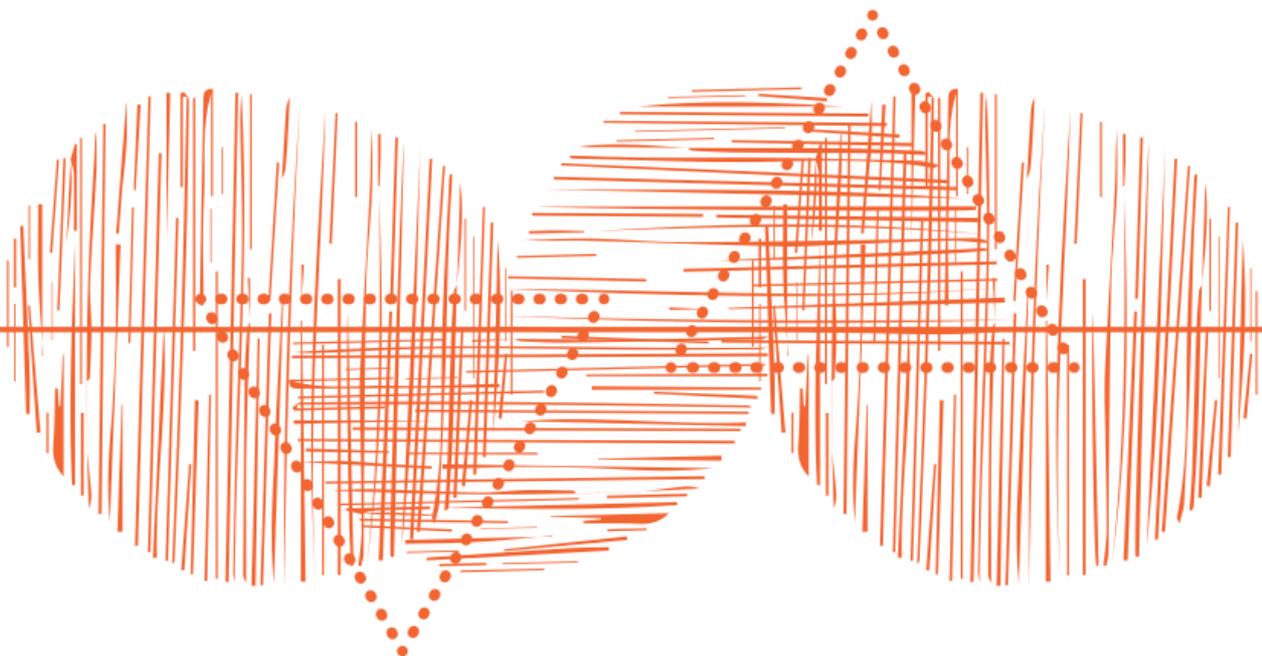


Hochschule für Soziale Arbeit  
Fachhochschule Nordwestschweiz

## Kompetenzen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit hinsichtlich des Erlebens von Sexualität – im Kontext von Frau, Behinderung und Institution



Eine gendersensible Betrachtung des Leitfadens «Sexualität, Intimität und Partnerschaft» (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017) und daraus resultierende Anforderungen an die Fachpersonen der Sozialen Arbeit.

Eingereicht bei Prof. Dr. Dorothea Lage  
Erarbeitet durch Louise Marty

Bachelorthesis zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit, Olten, Januar 2022

## Abstract

Die vorliegende Bachelorthesis befasst sich, in einer theoretischen Auseinandersetzung, mit den geforderten Kompetenzen von Fachpersonen, betreffend ein normalisiertes Erleben von Sexualität, in der Begleitung und Unterstützung von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext. Der Zugang zu den Begriffen Frau, Behinderung, Normalisierung und Sexualität, basiert auf den vier von Barbara Ortland bestimmten, genderspezifischen Barrieren (vgl. ebd. 2016: 18f.) betreffend das Ausleben von Sexualität. Zu jeder der Barrieren wurde ein Handlungsansatz für Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Begleitung und Unterstützung von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext, hinsichtlich eines möglichst normalisierten Erlebens von Sexualität, abgeleitet. Die Erkenntnisse wurden auf den Leitfaden von INSOS und Sexueller Gesundheit Schweiz (vgl. ebd. 2017: 55) übertragen, indem die darin aufgeführten Aufgaben der Fachpersonen der Sozialen Arbeit mit den neuen Handlungsanforderungen, aus Betrachtung der genderspezifischen Barrieren, ergänzt wurden, wobei diese Reformulierungen nicht als abschliessend betrachtet werden dürfen, sondern auch die Notwendigkeit weitere Betrachtungen dieser Thematik aufgezeigt werden konnten.

