammenziehen konnten. Aber da kann ich jetzt nichts aus eigener Erfahrung sagen. Im Grunde genommen gab es keine Behindertenpolitik in der DDR, weil es keine Behinderung geben durfte. Das passte nicht ins Bild. Es gab auch keinen Behindertenverband zum Beispiel. Es gab aber eine Menge von

Genossen, die eigentlich behindert waren. Ich meine, wer nichts "Sinnvolles" tun konnte, so wie ich, hat entweder ML²²³ oder Philosophie oder Theologie studiert. Von daher gab es eigentlich eine Menge von Ideologiekadern, die behindert waren und es trotzdem nicht geschafft haben, einen Behindertenverband zu gründen, weil das überhaupt nicht in das sozialistische Menschenbild passte. Dem entsprechend waren die Impulse rundum. Wenn du eine höhere Hilfeabhängigkeit hattest, hast du entweder in den Familien gelebt oder aber im Altersheim. Es gab ja noch nicht einmal spezielle Einrichtungen für behinderte Menschen außerhalb von Schule und Ausbildung. Wenn du Glück hattest, warst du in der Jugendstation des Altersheimes und wenn du noch mehr Glück hattest, hast du da ein eigenes Zimmer gehabt. Aber da warst du schon privilegiert.

K.D: Wie ist das, wenn du Beratungsgespräche führst. Nimmst du da Unterschiede wahr, ob jemand in der DDR oder in der BRD aufgewachsen ist oder würdest du sagen, die Schwierigkeiten sind ähnlich gewesen?

Vernaldi: Ja, doch, vor allem bei älteren Leuten über 40, die es also noch so richtig mitgekriegt haben. Es gibt eine DDR-Mentalität, die es im Westen weniger gibt und zwar: "was kostet das alles". Vor allem, wenn es um Assistenz und solche Sachen geht. Da gesteht man sich nicht so ohne weiteres das Kostenintensivere zu. Im Westen ist das anders, da sagen die Leute, das ist mein Recht und wie das Recht umgesetzt wird, ist eine andere Frage, die ist zweitrangig. Das nehme ich in Beratungsgesprächen schon wahr, das hat mit Sex direkt nicht so viel zu tun und trotzdem vom Umfeld her ist es so. Dann sind Leute, die in der DDR gelebt haben, oft auch mehr eingebunden in Familie und Freundeskreis und organisieren ihre Hilfen auch darüber und auch von ihren sozialen Kontakten her. Das wiederum ist schwieriger für sexuelle Geschichten. Also um so abhängiger ein Mensch von seinem Umfeld ist, um so schwieriger ist es für ihn, seine Sexualität zu verwirklichen, vor allem wenn er dabei Wege gehen muss, die nicht so anerkannt sind.

²²³ Marxismus/ Leninismus

Prostitution zum Beispiel wäre so eine Sache. Also wenn ich mit meinem Nachbarn aushandele, dass ich ihm drei, vier oder sechs Euro pro Stunde gebe, wenn sie mit mir ins Wochenende fahren oder für mich einkaufen und die kriegen dann mit, dass ich eine 100-Euro-Nutte bestelle, ich überziehe das jetzt mal, dann kommt das schon zu einer Schräglage. Die sagen, du hast Kostendruck und gibst den an uns weiter, aber wenn du anderweitig Druck hast, dann spielt auf einmal Geld nicht mehr die Rolle. Solche Sachen, die gibt es schon, aber das ist natürlich nur von der Polarität her, also es gibt im Westen solche und im Osten solche und umgedreht.

K.D.: Ich habe noch in Erinnerung, dass die Sexualerziehung in den Schulen der DDR kaum thematisiert wurde. In der siebten Klasse ist es mal kurz zur Sprache gekommen. Deshalb hab ich angenommen, dass es hinsichtlich der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und der eigenen Sexualität Unterschiede geben könnte, je nachdem, ob man in der DDR oder in der BRD aufgewachsen ist. Wird so etwas deutlich in der Sexualberatung?

Vernaldi: Also, ich habe da noch nicht so drauf geachtet. Es kommen sowieso eher die westlich intendierten Leute. Leute, die schon eine bestimmte Blickrichtung haben, wie man etwas angeht, die nehmen dann auch so eine Beratung in Anspruch. Aber wie gesagt, das sind alles mehr Tendenzen.

K.D: Was hat dich bewogen, mit anderen *Sexybilities* zu gründen und dich gerade in dem Bereich so stark zu engagieren?

Vernaldi: Das war die eigene Betroffenheit und Erfahrungen, die ich dann auch mit Prostituierten gemacht habe in dem Zusammenhang. Da habe ich mir auch einfach gesagt, ich will das nicht so nur für mich machen. Ich würde da schon gern irgendwie, also erstens mit anderen mich austauschen, die ähnliche Erfahrungen gemacht haben und auch den gesellschaftlichen Horizont, der damit zusammenhängt, ein bisschen öffnen und Blickrichtungen zu schaffen. Das ist nichts, wo ich sagen würde, jetzt muss man mal irgendwas Gutes tun. Das ist einfach die eigene Betroffenheit und eigenes Interesse, was damit zu tun hat.

K.D.: Gab es da auch Bedenken?

Vernaldi: Ja, die gibt es immer wieder. Es ist nicht gut, wenn man auf ein Thema festgelegt ist, vor allem, wenn das so ein "Schmuddelthema" ist. Da spielen auch die Eltern eine Rolle. Ich habe nie viel darauf gegeben, aber es ist einfach so. Da kommt dann ein Fernsehbericht, wie ich zu Prostituierten gehe. Also ich weiß schon, was ich mache und ich weiß auch, was ich über den Sender laufen lasse und trotzdem kommt es für manche Leute komisch. Ich bin von meiner Herkunft her aus einer zutiefst frommen Familie und ich verstehe mich mit den Leuten weitestgehend. Da gibt es dann schon auch Problemstellungen, aber das ist o.k. An solchen Stellen gibt es dann schon immer wieder Reibungspunkte. Was wir vorhin hatten, also Prostituierte selbst haben solche Reibungspunkte noch viel extremer, was Kinder oder Eltern angeht und versuchen das eben deshalb meistens nie in dem Sinne öffentlich zu machen, dass das über Medien läuft. Die andere Sache ist natürlich die, dass man dann immer schnell beim Spezialthema festgelegt ist. Manchmal "kotzt" es mich insgesamt an, immer berufsbehindert zu sein. Ich mache ja nicht nur die Sachen mit *Sexybilities*, sondern auch überhaupt was Assistenz angeht. Das ist eine notwendige und auch interessante Geschichte, aber immer nur als der Behinderte wahrgenommen zu werden, ist manchmal nervig, das ist immer eine Defizitwahrnehmung

K.D.: Wann wurde *Sexybilities* gegründet und wer hat die Initiative gegründet?

Vernaldi: Das war im Jahre 2000. Wir haben jetzt fast exakt fünfjähriges Jubiläum, Anfang März war das. Es waren damals fünf bis sechs Leute, die mich da begleitet haben. *Sexybilities* ist kein Verein, *Sexybilities* ist eine Initiative innerhalb eines Vereins. Als die mich dann mit Gesprächen begleitet haben, auch die Beratungen mit übernommen haben - es ist immer bei dieser lockeren Initiative geblieben. Ich war immer der Hauptansprechpartner und auch der "Hauptakteur". Es gibt dann noch Michael Zander, einen Psychologen, der auch in der Beratung was mit macht und oft auch in der Organisation, aber mehr so

das, was "über" bleibt. Eine Zeit lang hat auch eine behinderte Sozialarbeiterin mitgemacht, die ist aber schon vor drei Jahren endgültig raus. Wenn wir heute eine Beraterin brauchen, dann gucken wir uns um bei anderen Initiativen, dass wir da etwas vermitteln können.

K.D: Was bietet ihr an bei *Sexybilities*?

Vernaldi: Auf der einen Seite, das, was man als die *Peer Counseling Beratung* bezeichnet, also Betroffene beraten Betroffene. Betroffene in dem Sinne, dass die Beraterinnen und Berater auch behindert sind. Dann kulturelle Geschichten, also es gibt einmal im Jahr eine größere Party. Es gibt zur Zeit eine Initiative, die heißt, *Behinderte Körperlichkeit in Eigen- und Fremdwahrnehmung in der Kunst*. Es gibt zwei Lesungen, eine Fotoausstellung, einen Tanzworkshop. Solche Sachen versuchen wir hinzukriegen. Wahrgenommen werden wir aber in der Hauptsache darüber, dass wir bei Nachfrage Prostituierte oder sexuelle Dienste empfehlen, vermitteln. Öffentlichkeitsarbeit über das Kulturelle hinaus natürlich auch auf Schulen, auf Universitäten, mitunter beim Senat und solche Geschichten.

K.D: Wer nutzt das Angebot?

Vernaldi: Die Beratung nutzen zu drei Viertel behinderte Menschen, zu einem Viertel Profis und Angehörige. Bei der Öffentlichkeitsarbeit ist das ganz unterschiedlich.

K.D.: Zu gleichen Teilen Männer und Frauen?

Vernaldi: Nein, das ist schon eine sehr männlich intendierte Sache. Das hat damit zu tun, dass ich ein Mann bin. Das hat darüber hinaus damit zu tun, dass Prostitution nun mal von der männlichen Sexualität aus gestrickt ist. Das heißt nicht, dass nicht auch Frauen mitunter solche Dienste nutzen, aber in sehr geringerem Maße. Von der kulturellen Entstehung her ist es schon eher anders rum gedacht, das ist eben der Hauptstrom. Das ist nicht so, dass das Ganze nur für Männer wäre oder dass jetzt irgendwas Frauenfeindliches drin wäre. Es ist einfach nur von der Grundkonzeption, von der Entstehung her so. Aber es ist nicht so, dass wir nur Männer beraten.

K.D.: Hast du eine Idee, was behinderte Frauen bräuchten, um da auch mehr Unterstützung zu erhalten?

Vernaldi: Warum soll ich als Mann schon wieder eine Idee haben, was Frauen bräuchten? Ich bin einfach sehr vorsichtig. Ich selber finde auch nicht, dass sozusagen die Nutzung sexueller Dienste für das Thema *der deus ex machina* ist, also die Lösung an sich, sondern das ist ein Notbehelf meistens. Wenn wir konkret von der Tatsache ausgehen, dass behinderte Menschen als weniger attraktiv wahrgenommen werden, dass sie deshalb weniger Chancen für sexuelle Ereignisse haben und auch weniger sich selbst als attraktiv wahrnehmen. In diesem Zusammenhang ist die Nutzung sexueller Dienste ein Notbehelf, weil er in der Not hilft. Das löst das Problem nicht und auch nicht die Problemstellung. Sexuelle Rechte lassen sich ja auch nicht einfordern in dem Sinne, wie man Rampen auf Bahnhöfen oder so etwas einfordert. Ich denke, das wichtigste in der Beratung ist nicht, dass da jemand kommt und sagt: "He, ich will ficken. Könnt ihr mir einen guten Puff nennen!", ich überzieh' das jetzt. Die Leute sollen ihren Weg finden. Und ihren Weg zu finden, da brauchen sie mitunter Unterstützung, so etwas wie einen sexuellen Dienst manchmal auch. Aber eben nicht jeder und nicht in jeder Situation. Es geht in der Beratung immer auch darum, jedenfalls bei den "Fällen", wo man näher rankommt und wo es nicht nur vielleicht um eine kurze Sondierung von Adressen und Vorlieben geht, geht es immer darum, dass jemand seine Situation reflektiert und spiegelt und maximal Impulse kriegen kann oder Impulse kriegen kann zu entdecken, was sowieso in der Situation an Lösungsmöglichkeiten drinsteckt, also dass man da nicht Rezepte ausstellt, oder so etwas. Für Frauen ist dieser etwas offensivere Umgang mit sexuellen Bedürfnissen, ich weiß nicht, ob nur kulturell oder ob auch vielleicht biologisch, nicht so angesagt. Die machen das anders und haben da auch andere Vorstellungen und Bedingungen. Deswegen einfach da so einen draufzusetzen und zu sagen, lass dir auch mal einen Callboy kommen, das verstellt dann vielleicht oft die Möglichkeiten, die zu finden sind. Das verstellt auch oft den Blick auf sich selbst. Jedenfalls kann das so kommen. Nichts dagegen, es gibt

Frauen, die sagen, ich möchte das und dann suchen wir Wege, wie das geht, aber das kommt sehr viel seltener vor als bei Männern. Ich denke, dass es nicht nur eine kulturbedingte Sache ist, weil eben Frauen nicht so viel Sexualität zugestanden wird. Das ist es vielleicht auch, aber auch da müssen wir sehen den konkreten Menschen, der eben dann Hemmungen hat. Es geht nicht nur darum, die Hemmungen abzubauen. Ich bin da nicht so pädagogisch, oder so.