## Danksagungen

Ich bedanke mich an dieser Stelle bei Frau Prof. Dr. Dorothea Lage einerseits für die Begleitung im Allgemeinen und andererseits für die bereichernden und bestärkenden Gespräche während dem Verfassen dieser Arbeit.

Des Weiteren gilt ein besonderer Dank meinen Freundinnen Miriam Blunck und Aicha Hajri, welche mit fachlichen Diskussionen und kritischen Rückmeldungen immer wieder wichtige Gedankengänge bei mir angeregt haben. Diesen beiden, wie auch Schimun und Louise danke ich für die in den letzten Monaten übernommene Care-Arbeit und das aufmerksame Zuhören. Weiter möchte ich mich bei Isabel Marty und Aicha Hajri für das Korrekturlesen bedanken.

Abschliessend möchte ich mich bei dem Buch «Gendering Disability» (Jacob/Köbsell/Wollrad 2010) bedanken. Die Frage, inwiefern ich als privilegierte, nichtbehinderte Frau über die Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen schreiben darf, respektive kann, begleitete mich während des ganzen Entstehungsprozesses dieser Arbeit. Es wird immer wieder auf Kategorien Bezug genommen, welche versuchen, Ungleichheiten aufzuzeigen, was in diesem Moment weitere Ungleichheiten unsichtbar macht. Bei der empfundenen Gratwanderung zwischen dem spezifischen Aufzeigenden und sogleich immer auch Pauschalisieren, fühlte ich mich durch das Buch «Gendering Disability» (Jacob/Köbsell/Wollrad 2010) in einem sicherheitsstiftenden Sinne unterstützt.

Kategorisierungen wohnt immer ein Stück Gewalt inne: Die Klassifizierung von Menschen in verschiedene Gruppen geschieht nicht aus einer freiwilligen Entscheidung heraus, sondern läuft entlang eines bestimmten gesellschaftlichen Verständnisses geteilter Merkmale. Wenn es viele Unterschiede zwischen den so zusammengefassten Menschen gibt, dann werden mit dem unkritischen Bezug auf eine als homogen präsentierte Identitätskategorie einige dieser Erfahrungen und Lebensrealitäten unsichtbar. Trotzdem ist unmöglich ohne Kategorien zu denken oder ohne sie zu arbeiten. (Pohlen 2010: 103f.)

## Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	6
Abbildungsverzeichnis .....	7
1. Thematische Herleitung und Fragestellung .....	8
1.1. Thematische Herleitung und Forschungsstand .....	8
1.2. Fragestellung .....	12
1.3. Relevanz für die Soziale Arbeit .....	13
1.3.1. Berufskodex .....	13
1.3.2. Die UNO-Behindertenrechtskonvention (UNBRK) .....	14
1.3.2. Der Aktionsplan UN-BRK .....	16
2. Begriffliche Grundlegungen .....	17
2.1. Verständnis des Begriffs Frau .....	17
2.2. Behinderung und das Modell der Funktionalen Gesundheit .....	18
2.3. Sexualität .....	21
2.3.1. Begriffsbestimmung Sexualität .....	21
2.3.2. Funktionale sexuelle Gesundheit .....	23
2.4. Normalisierung und normalisiertes Erleben Sexualität .....	24
3. Genderspezifische Barrieren .....	27
3.1. Mehrfachdiskriminierung auf Grund der Attribute Frau und Behinderung .....	28
3.1.1. Mehrfachdiskriminierung auf der Ebene der Sexualität .....	28
3.1.2. Darstellung des Frauenkörpers .....	30
Perspektive auf die weibliche Fachpersonen .....	31
3.2. Subjektive Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft .....	32
3.3. Hormonelle Verhütung und Schwangerschaft .....	34
3.3.1. Verhütung .....	34
3.3.2. Schwangerschaft .....	35
3.4. Vermissen von engen Beziehungen .....	36

4. Resultierende Anforderungen an das professionelle Handeln .....	37
4.1. Mehrfachdiskriminierung - Intersektionale Perspektive .....	37
4.2. Subjektive Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft – Selbstreflexion .....	39
4.3. Schwangerschaft und Verhütung – Subjektzentriertes Empowerment .....	42
4.4. Vermissen von engen Beziehungen - Erschliessen von Netzwerken .....	45
5. Zusammenführende Erkenntnisse und Diskussion .....	48
5.1. Gewonnene Erkenntnisse .....	48
5.2. Überarbeitung des Leitfadens .....	51
Punkt 3: Definieren von Regeln betreffend den Umgang mit Sexualität.....	52
Punkt 5: Persönliche Auseinandersetzung mit Sexualität .....	52
Punkt 6: Akzeptanz .....	53
Punkt 8: Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten und Empfängnisverhütung vermitteln. ....	54
Punkt 9: Begleitung von Beziehungen .....	54
Erkenntnisse zu den weiteren Punkten.....	55
6. Konklusion .....	58
6.1. Beantwortung der Fragestellung .....	58
6.2. Schlussworte.....	62
7. Quellenverzeichnis .....	64
7.1. Literaturverzeichnis .....	64
7.2. Verzeichnis digitaler Quellen .....	70

## Abkürzungsverzeichnis

AS	Amtliche Sammlung des Bundesrates
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EBGB	Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen
EMRK	Europäische Menschenrechtskonvention
UNBRK	UNO-Behindertenrechtskonvention
WHO	Weltgesundheitsorganisation (Worlds Health Organisation)

## Abbildungsverzeichnis

- Abb. Titelblatt.: Rosa-Luxemburg-Stiftung (vgl. 2016)
- Abb. 1.: Menschen mit Behinderungen in Institutionen in der Schweiz (in: Bundesamt für Statistik 2012: 3)
- Abb. 2.: Aufgaben der Fachpersonen (eigene Darstellung nach INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017:55)
- Abb. 3.: Modell der Funktionalen Gesundheit (in: INSOS 2009: 20).
- Abb. 4.: Modell der Funktionalen sexuellen Gesundheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Ortland 2020: 33)
- Abb. 5.: Empirisches Diskriminierungsmodell zu Geschlecht und Behinderung (in: BMFSJM 2009: 11ff. in: Thiessen 2011: o.S.)
- Abb. 6.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation allein/fühlt sich unbeobachtet (in: Ortland 2016: 78)
- Abb. 7.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation mit Mitbewohner/innen (in: Ortland 2016: 79)
- Abb. 8.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation mit Mitarbeitenden (in: Ortland 2016: 79)
- Abb. 9.: Darstellung der ersten Erkenntnisse (eigene Darstellung).
- Abb. 10.: Differenzkategorien (in: Degele/Winker 2007: 14)
- Abb. 11.: Power Flower (in: Rosa-Luxemburg-Stiftung 2016: 41)
- Abb. 12.: Erinnerst du dich? (in: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2014: 20)
- Abb. 13.: Reflexion der eigenen Erfahrungen in der Sexualerziehung (in: Ortland 2020: 193)
- Abb. 14.: Die Grundwerte des Empowerments (eigene Darstellung nach Seiler/Kasper 2014: 27-29)
- Abb. 15.: Überarbeitung des Leitfadens (eigene Darstellung in Anlehnung an INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55)

## 1. Thematische Herleitung und Fragestellung

### 1.1. Thematische Herleitung und Forschungsstand

«Die Ausübung der gleichen Rechte von Frauen und Männern mit Behinderungen auf Sexualität und Familienplanung wird für Betroffene, die in Heimen leben, zum Teil stark eingeschränkt» (Inclusion Handicap 2017: 98). Die Organisation Inclusion Handicap bilanziert mit dieser ernüchternden Erkenntnis die Umsetzung der UNO-Behindertenrechtskonvention (UNBRK) in Bezug auf die Sexualität in der Schweiz (vgl. ebd.: 98). Sie ist der Dachverband der Behindertenorganisationen in der Schweiz und vertritt die 1.7 Millionen Menschen mit Behinderung in der Schweiz (vgl. ebd.: 5), welche den Schattenbericht verfasste, der Aussagen über die Umsetzung der UNBRK in der Schweiz macht (vgl. URL 1.). Er zeigt aus Perspektive der Betroffenen auf, wie weit fortgeschritten die Umsetzung der UNBRK in der Schweiz ist und welcher Handlungsbedarf vorliegt (vgl. ebd.). Die UNBRK, welche im Jahr 2014 von der Schweiz unterzeichnet wurde, soll die immer noch vorhandenen Diskriminierungen von Menschen mit Behinderung minimieren und den Weg hin zu einer inklusiven Gesellschaft ebnen (vgl. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13. Dezember 2006, AS 2014 1119).