K.D.: Hast du den Eindruck, dass sich Sexualberatung und die Nutzung sexueller Dienste auch auf andere Bereiche des eigenen Lebens behinderter Menschen auswirken können?

Vernaldi: Immer, bei Behinderungen hat Sex zum Beispiel ganz viel mit Mobilität zu tun. Das ist ein Grundthema. Also wie komme ich da hin, komme ich da rein in den Laden u.s.w., wer kann zu mir kommen, welche Hilfen benötige ich. Wenn es nur um die Nutzung sexueller Dienste geht, geht es auch um so was wie öffentliche Verkehrsmittel, Telebus, Begleitung, Assistenz, Hilfestellung, alles so was spielt eine Rolle. Es spielt natürlich auch die "Knete" eine Rolle und auch die ist für Behinderte gesellschaftlich bedingt, meistens dünner als bei anderen. Das spielt selbst verständlich eine große Rolle. Wenn wir mal absehen von der Nutzung sexueller Dienste und das mal auf einen größeren Bogen beziehen, dann kommt es erst recht darauf an, wie wohne ich, wie könnte ich wohnen, wie mobil bin ich und auch wie sozial attraktiv bin ich. Die Attraktivität ist ja nicht nur eine Frage von körperlichen Merkmalen oder auch von seelischen Merkmalen. Die sexuelle Attraktivität hat auch damit zu tun, welche Potenzen habe ich, sozusagen ein Nest zu bauen oder Nachwuchs zu füttern und so weiter und so fort. Und auch das sieht für Behinderte meist anders aus als für Nichtbehinderte. All das kommt alles mit zur Sprache und spielt eine Rolle. Und Leute, die sozusagen fähig sind, ihre eigenen Belange in die Hand zu nehmen, haben es meist auch leichter, sexuell sich zu verwirklichen. Solche Leute kommen viel zur Beratung, die brauchen dann aber gar nicht so viel Impulse loszugehen, sie brauchen tatsächlich nur die Tipps. Andersherum ist es oft auch so, dass Leute,

die sozusagen sexuell etwas erleben und sich in ihrer Körperlichkeit und in ihrer Wahrnehmung als positiv erleben, dass davon wieder Impulse kommen. Dass sie auch sonst aktiver ihr Leben gestalten und sich auch sonst mehr für sich selbst herausnehmen und für sich selbst eintreten.

K.D.: Ich möchte noch mal auf das Thema sexuelle Dienstleistungen, Sexualbegleitung zurückkommen. Meinst du, dass es für eine Tätigkeit als Sexualbegleiterin oder vielleicht auch als Prostituierte für behinderte Menschen eine bestimmte Aus- oder Fortbildung notwendig ist oder könnte jede Prostituierte das?

Vernaldi: Ich wünschte mir, dass jede Prostituierte von der Tendenz her das könnte. Ich denke, es gibt Weiterbildungsbedarf. Ich denke auf keinen Fall, dass es nötig ist, dass behinderte Kundinnen und Kunden nur von Sexualbegleitern, Sexualbegleiterinnen für Behinderte bedient werden. Ich glaube, dass es gut ist, wenn zum Beispiel Lothar Sandfort so eine Ausbildung anbietet. Ich finde aber genauso wichtig, dass Paula, Tina, Julia im Puff um die Ecke, das für sich nicht ausschließen. Wenn die Sexualbegleitung für Behinderte mit extra Ausbildung ein sehr starkes Gewicht bekommt, haben es die Mädels um die Ecke leichter zu sagen, nein, geh' mal zur Sexualbegleiterin. Das sind auch ein bisschen zwei sich bedingende Sachen zur Zeit nicht, weil die Sache mit der Sexualbegleitung so sehr am Rand, also so wenig vorkommt, dass es im Grunde genommen kein wirklicher Faktor ist. Es ist natürlich auch die Frage, was verstehen wir denn unter Behinderung. Also fast jede Prostituierte hat ihre Erlebnisse mit dem Freier, der dann das Bein abschnallt oder keinen Arm hat oder eine schwere Verbrennung im Gesicht und und und. Also mit dieser Art, wo man sagt, na ja, aus der Sicht von Leuten, die rund um die Uhr auf Hilfe angewiesen sind oder von Menschen, die eine schwere geistige Behinderung haben, aus der Sicht sind das eigentlich keine Behinderten. Aber sie fallen von der Ästhetik und der Körperwahrnehmung schon deutlich aus der Norm raus. Dann eben Leute, die im Rollstuhl sitzen oder die sich nicht richtig äußern können, das sind dann schon die "schlimmeren Fälle" – für die

ist in der Wahrnehmung der Sexarbeiter oder Sexarbeiterinnen das noch mal was anderes. Da ist eine viel größere Scheu da. Kann ich denen wehtun? Gibt es vielleicht auch schon Ekelgeschichten oder überhaupt Berührungängste, weil so eine Form von Körperlichkeit hat man so noch nicht so nah an sich rangelassen. Das assoziiert man eher mit Tod und Vergänglichkeit und nicht mit Lust. Da muss man weniger über technische Dinge reden als über emotionale Dinge reden und auch kulturelle Dinge, also auch in dem Bereich. Dann gibt es die, ich geh' jetzt mal von der Beratungssituation aus, die Fälle, wo Leute tatsächlich im Sterben liegen und an Schläuchen angeschlossen sind. Oder wo es Menschen mit einer schweren geistigen Behinderung betrifft, die sich noch nicht mal verbal äußern können, wo es darum geht, eben Masturbationstechniken zu erlernen und so was. Oder Autisten, die ganz verschlossen sind nach außen und wo Sexualität erarbeitet werden muss, also wo das ein längerer Weg der Kommunikation ist und dann Sexualität selber zu einer Art von Kommunikation wird. Das sind ganz unterschiedliche Dinge. So eine Sache wie mit einem Autisten, das kann Lola vom Puff um die Ecke aus dem Stand raus nicht. Das kann aber auch eine Sexualbegleiterin aus dem Stand raus nicht. Da gehört eine Art und Weise dazu, selber bei sich zu sein und das umzusetzen. Natürlich hat eine erfahrene Prostituierte, eine erfahrene Prostituierte, die den Job nicht nur runterreißt, hat größere Chancen, sich auf den autistischen Kunden einzulassen wie eine Naturheilerin, die eigentlich konkrete Körperlichkeit so in der Vielzahl noch nicht hatte. Eine extra Ausbildung und ein Wissen um Behinderung in dem Zusammenhang finde ich für unerlässlich. Das kann man aus dem Stand heraus nicht machen. Aber die Sache mit der Prothese oder wenn einer wie ich kommt und dann einfach da liegt im Bett, da sehe ich keine Probleme. Da muss nicht unbedingt eine Spezialausbildung sein. Von *Sexybilities* ist es so, dass wir immer mal mit *Hydra* zusammengearbeitet haben, die Huren-selbsthilfe in Berlin, und gegebenenfalls auch mal immer mit dem Bundesverband sexueller Dienstleister. Also dass man da versucht, mal eine Weiterbildung zu machen, das reicht eigentlich. Wenn man es mal

thematizieren kann und wenn Leute, die Fragen haben, auch eine Adresse haben, wohin sie sich wenden können.

K.D.: Noch kurz zu den Kosten sexueller Dienstleistungen: Es ist ja in der Diskussion, dass gerade für schwerstmehrfachbehinderte Menschen, die nicht in der Lage sind, sich selbst zu befriedigen und die in keiner Partnerschaft leben - im Sinne des Benachteiligungsverbotes - die Kosten für sexuelle Dienste vom Sozialamt oder von der Krankenkasse übernommen werden. Was denkst du darüber?

Vernaldi: Wenn man das so einschränkt, ist das richtig. Ich denke, für Leute, die nicht die Möglichkeit haben, sich selbst zu befriedigen, sollte eine Möglichkeit bestehen, sozusagen zu dieser Befriedigung zu kommen, so dass man deshalb einen bestimmten Kostenumfang übernimmt. Auch Leute, die so etwas in eher therapeutischer Richtung nötig haben, wo mitunter ein pädagogischer oder Lerneffekt damit verbunden ist. Auch die sollten diese Kosten bekommen. Also zum Beispiel Leute, denen gezeigt werden muss, wie sie masturbieren, wo man sich auf sie einfühlen muss. Oder Leute, die auch sozusagen eine Sexualkultur erlernen müssen, den Umgang mit dem anderen Menschen, sozusagen die sexuelle Kommunikation. Da gibt es schon ein paar Sachen, wo ich sagen würde, das müsste bezahlt werden. Aber ich wehre mich dagegen, dass das sozusagen pauschal bezahlt wird, weil derjenige oder diejenige behindert ist. Also das ist eine Diskriminierung behinderter Menschen. Man müsste das ja dann auch wiederum im Sinne des Benachteiligungsverbotes anderer Gruppen ausweiten. Man müsste dann auf dem Sozialamt eine Attraktivitätsliste erstellen und je nachdem, wie du in dem Ranking ausfällst, kriegst du Zuschüsse oder nicht.

K.D.: Gibt es etwas, was du noch erwähnen möchtest?

Vernaldi: Ich denke, so insgesamt ist die Grundproblemstellung von Behinderung und Sexualität darin begründet, dass Behinderung diese Sonderstellung hat in der Wahrnehmung und da kommt man auch so ohne weiteres nicht drum rum. Der Behindertenstatus wird zur Zeit immer weiter ausgeweitet. Heute sind Leute behindert, die vor 10 oder 15 Jahren es

nicht wären, Lernbehinderte und solche Sachen. Ich weiß auch nicht, wie weit sich das dann mit der Problematisierung von Behinderungen von Sexualität fortsetzt. Also ich denke nicht, dass eine attraktive Lernbehinderte sexuelle Probleme haben muss, weil sie lernbehindert ist. Sie hat vielleicht aus anderen Gründen sexuelle Probleme, wie andere attraktive Frauen auch. Aber solche Sachen verändern sich dann auch insgesamt, aber die Kerngruppe wird schon weiterhin daran leiden. Der andere Punkt ist der, dass das Leiden immer stärker wird in der Richtung, dass Sexualität so hoch bewertet wird oder immer höher bewertet wird. Noch in den Fünfzigern war es normal und sogar hoch anständig, keinen Sex zu haben. Wenn du also als Behinderter dazu nicht die Möglichkeit hattest, warst du zumindest in der Wahrnehmung von außen nicht deshalb zu bedauern. Heute ist es eine Frage, dass du dich deshalb nicht verwirklichen kannst. Heute gibt es auch ein bestimmtes Muss dahin, um ein vollwertiger Mensch zu sein, in deiner Wahrnehmung musst du auch guten Sex haben. Das ist auch ein Teufelskreis oder eine Falle, die da besteht. Also das versuche ich, auch den Klientinnen und Klienten immer auszureden, dass es eigentlich darum nicht geht. Es geht darum, einen eigenen Weg zu finden, der Weg, der einem selbst entspricht und der liegt in vielen Fällen oft auch darin, weniger oder anderen oder Sachen für Sex zu finden, die andere vielleicht gar nicht als Sex bezeichnen.

K.D.: Das habe ich auch von Lothar Sandfort so gehört, dass es auch in die Richtung geht: Weg von einer rein genitalorientierten Sexualität hin zum Erleben einer Vielfältigkeit von Sexualität.

Vernaldi: Das ist auch das, was die Gesellschaft an dieser Diskussion auch in der Breite nutzen kann. Da geht es nicht nur um Behinderung. Dass Leute ihre Körperlichkeit und ihre Sexualität annehmen und umsetzen können und nicht irgendwelche Maßgaben von superattraktiven Körpern. Der Irrtum heute ist ja, dass guter Sex nur mit guten perfekten Körpern geht oder das überhaupt die den guten Sex haben und unsereins normaler Bierbauch nicht. Das ist ein Grundirrtum, der fast die gesamte Bevölkerung in tiefe Unzufriedenheit stürzt mit sich selbst. Leute, die

mit sich selbst tief unzufrieden sind, die machen auch eine bestimmte Art an Klima. Wenn man das anhand der besonders marginalisierten Gruppe Behinderter in der Breite mal diskutieren und fühlen könnte, wäre das ein riesiger Fortschritt, der ganz jenseits von der Sache liegt, dass Behinderungen und Sexualität ein spezielles Problem ist. Das ist im Grunde genommen kein spezielles Problem. Es zeigt sich nur besonders krass wieder mal an Behinderungen, dass das Problem insgesamt da ist.

K.D.: Das denke ich auch. Gerade in unserer Kultur sind diese Werte ja sehr stark verwurzelt: Gesundheit, Sportlichkeit, Schönheit, auch Leistungsfähigkeit und Intelligenz. Diese Werte wird man nicht so schnell ändern können. Heißt das nicht aber auch für die Sexualberatung, dass behinderte Menschen ihre Chancen und ihre Wirkung nach außen realistisch einschätzen lernen müssten und sich damit auch auseinandersetzen sollten.

Vernaldi: Ich denke, dass die Frage nicht der Realismus ist. Das ist mir jedenfalls in der Beratung nicht so gegangen. Es geht eher darum, dass sie das, was sie sich wünschen, mal ernst nehmen. Das heißt nicht, dass sie das kriegen, was sie sich wünschen. Dass sie überlegen, was davon entspricht mir? Wie könnte ich es umsetzen? Und wenn ich es umsetze, was geschieht dann mit mir? So etwas eher. Die meisten, die kommen, sagen: "Ja ich weiß, ich bin Scheiße." Also sozusagen: "Mein Körper ist nichts wert, aber ich würde ja so gerne u.s.w." Es ist ein Schritt, der dann erst als nächster kommt, wenn überhaupt, ranzugehen und zu sagen, ich bin schön. Aber erst mal muss man überhaupt diese Barriere durchbrechen, die völlig lähmt und völlig festsetzt, dass du nichts wert bist.

K.D.: Sicher werden in der Beratung auch Vorstellungen von Partnerinnen und Partnern mit angesprochen. Ich nehme wahr, dass manche behinderte Menschen sagen: "Aber bloß kein Behinderter!" Das hat meiner Meinung nach auch viel mit der Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung zu tun.

Vernaldi: Das hat natürlich auch technische Probleme, wie wir vorhin besprochen haben. Ich kann es ein bisschen verstehen, weil eben die Außenwahrnehmung so ist, dass Behinderte nicht nur eine eigene Ethnie sind, sondern sogar eine eigene Art und sich deshalb nur untereinander paaren dürfen. Es gibt zehn Prozent behinderte Menschen in der Bevölkerung und deswegen müsste es eigentlich auch zehn Prozent behinderte Paare unter Behinderten geben und der Rest nicht. So ist es aber nicht. Das ist ganz eher im Gegenteil. Die meisten, die von behinderten Menschen in Partnerschaften leben, leben mit anderen Behinderten in Partnerschaften. Das ist schon wieder ein Ausdruck von Ghetto. Wenn Leute sagen, ich will keinen Behinderten als Partner oder Partnerin, hat das auch damit zu tun, dass man diese Ghettosituation nicht haben möchte. Das hat natürlich auch damit zu tun, dass man so einer Auseinandersetzung ausweichen will oder selber sich so ablehnt, dass man Behinderungen eben als unattraktiv empfindet.

K.D.: Danke für das Interview.

II Interview mit der Sexualbegleiterin Ulrike Maaßdorf²²⁴

K.D.: Kannst du dich erinnern, wann du dich das erste Mal mit dem Thema "Sexualität und Behinderung" befasst hast?

Maaßdorf: Richtig bewusst, will ich mal sagen, erst vor drei Jahren vielleicht. Ich bin seit 1995 in der *Lebenshilfe* in Rüdersdorf, dort haben wir im Freizeitbereich mit Kindern angefangen. Die Kinder wurden erwachsen und dann merkte man plötzlich, sie fangen an, ihren Körper zu entdecken und wie geht das mit den Partnerschaften. Da kam dann auch dieses Thema, dass Eltern mich angesprochen haben, ich kenne das Kind, den Jungen, sehr gut, ob ich Das machen würde, ihm zeigen würde, wie Frau und Mann "funktionieren".

K.D.: Was sprach dafür, dass du dich in dem Bereich weiter engagiert hast? Gab es da ein besonderes Motiv, dass du dachtest, das könnte so deine Richtung werden?

Maaßdorf: Das war eigentlich ein Erlebnis nach einer Theatervorstellung. Wir haben integratives Theater. Wir hatten danach die Möglichkeit, in einem Schwimmbad noch den Ausklang zu haben. Dort hat mich einer unserer Spieler am Beckenrand, praktisch im Badeanzug, sehr fest umarmt. Der Junge war schon öfter übergriffig, das fiel immer mal auf. Der hatte mich dann im Arm und hielt mich fest und alles hielt den Atem an. Und die dachten - um Gottes Willen, was passiert denn jetzt. Hab ich auch gedacht, erst mal. Das war dann so, der fasste mich einfach nur an und fühlte einfach nur Körper. Da dachte ich, warum eigentlich nicht.

K.D.: Da hast du das starke Bedürfnis behinderter Menschen nach Nähe gespürt?

Maaßdorf: Einfach nur, dieses "mal anfassen dürfen", der kriegt immer eins auf die Finger gehauen, der durfte nun eben mal anfassen. Dann habe ich ihn nett verabschiedet und ihm gesagt, so nun ist gut. Dann ging das

²²⁴ Das Interview mit Ulrike Maaßdorf wurde am 15.03.2005 in Berlin geführt.

auch und da ist überhaupt nichts passiert. Ich denke einfach, dieses Bedürfnis nach Zuwendung ist riesig.

K.D.: Dann in diesem Prozess, als du so überlegt hast, das könnte was für dich werden, hattest du da Unterstützung, dich aus- oder weiterbilden zu können in diesem Bereich?

Maaßdorf: Ich hatte die Anschrift von der Nina de Vries bekommen. Das war von einem Elternpaar, wo ich den Jungen schon betreut habe. Die Mutter hatte mir dann die Nina de Vries empfohlen, dann bin ich zur Nina. Ich hatte dann zwei sehr schöne Gespräche, wo sie dann sagte, sie denkt schon, dass ich das könnte. Wenn ich Hilfe bräuchte, dann hat sie mir auch angeboten, eine Supervision zu machen. Zu der Zeit hatte sie allerdings nur Lehrgänge in der Schweiz, es ist schwer ranzukommen.

K.D.: Gab es Momente, als du dann langsam angefangen hast, in dem Bereich zu arbeiten, wo du Bedenken hattest?

Maaßdorf: Das gibt es auch heute noch, solche Bedenken. Was ganz zu Anfang das erste Mal sehr schlimm war, dass ich einen spastisch Gelähmten hatte und das Weggehen dort und zu wissen, der bleibt jetzt wieder alleine. Es ist nicht nur Sexualität, was dort erlebt wird, sondern es geht um diese Zuwendung und dieses wirklich Dortbleiben. Es ist auch nicht mit einer Stunde am Körper getan. Man trinkt einen Kaffee zusammen, man erzählt. Manche zeigen mir auch noch ihre Urlaubsbilder und so etwas. Da bin ich dann wirklich raus und habe im Auto geheult wie ein Schloshund. Ich dachte, das schaffst du nie. Den da einfach sitzen zu lassen, einfach wieder zu gehen. Er weiß es, letztendlich hat er mich für diese Stunde nur bezahlt und trotzdem dieses, er ist jetzt wieder alleine.

K.D.: Das ist ein sehr gefühlsbeladener Bereich...

Maaßdorf: Ich denke auch. Natürlich ist es ein Punkt, wo ich sage, es ist eine Dienstleistung und dessen bin ich mir auch bewusst. Trotzdem geht es nicht ohne eine Zuwendung ab.

- K.D.: Wie gestaltest du so den Erstkontakt, wenn du zu dem Kunden gehst, der dich anruft?
- Maaßdorf: Erst meistens übers Telefon und dann mache ich einen Termin aus und sage, wie kommen einfach mal zusammen und schauen, ob es passt. Bis jetzt hatte ich noch nie den Eindruck, dass es nicht funktioniert.
- K.D.: Die erste Sitzung beginnt dann mit einem Gespräch?
- Maaßdorf: Ja, klar, dass man erst mal versucht, sich richtig kennen zu lernen und zu gucken, was hat der andere für Bedürfnisse, wie lebt er denn, was hat er für eine Behinderung. Dass ich eben gucke, wo kann das stattfinden, wie wird das ablaufen. Ich kann nicht unbedingt einen Rollstuhlfahrer auf die Matte nehmen. Das ist schwierig, weil ich ihn dann nicht mehr alleine hochbekomme. Also muss man gucken, geht es im Pflegebett, solche Geschichten dann halt.
- K.D.: Wer nimmt den Kontakt zu dir auf? Sind das die Kunden selber oder sind das die Bezugspersonen?
- Maaßdorf: Bei Körperbehinderten sind das die Klienten selber. Ich habe Anrufe bei geistig Behinderten, dass mich die Eltern oder die Betreuer kontaktieren und dann eben anfragen, ob ein Treffen möglich wäre.
- K.D.: Wer nutzt das Angebot? Welche Behinderungsarten haben die Klienten?
- Maaßdorf: So viel Erfahrung habe ich noch nicht. Ich mache das noch nicht so lange und nicht sehr intensiv. Ich habe bis jetzt zwei Rollstuhlfahrer gehabt, einen Querschnittsgelähmten, einen Spastiker, dann einen mit Muskelschwund, also schwer gehbehindert und zwei geistig Behinderte. Kontakte gibt es jetzt praktisch noch zu psychisch Kranken über die Betreuer, da bahnt sich jetzt was an.
- K.D.: Könntest du kurz umreißen, was das Angebot der Sexualbegleitung bei dir umfasst?
- Maaßdorf: Das ist einfach auch verschieden, das hängt davon ab, was der Partner möchte. Ich habe da schon meine Grenzen und ich sehe auch

zu, dass ich diese wahre. Aber ich bin bereit, eine ganze Menge zu geben. Das ist schon eine sehr sinnliche, sehr berührende Geschichte. Haut ist nun mal unser größtes Sinnesorgan, das ist einfach so. Das ist viel streicheln, festhalten, einfach in den Arm nehmen und wenn nötig und möglich bis zur Befriedigung des anderen. Es ist schon so, dass ich mehr oder weniger der gebende Teil bin, auch von der geistigen und der Bewegungseinschränkung her. Ich muss schon immer sehr gucken, was kann ich machen, was auch dem anderen entspricht, was auch nicht meins ist. Wo ich weiß, hier geht es nicht um mich, sondern um den anderen. Ich gebe ihm, was er für nötig hält, bis zu einer bestimmten Grenze. Das ist bis jetzt auch immer gut gelaufen. Es ist für beide Teile immer angenehm gewesen. Wichtig ist vor allem, was ich bemerkt habe, bei vielen einfach dieses Zusammensein, einen warmen Körper neben sich zu haben. Das macht natürlich auch Lust, aber es ist oft das eigentliche, diese Zuwendung ist ganz wichtig.