Der Zweck der UNBRK besteht darin, den vollen und gleichberechtigten Genuss aller Menschenrechte und Grundfreiheiten durch alle Menschen mit Behinderungen zu fördern, zu schützen und zu gewährleisten und die Achtung der ihnen innewohnenden Würde zu fördern. Ihr Anliegen ist die Förderung der Chancengleichheit der Menschen mit Behinderungen und die Verhinderung jeder Form von Diskriminierung<sup>1</sup> in der Gesellschaft. (URL 2.)

Die Ratifizierung der UNBRK reformuliert und konkretisiert die bereits im Jahr 1966 erlassene Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) und reinterpretiert die geltenden Grundätze der Gleichheit, Freiheit und Brüderlichkeit der EMRK (vgl. Bielefeldt 2012: 165). Bielefeldt beschreibt «die assistierte Autonomie, Barrierefreiheit und gesellschaftliche Inklusion» (Bielefeldt 2012: 165) als reformierte Grundsätze, welche der UNBRK entspringen.

Aus der Perspektive der Sozialen Arbeit, verankert die UNBRK auf juristischer Ebene den bereits seit den 1970er Jahren einhergehenden Paradigmenwechsel: weg von einer fremdbestimmten und paternalistischen Behindertenpädagogik, hin zu einer Sozialpädagogik, welche die Selbstbestimmung und Würde der Menschen ins Zentrum stellt (vgl. ebd.: 158). Die UNBRK bietet folglich einerseits die juristische Legitimation der aktuellen Arbeits- und Transformationsprozesse der Sozialen Arbeit im Kontext von Behinderung. Andererseits stellt sie ein elementares Grundlagendokument für die Soziale Arbeit in Theorie und Praxis dar und ist im Berufskodex der Sozialen Arbeit der Schweiz

---

<sup>1</sup> Dem Begriff der Diskriminierung, welcher mehrmals verwendet wird liegt folgender Definition zugrunde: «Diskriminierung wird nicht allein als Folge einer Benachteiligung oder Ungleichbehandlung verstanden, sondern als «komplexes soziales Phänomen», das auch auf historisch gewordene soziale Verhältnisse, auf institutionelle verfestigte Erwartungen und Routinen, organisatorische Strukturen und Praktiken sowie auf Diskurse und Ideologien verweist.» (Scherr et al. 2017: VI in Ortland 2020: 51)

unter «Bezugsrahmen und Grundlagen» (AvenirSocial 2010: 6) aufgeführt (vgl. ebd.). Eine Berichterstattung über die Umsetzung der UNBRK in der Schweiz gibt somit auch Aufschluss über die Qualität der Umsetzung des Berufskodexes der Sozialen Arbeit in der Schweiz.

Doch, wie der Schattenbericht von Inclusion Handicap aufzeigt, befindet sich die Schweiz noch weit weg von einer inklusiven Gesellschaft. Der Schattenbericht belegt, dass in der Schweiz Menschen mit Behinderung nach wie vor diskriminiert werden, wie etwa in der Ausübung ihrer Sexualität (vgl. Inclusion Handicap 2017: 98). Das nach wie vor behinderte Aus- und Erleben der Sexualität von Menschen mit Behinderung lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. In der Vergangenheit wurde Menschen mit Behinderung eine Sexualität abgesprochen. Die Folge davon ist, dass diese bis heute kein selbstverständlich zugesprochener Lebensbereich von Menschen mit Behinderung ist (vgl. Seifert 2018: 25f.). Dies spiegelt sich auch in der Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit wider, welche erst in den vergangenen Jahrzehnten Sexualität im Kontext von Behinderung thematisiert hat (vgl. Specht 2008: 295). Dennoch existieren heute einige theoretische Schriften (bspw. Ortland 2016, 2020, Clausen/Herrath 2012) wie auch Statistiken und Studien (bspw. AG Prävention 2021, Ortland 2016, Pro Familia 2021), welche die Thematik Sexualität im Kontext von Behinderung aufgreifen. Barbara Ortland analysiert Faktoren, welche die sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung einschränken respektive verhindern (vgl. Ortland 2016: 17-21). Sie kommt zum Fazit, dass es primär Rahmenbedingungen sind, welche ein selbstbestimmtes Ausleben von Sexualität verunmöglichen. Fachpersonen der Sozialen Arbeit sind einerseits selbst Teil dieser äusseren Faktoren, und andererseits haben sie die Macht, Teile der weiteren einschränkenden Faktoren zu beeinflussen (vgl. ebd.: 21). Fachpersonen der Sozialen Arbeit haben nicht nur die Möglichkeit, diese zu beeinflussen, sondern sind im Sinne des Mandates der Profession dazu verpflichtet. Unter Betrachtung des Berufskodex (vgl. AvenirSocial 2010), lässt sich der Auftrag ableiten, sich als Fachperson der Sozialen Arbeit dieser Thematik anzunehmen (vgl. Kapitel 1.3.1.).