K.D.: Für manche ist es wahrscheinlich das erste Mal, dass sie überhaupt einen Frauenkörper berühren können.

Maaßdorf: Ja, das war bei dem geistig behinderten Jungen so, dass er wirklich mal anfassen durfte, was er sonst schon mal im Film oder auf Fotos gesehen hat. Sie sind schon interessiert. Bei anderen ist es so, dass sie sagen, es ist eine Pflege und eine Pflegeberührung ist eine andere. Außer der Pflegeberührung gibt es keine Berührung. Sie sitzen halt wie ein Stück Möbel da und müssen aufpassen, dass sie nicht abgestaubt werden, so in dem Sinne. Es ist einfach unheimlich schön, wenn sie in den Arm genommen werden. Der hat keine Scheu vor diesem Körper, keine Scheu vor dieser Behinderung, der nimmt mich einfach nur in den Arm. Einfach hinzugucken und zu sagen, der sieht halt so aus, warum auch nicht. Deswegen ist das ein liebes Menschlein.

K.D.: Du hast wahrscheinlich auch Klienten, die du mehrmals aufgesucht hast, wo dann auch ein Prozess stattgefunden hat des Sich-

Kennenlernens und Sich-Annäherns. Nimmst du da bei den Klienten eine Entwicklung wahr, wie sie sich selber wahrnehmen?

Maaßdorf: Das kann ich nicht hundertprozentig sagen, weil parallel zu denen, die ich habe, auch noch eine andere Therapie läuft. Ich merke natürlich, dass es Momente gibt, wo es wirklich gut ist und Momente, wo es sehr anstrengend ist, wo eine hohe Aggressivität drin ist oder eine komplette Abwendung, wo ich dann gucken muss, bringt das überhaupt was. Das kann aber mit der Therapie insgesamt zusammenhängen.

K.D.: Es kann ja sein, wenn sich die Klienten mal geöffnet haben in dem Bereich, dass ihnen manches bewusster wird. Auch der Verlust und das, was ihnen vorher gefehlt hat - dass das auch zu Aggressionen führen kann.

Maaßdorf: Manchmal ist es auch so, dass sie eine andere Sexualität ausleben. Wenn ich sage geistig behinderte Paare, dass das anders läuft. Ich hatte das leider noch nie, ich würde es auch gerne mal machen. Das ist so eine Sache, auch eine Paarbetreuerung. Aber ich denke schon, da beide in einer gewissen Art und Weise behindert sind, dass sie eine andere Sexualität leben. Der eine junge Mann, den ich habe, der hat schon sehr deutliche Vorstellungen von seiner Form der Sexualität. Ich denke, dass muss nicht unbedingt in der Partnerschaft erlebt werden. Hier ist er einfach freizügiger mit seinen Wünschen, die würde er vielleicht der Freundin gegenüber nicht so äußern. Da ist dann so der Punkt, wo ich sage, das ist auch in Ordnung. Vielleicht würde er im normalen Leben eine normale Prostituierte aufsuchen, das ist durchaus möglich. Das ist ja kein Einzelfall. Es ist ja im Leben so, dass manche Männer Phantasien nicht mit ihren Frauen ausleben, sondern im anderen Klientel. Es kann durchaus sein, dass es in dem Bereich auch funktioniert.

K.D.: Hast du mal bemerkt, dass sich hinter diesem Wunsch nach Sexualbegleitung eher der Wunsch nach Partnerschaft verbirgt?

Maaßdorf: Ich glaube, der ist immer da. Es ist natürlich ein Ersatz, sie wissen es, es ist eine Dienstleistung. Aber dieser Wunsch nach einer Beziehung ist überall.

K.D.: Wie gehst du damit um, wenn du das spürst?

Maaßdorf: Das muss ich im Vorfeld klären und immer wieder bewusst machen, dass ich wirklich nur für diesen Moment komme. Ich halte im wesentlichen keinen Kontakt. Es sei denn, der Klient kontaktiert mich. Von mir aus biete ich praktisch keine weiteren Kontakte an. Ich mache diese Begleitung, ich bin gerne da, ich bin auch länger da als die Stunde, auf jeden Fall. Es gibt auch private Gespräche, das ist kein Thema, aber ich biete keine weiteren Kontakte an.

K.D.: Sexualität hat auch sehr viel mit Offenheit zu tun, wie das Elternhaus damit umgegangen ist, wie man in der Sozialisation seinen Körper erfahren konnte. Hast du da bei den Kunden Unterschiede wahrgenommen, ob jemand in der DDR oder in Westdeutschland aufgewachsen ist. Kannst du dazu was sagen?

Maaßdorf: Kann ich nichts zu sagen, weil ich eigentlich, bis auf einen, nur Kunden aus der ehemaligen DDR hatte.

K.D.: Was für eine Bedeutung hat die Sexualbegleitung für die Klienten? Was können die Klienten aus dieser Sexualbegleitung für sich da entnehmen?

Maaßdorf: Es geht natürlich vordergründig um Sexualität, wobei ich natürlich auch diese Sehnsucht nach Zuwendung bemerke. Im weiten Feld ist es sicherlich eine Form von Prostitution. Trotzdem denke ich, wir leisten als Sexualbegleitung mehr, weil dieses Eingehen auf diesen speziellen Menschen ist einfach intensiver, nicht dieses Abwenden danach und den Akt hinter sich bringen. Es ist nicht immer ein Akt, das ist überhaupt oftmals nicht notwendig. Es ist einfach eine Art, für diesen Moment für ihn dazusein.

K.D.: Könnte dieses Angebot der Sexualbegleitung dazu beitragen, dass man stabiler wird im Kontakt zu Partnern?

Maaßdorf: Auf jeden Fall. Ich kann es von einem konkret von meinen Leuten sagen, da habe ich jetzt keinen Kontakt mehr. Ich denke, dass er den Mut hatte, da wieder rauszugehen und auch seinen Mann zu stehen. Es ist immer noch ein Leistungsdruck. Das ist ja das Schlimme dabei, dass immer die Potenz und der sexuelle Akt als Leistungsakt gesehen wird und dass ein körperbehinderter Mann das einfach nicht für sich so kann. Selbst wenn er zu einer Prostituierten geht, muss er es bringen. Das ist so ein Punkt, wo ich sage, man muss nicht, man kann, dann geht das nämlich. Dann hat man auch wieder den Mut zu sagen, warum nicht mal woanders.

K.D.: Sich dann auch als Mann besser annehmen zu können...

Maaßdorf: Einfach nur zu merken, das es schön ist.

K.D.: Und Frauen müssen nicht gleich vor mir weglaufen, wenn ich mal nackt dastehe.

Maaßdorf: Genau.

K.D.: Hast du den Eindruck, dass sich die Sexualbegleitung auch auf andere Bereiche des Lebens der Klienten auswirken könnte? Hast du da mal Rückmeldungen bekommen?

Maaßdorf: Ich kann es nur annehmen. Im Zusammenhang mit der Therapie mag das sein. Dass in einem bestimmten Therapiebereich Erleichterungen stattfinden, wenn eine Entspannung stattgefunden hat. Dass andere Therapien anders angenommen werden, dass man wieder ruhiger und zugänglicher ist für anderes, diese Übergriffigkeit weggeht, zum Beispiel gegenüber der Mutter oder solche Sachen. Bei anderen ist es einfach ein Stück weit, weil es zum Leben gehört, eben auch dort einen Erfolg und eine Befriedigung zu erreichen. Das steigert immer das Lebensgefühl, wenn man diese Sexualität einfach mal erfahren darf. Dass man gucken kann, so fühlt sich das an, es ist einfach schön. Das gibt einfach ein Stück Lebensmut.

K.D.: Meinst du, dass für die Tätigkeit als Sexualbegleiterin eine besondere Aus- oder Fortbildung notwendig ist oder könnte das jeder Mensch, wenn er sich entscheidet, in dem Bereich zu arbeiten?

Maaßdorf: Viel Menschliches gehört schon dazu, um sich überhaupt dafür zu entscheiden. Ich denke, eine Ausbildung ist schon in Ordnung. Gerade im Umgang mit bestimmten Behinderungen, dass man weiß, was kann im Falle der Erregung passieren. Ich denke schon, dass man da eine Ausbildung haben sollte, über Sexualität Behinderter wirklich auch mal nachzulesen, auch Vorträge. Es gibt zum Beispiel Weiterbildungen von der *Lebenshilfe* über Sexualität und Behinderung und sicher auch sehr gute Angebote. Das ist natürlich auch immer eine Kostenfrage, aber es ist schon wichtig, dass es eine Professionalität bekommt. Wobei ich denke, dass so eine große Menschlichkeit schon eine große Rolle spielt, Lebenserfahrung, denke ich schon. Eine Reflexion der eigenen Sexualität ist ganz wichtig, dass man für sich selber weiß, wo sind meine Grenzen. Nicht, dass ich meine Sexualität auslebe, sondern wirklich auch weiß, ich mache es nicht für mich. Natürlich hat es auch immer was mit mir zu tun, aber es hat trotzdem was damit zu tun, dass ich bei dem anderen bin und dabei schaue, wie geht es mir damit.

K.D.: Dass Angebot von Supervision, wäre das in dem Bereich hilfreich?

Maaßdorf: Ja, auf jeden Fall.

K.D.: Bezüglich der Sexualbegleitung ist es für behinderte Menschen ja nicht immer leicht, die Kosten zu tragen. Da gibt es ja Ideen, dass gerade für schwerstmehrfachbehinderte Menschen, die keine Partnerin haben und nicht in der Lage sind, sich selber zu befriedigen, dass da überlegt wird, ob die Kosten vom Sozialamt oder von der Krankenkasse übernommen werden könnten. Was denkst du darüber? Würdest du das befürworten?

Maaßdorf: Ja, wir haben im Arbeitskreis beim Senat eine Gruppe gebildet, wo es darum ging, eine Empfehlung an die Sozialämter zu machen für vorerst bestimmte Krankheitsbilder oder Behinderungsgruppen, eine Übernahme der Kosten zu erwirken, eben gerade für Menschen, die sich nicht selbst berühren können, Menschen mit spastischen Lähmungen oder fehlenden Gliedmaßen. Es ist einfach wichtig, denn wie sollen sie es sonst machen. Die Preise sind schon entsprechend.

Das ist schon abschreckend, wenn jemand das hört, aber es ist eine Dienstleistung, die letztendlich auch zu zahlen ist. Sie haben einfach ein Recht darauf, auch für sich sorgen zu dürfen und wenn ihnen die Mittel fehlen, muss man sie einfach dafür geben.

K.D.: Gibt es da noch etwas Wichtiges, was du aus deiner Arbeit und von deinen Erfahrungen erzählen möchtest?

Maaßdorf: Erfahrungen mache ich ja erst Stück für Stück. So viel ist da noch nicht. Ich bin ja ziemlich am Anfang. Ich denke, es ist ein wahnsinnig großer Bedarf da, der oftmals an den finanziellen Mitteln scheitert. Es ist sicherlich nicht leicht. Wie lange ich das machen werde und ob ich überhaupt in diese Richtung komme, kann ich für mich auch noch nicht so sagen. Es ist eine sehr aufregende, spannende und sehr nahe Geschichte. Es ist ein großer Bedarf da und es sollten sich sicherlich noch mehr finden, die das für sich auch machen. Da sind wir vielleicht noch ein paar Wenige, die den Mut haben, um dazustehen und zu sagen, ich mache das, gerade für Menschen mit Behinderung. Das hat nichts mit Perversion zu tun, weil es ja oft auch in eine Richtung gestellt wird, wo man sagt, was hat die denn für Probleme, dass die so was machen muss. Das Problem ist eigentlich eher das der Gesellschaft.

K.D.: Das ist ja nach wie vor in unserer Gesellschaft so, dass Prostitution nicht nur positiv bewertet wird. Da sind dann solche Gedanken, dass das mit Zuhälterei und auch Gewalt zu tun hat. Wirken sich solche negativen Bewertungen auch auf deine Tätigkeit aus?

Maaßdorf: Ich habe eine gewisse Scheu vor der Öffentlichkeit. Solch ein Verriss in der Zeitung, das stehe ich nicht unbedingt durch. Das ist ein Punkt, wo ich sage, das vermeide ich auch, ich mache das nicht groß öffentlich. Ich mache das in dem Bereich, wo ich eben direkt an die Klienten herantrete oder sich bestimmte Kontakte ergeben über den Arbeitskreis oder über Betreuer. Ich habe da schon eine gewisse Scheu davor, in diese Öffentlichkeit zu gehen, weil es abgewertet wird. Diese Tabuthemen sind nun mal Sexualität und Behinderung. Jeder nimmt das aber in Anspruch. Gucken wir uns die Gesellschaft,

diese Doppelbödigkeit. Sexualität auf jeder Zeitung hat man es, aber nach Möglichkeit totschweigen oder das in die Ecke drängen, wo es eben einen negativen Anstrich bekommt.

K.D.: Sexualität, die man nur den Schönen zubilligt...

Maaßdorf: Wird der Mensch älter, wird ihm die Sexualität abgesprochen. Hat er eben keinen schönen Körper und ist er sogar behindert, dann wird ihm Sexualität erst recht abgesprochen. Geistig Behinderte werden mehr oder weniger immer als Kinder definiert. Dass er körperlich normal entwickelt ist und auch dieses Bedürfnis hat, das wird oft ignoriert. Die Gesellschaft will da auch nicht hingucken. Das ist einfach so.

K.D.: Sprechen die Klienten auch so etwas an, Erfahrungen, die sie in der Kindheit oder Jugend hatten. Zum Beispiel Beleidigungen, denen sie ausgesetzt waren oder dass sie spürten, dass ihnen die Sexualität nicht zugestanden wird?

Maaßdorf: Es ist eigentlich noch nicht so thematisiert worden. In einem Fall schon mal, dass er sich da sehr abgewertet gefühlt hat, weil da noch eine Partnerschaft zu einer normalen Frau lief. Das ist eine Behinderung, die erst erworben worden ist, durch einen Unfall praktisch querschnittsgelähmt und dann ist die Partnerschaft auseinandergegangen. Bei den Spastikern zum Beispiel, da ist eher dieses als Mann nicht wahrgenommen werden, sondern als Behinderter eben nur. Als Mensch von den Betreuern schon, aber dieses als Mann wahrgenommen werden, dass das einfach fehlt.

K.D.: Gibt es etwas, wo du sagst, das wäre für meine Tätigkeit als Sexualbegleiterin sehr wichtig? Das würde mir auch helfen, die Arbeit gut weiterführen zu können?

Maaßdorf: Ich würde schon gerne mal ein Seminar bei dem Lothar Sandfort machen. Das ist natürlich auch eine Kostenfrage. Ich denke schon, dass das sehr aufschlussreich ist im Umgang überhaupt mit Körperbehinderung, geistiger Behinderung. Ich werde auch andere Bildungsangebote in Anspruch nehmen in der Richtung. Wenn zum

Beispiel etwas angeboten wird von der *Lebenshilfe*, das würde ich schon gerne machen. Später selber auch in die Ausbildung zu gehen, das ist ganz wichtig, es gibt vielleicht noch zu wenig davon.

K.D.: Das könntest du dir auch vorstellen, Sexualbegleiterinnen auszubilden?

Maaßdorf: Ja, oder bei Betreuern eben auch dafür mal eine Öffnung zu haben, dass Betreuer auch sehen, dass ihre Klienten auch eine Sexualität haben. Das öffnet sich, man merkt es schon. Es geht schon vorwärts auch in den Heimen oder in den Wohnstätten. Aber oftmals haben auch die Betreuer Berührungssängste, weil sie sich letztendlich keine Übergriffe erlauben dürfen. Ich möchte nicht wissen, dass es da auch Ansprüche gibt von den behinderten Menschen, dass sie an den Betreuer herantreten oder übergriffig werden den Betreuern gegenüber. Dass für die Betreuer auch die Möglichkeit bestehen muss, sich da Hilfe zu holen.

K.D.: Ich denke, es sind auch viele Unsicherheiten bei den Betreuern da, wie weit man da gehen kann und ob man sich möglicherweise strafbar macht.

Maaßdorf: Ja, sicher, aber sie müssen eben die Möglichkeit wissen, dass sie vermitteln können. Das jemand da ist dafür, der ihnen das abnimmt.

K.D.: Ich denke auch, dass es für die Pflegepersonen wichtig ist zu wissen, ich pflege jetzt den behinderten Menschen, es kann auch eine Nähe entstehen. Aber dass alles, was mit dem Erleben von Sexualität zu tun hat, dass das jemand auch professionell machen kann. Ich denke, dass da eine Grenze ganz wichtig ist.

Maaßdorf: Das ist ja der Unterschied zwischen dieser passiven und der aktiven Sexualbegleitung, eben die Möglichkeiten zu schaffen dafür, dass der behinderte Mensch eine Sexualität erleben kann. Das ist sicherlich die Aufgabe der Betreuer. Die aktive Begleitung machen dann die Sexualbegleiterinnen oder gegebenenfalls Prostituierte, die sich darauf einstellen.

K.D.: Vorhin hattest du kurz angedeutet, dass bei dem einen Klienten parallel dazu noch eine Therapie läuft. Was ist das für eine Therapie?

Maaßdorf: Das sind mehrere Therapien. Wir hatten einen jungen Mann mit einem schweren Unfall, der lange Zeit im Wachkoma gewesen ist und wird jetzt praktisch wieder so weit mit bestimmten physiotherapeutischen und logopädischen Therapien begleitet.

K.D.: Arbeitest du da mit den anderen Therapeuten zusammen?

Maaßdorf: Noch nicht. Diese Koordination erfolgt im Augenblick über die Eltern, aber da ist jetzt für den April ein Therapeutentreffen angesetzt, zu dem ich auch mit eingeladen bin, so dass ich in diesen Kreis der Therapeuten mit eingebunden werde. Da bekommt natürlich Sexualbegleitung jetzt wieder so einen therapeutischen Touch, aber ist dem vielleicht auch nicht ganz abzusprechen.

K.D.: Also kann man schon sagen, dass Sexualbegleitung und Prostitution ihre Unterschiede haben?

Maaßdorf: Auf jeden Fall. Dadurch, dass ich Sexualbegleitung als umfangreicher sehe, als nur diesen körperlichen Bezug, sondern einfach dieses wirklich Nähe herstellen, den Menschen als Ganzes. Es gibt eben ein Gespräch davor oder danach. Und danach, dass man eben einfach noch in einer gewissen Weise zusammen ist. Das ersetzt natürlich nie eine Partnerschaft oder eine Freundschaft, aber es gibt schon das Gefühl des Angenommenseins.

K.D.: Danke für dieses Interview.

III Interview mit Lothar Sandfort vom “Institut zur Selbst-Bestimmung Behinderter“ in Trebel²²⁵

K.D.: Kannst du dich erinnern, wann du dich zum ersten Mal intensiver mit dem Thema “Sexualität und Behinderung” auseinandergesetzt hast?

Sandfort: Ja, deutlich, das war nach meinem eigenen Unfall 1971. Da musste ich mich natürlich auch fragen, wie es mit der Sexualität bei mir weitergeht.

K.D.: Gab es einen bestimmten Anlass, sich dann intensiver mit dem Thema auseinanderzusetzen, sich gerade in diesem Bereich so stark zu engagieren?

Sandfort: Ja, sicher, ab dem Zeitpunkt war ich Rollstuhlfahrer und da sind die Chancen für sexuelle Beziehungen wesentlich anders und der Zugang ist geringer.

K.D.: Was war dann gerade die Idee, dieses Institut hier zu gründen?

Sandfort: Die gab es damals noch nicht. Das Thema Sexualität und Behinderung ist für mich natürlich ein persönliches Schwieriges geblieben und führte irgendwann dazu, im Rahmen der Gesamtberatung, die wir hier in Trebel begonnen haben, auch das Thema Sexualität genauer mit einzubeziehen. Das hatte auch was mit dem Bedarf allgemein zu tun. Wir hatten eine Beratungsstelle hier in Trebel, die genutzt wurde für die verschiedensten Fragen behinderter Menschen. Etwa so seit 1995/1996 kamen die ersten Fragen auch zum Thema Sexualität und das hat kontinuierlich zugenommen. Auch in den Einrichtungen gab es in diesem Zeitraum immer mehr Menschen, Pädagoginnen und Pädagogen, die bereit waren, das Thema Sexualität nicht zu verdrängen. Das ist heute immer noch nicht so, dass nun alle bereit sind, aber es gibt doch immer mehr. Es gibt auch immer mehr Kongresse, Veranstaltungen und so etwas. Zu diesen Kongressen und Veranstaltungen, zu Publikationen wurde ich eingeladen. Und dann irgendwann ist das ein Selbstläufer.

²²⁵ Das Interview mit Lothar Sandfort wurde am 12.03.2005 in Trebel geführt.

K.D.: Wann wurde das Institut gegründet?

Sandfort: Das Institut wurde 1994 gegründet. Aber wie gesagt, die Fragen zur Sexualität, die dafür gesorgt haben, dass das Institut heute eigentlich im wesentlichen eine Sexualberatungsstelle ist, das kam erst so in den späteren 90er Jahren, 2000 bis heute.

K.D.: Was wird hier in dem Institut angeboten?

Sandfort: Das geht von der klassischen Einzelberatung über die Beratung von Teams. Klassisch heißt, die Teams sitzen in diesem Raum mit mir zusammen und erzählen von ihren Problemen, von ihrem Arbeitsalltag und ich mache so etwas wie Supervision. Das geht aber im extremsten Fall bis zu unseren Workshops, bei denen auch Sexualbegleiterinnen beteiligt sind, wo dann nicht nur geredet wird, sondern auch Hand angelegt wird.

K.D.: Wer nimmt an den Workshops teil? Wer nutzt dieses Angebot?

Sandfort: Das ist sehr unterschiedlich. Die Workshops werden angeboten einmal in Richtung Körperbehinderung und dann in Richtung Lern-, geistige Behinderung. Das wird genutzt bei den Körperbehinderten von Frauen und Männern, ungefähr im Alter von 20 bis 40, bei den Lern- und geistig Behinderten von Männern in dem gleichen Alter – da kommen keine Frauen.

K.D.: Kann man bei den körperbehinderten Menschen von einem gleichen Anteil an Frauen und Männern reden?

Sandfort: Nein, der Anteil der Männer ist immer größer. Das liegt daran, dass die Sexualbegleitung ja letztendlich Prostitution ist und Frauen und Männer einen anderen Umgang mit Prostitution haben.

K.D.: Hast du eine Idee, woran das liegen könnte? Oder kannst du das näher ausführen, warum es Frauen schwerer fällt, sich offener oder auch intensiver in so einem Rahmen mit der eigenen Sexualität auseinanderzusetzen?

Sandfort: Frauen und Männer leben eine andere Form von Sexualität. Es geht zwar immer um Lust, aber der Zugang, die Beziehung zum Thema Sexualität, ist ganz anders. Das Sicherheitsbedürfnis bei Frauen ist wesentlich größer. Frauen gehen realistischer an Sexualität heran. Das heißt, Männer können auch erotische Illusionen leben, das ist Frauen nur in selteneren Fällen möglich. Zusätzlich hinzu kommt die kulturelle Tradition. In einer Kultur, die von Männern geprägt ist, war die Prostitution lange Zeit eben auch von Männern besetzt. Das ist heute anders. Es kommt mehr und mehr dazu, dass Frauen Prostitution genauso nutzen wie Männer, allerdings der Anteil ist noch wesentlich unterschiedlich.

K.D.: Du hattest die verschiedenen Angebote des Institutes bereits angesprochen, die Workshops und Sexualberatung. Arbeitest du da mit bestimmten Methoden?

Sandfort: Ja, ganz anders. Bei den Lern- und geistig Behinderten übernehme ich die therapeutische Führung. Bei den Körperbehinderten geht das mehr noch in Richtung Selbsthilfegruppe. Dort bemühe ich mich, einer unter vielen zu sein, obwohl das natürlich nicht einfach ist.

K.D.: Und das *Peer Counseling Prinzip* spielt auch eine Rolle?

Sandfort: Das *Peer Counseling Prinzip* spielt bei den Körperbehinderten eine große Rolle, bei den Lern- und geistig Behinderten bin ich nur eingeschränkt Peer.

K.D.: Was ist das Besondere an dieser Methode des *Peer Counseling*?

Sandfort: Das Besondere ist eben, dass wir über ähnliche oder gleiche Erfahrungen verfügen, die Ratsuchenden und die Beratenden, dass sehr schnell ein Vertrauensverhältnis aus dieser Gleichheit entspringt. Das ist bei Lern- und geistig Behinderten nicht so. Da muss ich mich auch bemühen, dass ich das Vertrauen bekomme. Oftmals ist es so, dass die Lern- und geistig Behinderten sich auch selber gar nicht als behindert begreifen, mich aber wohl. Das sind andere Lebenswelten.

K.D.: Die Methode kam ja aus der Bewegung *Selbstbestimmt Leben* der 90er Jahre. Das hat dich stark beeinflusst?

Sandfort: Ja, ganz bestimmt. Außerdem arbeite ich nach systemischem Konzept, psychoanalytisch geprägt, mit psychoanalytischen Wurzeln. Das ist eine Kombination. Das *Peer Counseling*, die systemische Herangehensweise, die psychoanalytischen Wurzeln – das alles kommt zusammen und macht letztendlich das Konzept "Lothar Sandfort" aus.

K.D.: Kannst du noch mal kurz was zu deiner systemischen Herangehensweise sagen. Was beinhaltet das Systemische und was ist so gut daran, systemisch gerade in diesem Bereich zu arbeiten?

Sandfort: An einem Beispiel vielleicht: Frühere individualpsychologische Ansätze sind davon ausgegangen, dass es einen Patienten gibt oder einen Klienten und mit dem wird gearbeitet. Der systemische Ansatz sieht um den Menschen herum ganz viele Systeme, Eingebunden-Sein. Der lern- oder geistig behindert Interessierte, der zu uns kommt, den können wir nicht alleine sehen, sondern da gilt es immer auch die Familie mitzudenken, die gesetzlichen Betreuungen mitzudenken, vor allen Dingen die Einrichtung mitzudenken. Im Extremfall kann man sagen, der Leiter der Einrichtung eines Menschen, der hier bei uns ist vor Ort, muss mitbehandelt werden. Das geht darüber, dass wir bestimmte Kontakte haben zu Mitarbeitenden in den Einrichtungen oder dass wir bestimmte Publikationen rausgeben, die dann dort gelesen werden, dass wir ein Image haben, das aufgenommen wird von den Leitungen, dass wir im Extremfall mit denen Kontakt haben. All das. Wir müssen die Eltern berücksichtigen, die eventuell Vorbehalte haben können. Manchmal müssen wir die beruhigen, die gesetzlichen Betreuer. Das alles gehört dazu, das ist der systemische Ansatz.

K.D.: Es wurde ja schon angedeutet, dass die Sozialisation das Verhältnis zum eigenen Körper, auch die Auseinandersetzung mit der Sexualität sehr maßgeblich beeinflussen kann. Beobachtest du, dass es da Unterschiede gibt, ob man in der ehemaligen DDR oder in Westdeutschland aufgewachsen ist?

Sandfort: Ja, es gibt Unterschiede. Ganz viele, die zu uns kommen, waren früher in Einrichtungen oder in Schulen. Die haben natürlich eine unterschiedliche Erfahrung gemacht in den verschiedenen Systemen. Das wirkt

sich aber nicht unbedingt negativ aus. Mein ganz vorsichtiger Eindruck ist, dass in den Einrichtungen der DDR der Umgang mit Sexualität freier war, weniger moralisch beladen. Dass aber die Pädagogik, eine individuelle Erziehung anzustreben, im Westen größer war. Das Kollektiv war bedeutender im Osten und so auch die Erziehung, aber der moralische Ballast war im Westen größer.

K.D.: Wie hat sich das auf die Menschen ausgewirkt, dass der moralische Ballast in Westdeutschland größer war?

Sandfort: Die Menschen haben einfach öfter ein schlechtes Gewissen, wenn sie Grenzen überschreiten. Das kann ich nur so ganz allgemein sagen. Im Grunde sehe ich keine großen Unterschiede.

K.D.: Mir ist aufgefallen, dass in Publikationen zu dem Thema weitestgehend über die Einforderung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung in Westdeutschland gesprochen wird, da werden diese positiven Impulse durch die *Normalisierungsbewegung* und *Selbstbestimmt Leben* beschrieben. Leider wird aber in der Literatur das Leben Behinderter in der DDR zu dieser Zeit ausgespart, also kaum thematisiert. Meinst du, gab es in der ehemaligen DDR ähnliche Tendenzen, die Sexualität behinderter Menschen zu thematisieren oder begann das erst zeitversetzt mit der Wende?

Sandfort: Ich habe den Eindruck, die Betreuerin und der Betreuer in der DDR waren wesentlich wichtiger. Es gab ein System, aber in diesem System konnte man vieles regeln auf der persönlichen Ebene. Im Westen ist es ja so, dass die Pädagogik offener sein mag, aber der Mensch ist es nicht und der Mensch entscheidet nachher. Deswegen gibt es im Moment auch ganz viele Kongresse, Fortbildungen, offene Diskussionen. Aber in der Einrichtung selber passiert kaum etwas. Wenn das Thema an den Menschen heranrückt, aus der Hochschule heraus, aus der Universität zu den Menschen kommt, da sind die gleichen Ängste, die gleichen Vorsichten.

K.D.: Bezogen auf die Gruppe der körperbehinderten Menschen, die hier an den Workshops teilnehmen, was für Widerstände oder Schwierigkeiten nimmst du da am stärksten wahr?

Sandfort: Wenn die Menschen zu uns gekommen sind, gibt es nur noch wenig Widerstände. Da gibt es Vorsichten, Schutzreaktionen, die aber auch sehr schnell aufgegeben werden, wenn die Menschen, die bei uns sind, merken, dass die Gruppe insgesamt den Schutz organisiert. Widerstände gibt es nur im Vorfeld. Sehr häufig meldet sich jemand an, dann am Tag selber sagt er aus irgendwelchem Grunde ab, wegen Krankheit oder sonst irgend etwas. Da das so signifikant ist, hat der einzelne Grund mehr vorgeschobenen Charakter. Es muss etwas mit Ängsten zu tun haben, mit Widerständen. Viele Körperbehinderte möchten schon gerne kommen zu unseren Workshops, aber sie haben dann das Gefühl, sie dürften nicht kundtun, dass sie es nötig hätten und dann kommen sie nicht. Aber die Menschen, die dann bei uns sind, die arbeiten mit sich und an sich, die haben es nicht nötig. Sie haben es nötig, weil sie glauben, dass sie im Bereich Sexualität und Partnerschaft noch etwas an sich tun können. Die anderen glauben das auch, aber es ist immer schwierig.

K.D.: Gibt es bei den einzelnen Arten der Behinderung Unterschiede hinsichtlich der eigenen Auseinandersetzung mit der Sexualität, also je nachdem, ob man eine Körperbehinderung hat oder eine Lern- oder geistige Behinderung?

Sandfort: Ja, ganz deutlich.

K.D.: Was sind da die besonderen Schwierigkeiten gerade von körperbehinderten Menschen?

Sandfort: Es geht wieder um die Sicherheit. Körperbehinderte können mit ihren intellektuellen, kognitiven Möglichkeiten sich ein großes Teil Selbstsicherheit verschaffen. Lern- und geistig Behinderte brauchen häufig jemanden, dem sie ihr Sicherheitsbedürfnis delegieren können und das machen sie bei mir. Das würden Körperbehinderte nicht tun, die wollen das bei sich behalten, das sind sie so gewohnt. Die Lern- und geistig Behinderten, die zu uns kommen, kommen meistens aus Einrichtungen. Die würden, wenn sie könnten, auch selbständig und alleine leben wollen, aber da ihnen die Einrichtungen mehr Sicherheit bieten, das Personal dort, leben sie in den Einrichtungen und fühlen sich dort wohl.

- K.D.: Kommen in den Beratungssituationen und Workshops auch die sozialen Werte in unserer Kultur zur Sprache: Attraktivität, Gesundheit... Wird das angesprochen, auch als Belastung gerade für körperbehinderte Menschen?
- Sandfort: Natürlich. Das ist ein Problem, das meistens in der Pubertät beginnt zu wirken, gerade bei Frauen.
- K.D.: Wie gehst du damit um in den Workshopsituationen, um die Teilnehmer stabilisieren zu können?
- Sandfort: Bei den körperbehinderten Workshops halte ich mich sehr im Hintergrund. Nur wenn jemand mal in die Krise kommt, dann passiert es immer wieder, dass ich auch zur Krisenbewältigung bereit stehe. Aber ansonsten versuche ich Teilnehmer zu sein. Bei den Lern- und Geistig Behinderten biete ich mich von Anfang an als jemand an, der diese Sicherheit vermittelt. Also ganz konkret: Bei der erotischen Tafel ist es so, dass ich das Gespräch auch leite. Ich frage die Betroffenen, Lern- und geistig Behinderten. Ich unterstütze sie, wenn sie stocken. Wenn sie sich mal verlieren, greife ich ein. Ich vermittele ihnen, jedenfalls versuche ich das, Mut sich zu äußern. Wenn jemand nicht sprechen kann und mag, dann helfe ich ihm eher, sich nicht äußern zu müssen. Das passiert bei den Körperbehinderten nicht, die reden auch von sich aus, von alleine.
- K.D.: Du hast schon die erotische Tafel angesprochen. Könntest du noch ausführen, was für andere Bestandteile oder Bausteine die Workshops haben?
- Sandfort: Ja, also wir beginnen immer zur Einleitung mit einem Abend, zu dem unser Koch verschiedene Mahle vorbereitet hat, die als erotisierend gelten. Wir wissen selber, dass es solche Speisen nicht gibt und dass sie nur wirken, wenn man bereit ist zu glauben, dass sie wirken. Und wir bemühen uns das zu glauben und schaffen es auch. Es geht mehr um die Gesamtatmosphäre. Das Essen, die kleinen Veränderungen: dass wir sinnlicher essen, wenn wir kein Besteck haben, das machen wir. Zwischen den einzelnen Gängen gibt es immer erotische Geschichten, die vorgelesen werden. In den Workshops für Körperbehinderte lesen

wir zwischen den einzelnen Mahlen kontinuierlich durch. Bei den Lernbehinderten machen wir das nicht. Da haben wir die Erfahrung gemacht, dass die Geschichten häufig nicht aufgenommen werden, da bleiben wir persönlicher. Wir bleiben persönlicher an der Lebensgeschichte, wir machen ausführlichere Vorstellungsrunden. Wir reden eher über die Teilnehmenden und ihre Einrichtungen.

K.D.: Neben der erotischen Tafel, wie würde das dann weitergehen für die Workshopteilnehmer?

Sandfort: Am Samstagmorgen gehen wir in die Selbsterfahrungsgruppen, da sind wir dann als Behinderte alleine. Am Samstagnachmittag gibt es Körperübungen, tantrische Übungen mit unseren Sexualbegleiterinnen als Gruppe, da ist die Gruppe zusammen und am Sonntagmorgen sitzen wir wieder als Selbsterfahrungsgruppe zusammen. Zwischendurch, in den Pausen können die Teilnehmenden mit den Sexualbegleiterinnen oder unserem Sexualbegleiter sogenannte Dates verabreden. Das sind dann die Stunden, in denen der eigentliche sexualbegleitende Teil beginnt, wo wir dann miteinander schlafen.

K.D.: Welche Bedeutung haben die Workshops, gerade für die körperbehinderten Teilnehmer? Was können die körperbehinderten Teilnehmer daraus entnehmen?

Sandfort: Körperbehinderte müssen immer bereit sein, wenn sie hierher kommen, auch an ihrer Persönlichkeit zu arbeiten, sonst kommen sie nicht. Wer nur eine Prostituierte treffen möchte, der kann das auch vor Ort. Anmeldungen, die so in die Richtung gehen, dass die Beteiligten zu den Workshops kommen wollen, dann aber doch nur die Sexualbegleiterinnen treffen wollen und an der Gruppe nicht teilnehmen wollen, die finden hier nicht die richtige Adresse. Diese Beteiligten laden wir auch nicht ein.

K.D.: Und die anderen, die bereit sind, sich stärker darauf einzulassen und auch an sich zu arbeiten? Was für Rückmeldungen geben die, was ihnen der Workshop gebracht hat?

Sandfort: Also sie geben die Rückmeldung, dass sie sehr schnell ihre Ängste verloren haben, dass sie sich wohl fühlen. Für uns ist allerdings wichtiger, wie sich die Betroffenen im Alltag verändern, was wir dort an Rückmeldung bekommen.

K.D.: Was könnte das sein?

Sandfort: Dass sie zum Beispiel berichten, dass sie offener geworden sind oder dass sie eine Partnerin oder einen Partner gefunden haben. Das passiert ja auch sehr häufig und dann kommen sie in der Regel auch nicht wieder.

K.D.: Können die Workshops dazu beitragen, dass körperbehinderte Menschen ihren Körper besser annehmen können und dann auch sicherer werden in Kontaktsituationen?

Sandfort: Auf jeden Fall, das ist die Absicht. Sie werden dann offener, sie werden selbstsicherer. Sie können ihren Körper besser präsentieren. Sie beziehen ihn in ihre Flirts mit ein.

K.D.: Was ist es, was dahin führt, dass man sicherer wird mit seinem Körper? Es hat ja dann ein Prozess bei den Workshops stattgefunden?

Sandfort: Erfahrungen. Zu jedem Workshop, der etwas mit Sexualität zu tun hat, gehört die Frage, was gefällt dir an deinem Körper und was nicht. Das ist der Standardeinfall. Hier geht es weiter, hier werden dann die Teile auch gezeigt bei der tantrischen Übung. Die Menschen beginnen irgendwann sich auszuziehen und dann auch mal zu zeigen, was ihnen gefällt oder nicht gefällt. Sie haben dann keinen Kontakt miteinander. Es sind keine Orgien, die da stattfinden. Aber überhaupt den Körper mal zu zeigen, das auszuhalten, dass jemand anders ihn intensiv beguckt. Das ist ein anderes Erlebnis, als man in der Sauna hat, da kann man auch nackt sein. Aber in der Sauna gibt es die Verabredung, dass man nicht gucken darf und auch nicht sich von dem anderen Körper erotisch berühren lassen darf. Da gibt es ganz klare Schutzregeln. Hier ist es, dass gezielt geguckt wird und dass der Körper in der Wahrnehmung also auch als erotisch empfunden werden soll, wenn es geht. Das ist ein Unterschied. Diese Erfahrung gemacht zu haben, dass

andere den eigenen Körper gesehen haben und nicht zusammengebrochen sind. Das macht einen selbstsicherer auch mal bei einer potentiellen Partnerin oder einem Partner, diesen Körper zu präsentieren. Dann irgendwann auch mal zu sagen, das ist ein Stück von mir, das gehört zu mir. Wenn du mich liebst, musst du auch diesen Teil von mir lieben, so wie ich diesen Teil liebe. Das ist sozusagen das End-Ideal.

K.D.: Hast du den Eindruck, dass die Erfahrung, die die Teilnehmer bei den Workshops sammeln, sich auch auf andere Bereiche ihres Lebens auswirken können?

Sandfort: Ganz bestimmt, auf alle Bereiche.

K.D.: Kannst du ein paar Beispiele nennen, was so an Rückmeldungen kommt von den Teilnehmern?

Sandfort: Wir organisieren das nicht, dass wir am Ende so was wie ein Feedback kriegen. Ich glaube sowieso, dass sich die Wirkung einer bestimmten therapeutischen Maßnahme oder in der Selbsterfahrung nur zeigt im alltäglichen Leben. Ob einer am Ende einer Veranstaltung sagt, das war aber schön. Oder er sagt, hier komme ich nie wieder her, das war ein totaler Reinfluss. Das hat im Grunde keine Bedeutung. Es kann sogar sein, dass derjenige, der das als schön empfand, in seinem alltäglichen Leben aber überhaupt nichts davon hat. Während derjenige, der sich aufregt und sagt, ich komme nie wieder, mal übertrieben gesagt, ein anderer Mensch geworden ist.

K.D.: Bei ihm fand eine Auseinandersetzung statt. Ihn hat irgendwas getroffen oder etwas berührt...

Sandfort: Ich finde diese Feedback-Runden am Ende ganz fürchterlich. Es ist eine Aufgabenstellung, im besonders negativen Fall freundliche Sachen über die Gruppe zu sagen. Ich gucke eher, was passiert? Was erzählt er beim nächsten Mal? Wenn der Betreffende dann zum Beispiel seiner Mutter sagen konnte, ich will, dass meine Tür abgeschlossen ist, dann ist das ein Erfolg. Wenn er erzählt, dass er angstfrei masturbieren konnte, das ist ein Erfolg.

K.D.: Also hat es viel damit zu tun, zu lernen, auch eigene Grenzen zu ziehen und zu setzen?

Sandfort: Ja und in dem Sinne war Mama dann auch hier und in dem Sinne haben wir sie mitbehandelt. Oder in der Einrichtung, wenn zum Beispiel jemand sagt, ich möchte auch mal alleine in die Disco gehen oder ich möchte alleine nach Trebel fahren. Oftmals kommen sie zu Beginn, und das begrüßen wir auch, mit ihren Betreuerinnen und Betreuern. Dann ist das ein Erfolg. Wenn sie sagen, so wie bei diesem Mal zu ihrem Betreuer: "Komm nur mit zum Bahnhof und fahr dann wieder nach Hause!", das ist ein Erfolg.

K.D.: Vorhin hast du die Sexualbegleitung als wichtigen Bestandteil der Workshops angesprochen. Ist für eine sexuelle Dienstleistung für behinderte Menschen eine besondere Aus- oder Weiterbildung notwendig oder könnte das auch jede Prostituierte machen?

Sandfort: Für uns ja. Wir vergeben ja auch das Zertifikat *SexualbegleiterIn ISBB*, unser Kürzel ist da ganz besonders wichtig. Da muss ich ein bisschen ausholen: Es gibt bei Nichtbehinderten Behinderten gegenüber so etwas wie einen Helfer-Reflex. Der Behinderte ist ein leidender Mensch, das glaubt unsere Kultur insgesamt und das Leiden muss beseitigt werden. Der Behinderte ist deswegen ein hilfebedürftiger Mensch und ich als Nichtbehinderter bin verpflichtet, dem behinderten Menschen zu helfen. Das ist die allgemeine Formel. Dieser Reflex muss aus den Köpfen der Sexualbegleiterinnen oder des -begleiters erst mal raus. Wir sind für unsere Probleme allein verantwortlich, nicht der Nichtbehinderte. Wir freuen uns natürlich, wenn wir den einen Nichtbehinderten fragen, ob er uns mal helfen kann und er tut das dann auch, das ist gut. Aber mein Alltag zum Beispiel ist umgeben von einer Unmenge von aufgedrängter Hilfe, wo die Betreffenden mich nicht vorher fragen, sondern davon ausgehen, dass ihre Hilfe, die sie mir leisten, auch gut ist und von mir gewollt ist. Auch die Sexualbegleiterin, wenn sie hierher kommt, kommt erst mal mit der Idee, dass der Mann oder die Frau, die anfragt, ihre Hilfe braucht. Das ist nicht der Fall, jedenfalls nicht bei uns. Auch der Behinderte, der bei uns im Workshop

ist, muss lernen zu fragen, um nicht einfach so davon auszugehen, dass die Sexualbegleiterin ihn zum Beispiel schon ausziehen wird zum Beispiel oder eine andere Hilfestellung gibt. Oder schon weiß, was er für Bedürfnisse hat, welche Art von Sex er gerne haben möchte. Die Sexualbegleiterinnen sind auch in diesem Reflex, es den Behinderten besonders schön machen zu wollen. Auch sind sie schwer in der Lage, jemandem zu sagen, dass ihnen das nicht gefällt, dass er immer so geduckt geht, wenn er behindert ist, sondern ihm ehrlich auch ihre Meinung zu sagen. Auch darüber, dass sie sich wünschen, dass er vor dem Date sich duscht. Bei Nichtbehinderten verlangen sie das ganz normal, auch wenn die Nichtbehinderten das peinlich berührt. Bei Behinderten tun sie das nicht, weil man einem Behinderten kein Leid zufügen darf und sie glauben, sie sind dazu verpflichtet.

K.D.: Würde die Sexualbegleiterin das dann spiegeln und selber ansprechen oder wird das dann später in der Beratungssituation noch mal zur Sprache gebracht?

Sandfort: Nein, wenn sie was stört, dann soll sie das sagen. Das ist der Unterschied zur Prostitution. Die Prostituierte möchte ja auch, dass der Kunde wiederkommt. Bei uns ist das nicht so. Wir möchten, dass jemand so lange zu uns kommt, wie er glaubt, dass es gut für ihn ist. Aber irgendwann ist es schon schön, wenn der Betreffende dann sagt: "Ich hab' jetzt eine Beziehung, ich komme nicht mehr."

K.D.: Nun gibt es die Haltung, dass gesagt wird, aber mit der Sexualbegleitung wird eine spezielle Dienstleistung geschaffen für behinderte Menschen, das möchten wir nicht. Im Sinne des *Normalisierungsprinzips*: Wir wollen so normal leben wie möglich.

Sandfort: Das *Normalitätsprinzip* ist eine große Heuchelei. Ein paar Professoren, die das kundtun in der Universität, die aber selbst in höchstem Maße erschrecken, wenn ihre Tochter ihnen sagt, dass sie sich in einen Behinderten verliebt hat. Das *Normalisierungsprinzip* ist eine Fiktion, die als Fiktion auch in Ordnung ist, aber sie drückt ja nicht die Lebensrealität aus. Es ist gut, dass sich die früheren Anstalten geöffnet haben, dass es immer mehr Dezentralisierung gibt. Aber dass Behinderte leben

können wie Nichtbehinderte, wird auf Hunderte von Jahren noch nicht möglich sein. Das ist ja nicht so, dass die Menschen sich entscheiden, Behinderte auszugliedern, als sei das nur ein pädagogisches, kulturelles Problem und irgendwann würde sich das auflösen. Im Grunde geht es bei der Aussonderung von Behinderten um seelische Reflexe. Wir als Behinderte verdeutlichen die Verletzbarkeit des Lebens. Nichtbehinderte und wie auch letztendlich wir brauchen aber, um dieses Leben bewältigen können, die Illusion, es bliebe immer alles gleich. Es würde immer alles besser, sonst wären wir gar nicht bereit zu leisten. Die Idee, dass morgen alles fundamental anders sein kann, ist für Nichtbehinderte, aber auch Behinderte, nicht aushaltbar, die muss verdrängt werden. Wir sind aber das Symbol dafür von Krankheit, von Leid. Dann glaubt die Gesellschaft, dass wir nur leiden, nichts als leiden. Das lässt sich verändern. Wir können der Kultur mit der Zeit vermitteln, dass unser Leben auch aus Spaß besteht. Aber die große Angst, verletzt zu werden, die wird immer bleiben. Die Seele schützt sich, sie verdrängt. Die Aussonderung ist auch ein Ergebnis dieser Verdrängung.

K.D.: Das sind ja sehr affektive Reaktionen bei den Nichtbehinderten im Kontakt mit behinderten Menschen, also Angst davor, sich hilflos oder überfordert zu fühlen. Insofern denke ich auch, dass die Vermittlung rein über die kognitive Ebene, indem man Wissenssendungen bringt im Fernsehen oder etwas ähnliches, wahrscheinlich nicht so erfolgreich ist. Was braucht es, damit Nichtbehinderte vom Gefühl her sicherer mit Behinderten umgehen können?

Sandfort: Es ist nicht zu schaffen. Es braucht einen langfristigen kulturellen Prozess. Es ist in unserer Generation und in den nächsten Generationen nicht zu schaffen, darauf müssen wir uns als Behinderte auch einstellen. Es ist nicht zu schaffen. Wir werden letztendlich in unseren Leistungen auch nicht korrekt bewertet. Wenn man sich die vielen behinderten Sportler oder Künstler anschaut, die können machen, was sie wollen, ihre Leistung wird nicht als kritisierbar betrachtet. Solange sie nicht als kritisierbar betrachtet werden, leben

sie nicht in einer Normalität. Wenn ich einen Vortrag halte und am Ende bekomme ich jede Menge Applaus. Da sitzen ca. 200 Leute, die wissen selber nicht, klatschen sie nun, weil ich als Behinderter da sitze und weil ich reden kann und weil ich hier und da mal einen Witz in meinen Vortrag mit eingeflochten habe. Klatschen sie, weil sie erleichtert sind oder ich ihnen inhaltlich was geboten habe. Ich merke, dass ich, wenn ich mich mit behinderten und nichtbehinderten Kollegen auseinandersetze, dass Kritik mir gegenüber sehr vorsichtig vorgetragen wird. Das liegt daran, dass man einen Behinderten nicht öffentlich kritisieren darf. Wenn einer sieben Medaillen bei den Paralympics gewinnt, dann freuen sich die Leute, dass auch ein Behinderter Medaillen gewinnen kann, aber sie achten nicht seine Leistung. Wenn ein blinder Opernsänger bei "Wetten dass?" auftritt, dann weiß ich nicht, klatschen die Leute, weil sie sich freuen, dass auch ein Blinder bei Thomas Gottschalk ist oder weil er so wunderschön singt. Das lässt sich in dieser Generation noch nicht trennen. Dazu sind Nichtbehinderte noch nicht reif genug.

K.D.: Es gibt da den Gedanken, dass über den direkten und unmittelbaren Kontakt eine Veränderung eintreten könnte. Dass man über einen längeren Prozess die Behinderung nicht nur als erstes wahrnimmt, sondern dann auch stärker die Leistung des anderen und dann auch Reibung möglich ist. Gerade, wenn der Kontakt positiv erlebt wird auf beiden Seiten. Würdest du dem zustimmen, dass darüber eine Veränderung im Umgang zwischen nichtbehinderten und behinderten Menschen möglich wäre?

Sandfort: Ja, natürlich. Die nichtbehinderten Menschen, die ich in meinem privaten Umfeld kennenlerne, die brauchen zwar eine gewisse Zeit, bis sie das begreifen können, dass ich meine Behinderung auch achte, aber irgendwann passiert es. Auch die Beziehungen, die Liebes- und die Sexbeziehungen, die ich hatte, haben sich immer sehr verändert nach einer gewissen Zeit.

K.D.: Ich bezweifle es etwas, ob es möglich ist, dass auf lange Sicht Vorurteile auch gegenüber Schwerstbehinderten abgebaut werden können. Ich denke, weniger schwerbehinderte Menschen können sich

in Kontakt selber gut darstellen, auch über die Sprache viel Verständigung erreichen, aber schwerstbehinderte Menschen sind sprachlich eher sehr eingeschränkt.

Sandfort: Ich würde gerne anregen, dieses Wort "Vorurteile" noch mal genauer zu betrachten. Vorurteile hört sich ja an wie, man hat ein Urteil, man weiß noch nicht so genau und man entscheidet schon mal im Vorfeld und wenn man dann das alles richtig kennenlernt, dann gibt man das auf. Das sind keine Vorurteile, sondern das sind seelische Reflexe. Es sind Festlegungen, kulturelle Fixierungen. Das ist nicht so leicht auflösbar wie Vorurteile, es reicht nicht eine Broschüre oder ein Stand, sondern das sind kulturelle Prozesse.

K.D.: Zu den Kosten, die durch sexuelle Dienstleistungen entstehen: Es gibt die Idee, dass gerade für schwerstmehrfachbehinderte Menschen, die in keiner Partnerschaft leben und nicht mehr in der Lage sind, sich selbst zu befriedigen, diese Kosten für eine Sexualbegleitung vom Sozialamt oder von der Krankenkasse übernommen werden sollten. Was sagst du dazu?

Sandfort: Eine öffentliche Diskussion, die zu diesem Thema angestoßen würde, wäre fatal für uns. Das kleine zarte Pflänzchen, das erreicht worden ist, dass sich die öffentliche Meinung vorstellen kann, dass wir keine Neutren sind. Das haben wir ja erreicht in den letzten 30 Jahren emanzipatorischer Bewegung. Das würde wieder zerstört. Plötzlich würde unsere Sexualität zwar wahrgenommen, aber als krank, denn Geld von der Krankenkasse kriegen sie nur, wenn sie eine Krankheit behandeln. Wir müssten also öffentlich bekennen, dass unsere Sexualität krank ist, was sie aber nicht ist. Krank ist die Kommunikation, krank ist das Bild der Kultur über uns, aber nicht unsere Sexualität. Diese ist genauso gut, genauso heil. Auch wenn sie eingeschränkt ist, ist sie immer heil.

K.D.: Eine große Gruppe behinderter Menschen kann in den Workshops lernen, sich selber zu befriedigen, auch selber Lust zu empfinden. Es bleibt aber dann trotzdem noch diese Gruppe der schwerstbehinderten oder schwerstmehrfachbehinderten Menschen, die trotz Workshop das

nicht selber erleben und sich nicht selber befriedigen können. Hieße das dann nicht, das man diese Menschen benachteiligen würde?

Sandfort: Wer "man" und wer ist betroffen – auch die Diabetiker, auch diejenigen, die alt sind, die Probleme haben mit ihrer Potenz, diejenigen, die vom Alkoholmissbrauch Einschränkungen haben? Würden die alle sexbehindert sein? Würden dann auch die ganz Schüchternen, die keine Beziehungen kriegen können, *Sex auf Krankenschein* bekommen. Es geht ja nicht nur um die Masturbation bei dieser Diskussion, sondern es geht auch darum, sexuelle Kontakte zu haben. Ist die Gesellschaft überhaupt verantwortlich dafür, ob ich sexuelle Kontakte habe oder nicht. Gibt es so was wie ein Recht auf Sexualität? Kann ich als Behinderter zu einer Frau sagen, du musst mit mir schlafen, weil ich hab' doch ein Recht auf Sexualität? Das ist alles Zuspitzung natürlich. Ich habe ein Recht, dass meine Bestrebungen, partnerschaftliche und erotische Kontakte zu kriegen, nicht boykottiert werden von Betreuerinnen und Betreuern. Das Recht habe ich. Aber ich habe kein absolutes Recht auf Sexualität, das hat niemand. Dafür muss man schon was tun. Da muss man schon sich in die Lage versetzen, jemanden kennenzulernen, das kann jeder. Selbst Schwerstbehinderte können sich attraktiv machen und einen Partner finden. Also, die Pädagogik muss begreifen, dass sie nicht verantwortlich ist dafür, dass ich einen Partner finde. Sie ist verantwortlich dafür, dass sie mich nicht boykottiert, dass sie mich nicht einengt. Aber, machen muss ich das schon selber. Da ist es egal, ob ich körper-, geistig-, lern- oder psychisch behindert bin. Wer das nicht tut, hat Pech gehabt. Das ist das Lebensrisiko. Unser Liebeskummer ist unser Liebeskummer. Kein Betreuer hat die Aufgabe zu verhindern, dass ich diesen Liebeskummer haben werde, weil er mir nämlich damit auch das Erlebnis, die Spannung, den Flirt, die Träume nimmt.

K.D.: Danke für das Interview.