Ortland stellt insbesondere auch genderspezifische Einschränkungen – synonym für Barrieren – durch die Fachpersonen der Sozialen Arbeit hinsichtlich des Erlebens der Sexualität fest (vgl. ebd. 2016: 79). Der Schattenbericht von Inclusion Handicap belegt, dass die Sexualität von Frauen mit Behinderung auch heute nicht wie die Sexualität nicht-behinderter Frauen behandelt wird (vgl. Inclusion Handicap 2017: 98): Frauen mit Behinderung werden in der Ausübung ihrer Sexualität benachteiligt (vgl. ebd.: 22). Weder die Selbstverständlichkeit der Existenz von Sexualität noch deren lustvolle Ausübung, stehen im Fokus des Diskurses über Sexualität (vgl. INSOS 2017: 9). Die

geringe Relevanz, welcher dieser Thematik zugesprochen wird, widerspiegelt sich auch in der geringen Existenz in der Fachliteratur und im professionstheoretischen Diskurs (vgl. Langner 2010: 157).

Wenn von der Sexualität von Frauen mit Behinderung gesprochen wird, dann liegt der Fokus oft auf den Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung (vgl. BMFSFJ 2012: 41) oder der Verhinderung der sexuellen Ausbeutung (vgl. Ortland 2016: 9, 18f.). Von letzterer sind Frauen mit Behinderung überproportional stark betroffen – insbesondere, wenn sie in Institutionen wohnhaft sind (vgl. Inclusion Handicap 2017: 22). Deshalb hat in den letzten Jahrzehnten im Bereich der Prävention sowohl eine intensive Auseinandersetzung mit Betroffenen, Fachpersonen und Angehörigen als auch ein gesellschaftlicher Diskurs stattgefunden (vgl. INSOS 2017: 9). Welche Auswirkungen diese auf die Lebensrealität von Frauen mit Behinderung haben, wird sich in den kommenden Jahren zeigen.

Wie erwähnt, hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Behinderung ein Paradigmenwechsel vollzogen. Noch bis in den 1970er Jahren hatten die Gesellschaft und das Hilfesystem eine ausschliessende, primär auf die pflegerische Versorgung fokussierte und bevormundende Haltung gegenüber Menschen mit Behinderung (vgl. Loeken/Windisch 2013: 18f.). Die Maximen der Fremdbestimmung und Exklusion haben sich hin zu neuen Maximen der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Behinderung gewendet. Dabei sind das Prinzip der Normalisierung (vgl. ebd.: 19), die Enthospitalisierung (vgl. ebd.: 22), die Selbstbestimmung (vgl. ebd.: 23f.), das Empowerment (vgl. ebd.: 26f.) und die Transformation von Integration zu Inklusion (vgl. ebd.: 29f.) zu erwähnen. Diese veränderten Ansätze gehen einher mit veränderten Ansprüchen und Handlungsansätzen der Professionellen Sozialen Arbeit in der Zusammenarbeit mit Menschen mit Behinderung (vgl. ebd.: 18).

Die heutigen Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit in der Unterstützung und Begleitung von Menschen mit Behinderung zeichnen sich durch ein breites Spektrum an Trägerschaften und Aufgabenbereichen aus (vgl. ebd.: 54). Dabei werden die Tätigkeitsbereiche von Loeken und Windisch in fünf Felder unterteilt: «Schulische Einrichtungen und Kindertagesstätten», «Frühförderung», «offene Hilfen», «arbeitsbezogene Hilfen» und «wohnbezogene Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 55). Die «wohnbezogenen Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 55) beziehen sich mehrheitlich auf die Arbeit in Wohngruppen von Institutionen (vgl. ebd.: 61f.), denn Wohngruppen stellen für Menschen mit Behinderung, welche in vielen Lebensbereichen auf Unterstützung und Begleitung angewiesen sind, die primäre Wohnform dar. Sie setzen sich in der Schweiz wie folgt zusammen:

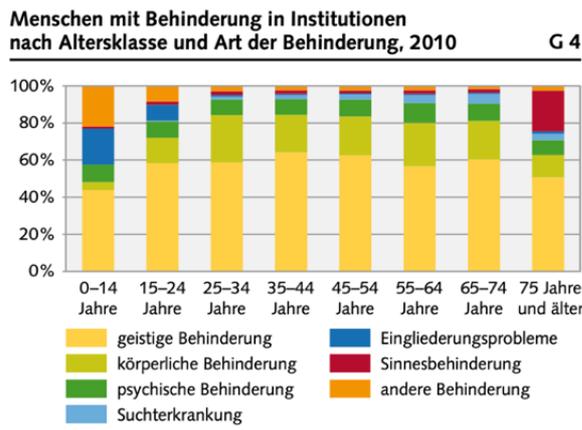


Abb. 1.: Menschen mit Behinderungen in Institutionen in der Schweiz (in: Bundesamt für Statistik 2012: 3)

Über 50% der in der Schweiz in institutionellen Wohnformen lebenden Menschen mit Behinderung wird eine geistige Behinderung zugeschrieben – wobei fortan der Begriff der kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen verwendet wird (vgl. Kapitel 2.2.) – und auf sie wird deshalb in der nachfolgenden Arbeit als Zielgruppe fokussiert.

Das Arbeitsfeld «wohnbezogene Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 55) macht in der Schweiz einen grossen Teil des Hilfesystems für erwachsene Menschen mit Behinderung (und auch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen) aus (vgl. Bundesamt für Statistik 2012: 1) und ist somit ein primärer Zugangsbereich der Sozialen Arbeit, welcher auch die Begleitung und Unterstützung im Lebensbereich der Sexualität beinhaltet.

Für den Umgang mit Sexualität und die Begleitung im Lebensbereich Sexualität durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den «wohnbezogenen Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 55) – also im institutionellen Kontext – gibt es kein einheitlich verpflichtendes Konzept, welches gesamtschweizerisch gilt; unter anderem auch deshalb, weil die Führung von Institutionen den Kantonen unterliegt (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2011: 4). INSOS Schweiz, der Dachverband der Institutionen für Menschen mit Behinderung (vgl. ebd. 2014: 2), hat, in Zusammenarbeit mit Sexuelle Gesundheit Schweiz, einen Leitfaden mit dem Titel «Sexualität, Intimität und Partnerschaft» (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017) ausgearbeitet, welcher Handlungsanweisungen für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Begleitung von Menschen mit Behinderung in institutionellen Wohnformen in den Bereichen Sexualität, Intimität und Partnerschaft ausweist (vgl. ebd.: 55).

Der Zweck von INSOS Schweiz ist, die Unterstützung der Einzelpersonen und Institutionen und Förderung der Qualität der erbrachten Leistungen seiner Mitglieder wie auch, «auf bestmögliche Rahmenbedingungen für ihre Tätigkeit hinzuwirken» (INSOS 2014: 2). Die Mitglieder von INSOS sind

der Einhaltung der Leitbilder und den darin formulierten Zielen und Grundlagen verpflichtet (vgl. ebd.: 3) folglich auch dem Leitfaden «Sexualität, Intimität und Partnerschaft» (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017). In dem erwähnten Leitfaden werden auch Aufgaben betreffend Sexualität, Intimität und Partnerschaft spezifisch für Institutionen und Fachpersonen ausformuliert (vgl. ebd.: 54f.). Letztere beschreiben Aspekte des professionellen Handelns in der Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung im institutionellen Kontext betreffend das Ermöglichen von selbstbestimmter Sexualität (vgl. ebd.: 55; Anhang I.). Die aufgeführten Punkte beziehen sich spezifisch auf den Tätigkeitsbereich im institutionellen Kontext, lassen hingegen die eben ausgeführten genderspezifischen Differenzen ausser Acht.

## 1.2. Fragestellung

In der Herleitung ist dargestellt worden, dass in der Schweiz, seit der Ratifizierung der UNBRK, die (mensen-)rechtlichen Grundlagen für Menschen mit Behinderung ausformuliert und klare Forderungen bestimmt worden sind (vgl. Inclusion Handicap 2017: 5) Auch ist aufgezeigt worden, dass die Situation in der Schweiz bis heute noch weit entfernt von der Einlösung dieser Forderungen ist (vgl. ebd. 2017) – einschliesslich im Lebensbereich der Sexualität (vgl. ebd.: 98). Insbesondere in institutionellen Wohnformen ist das Ausleben einer selbstbestimmten Sexualität für die dort wohnhaften Personen<sup>2</sup> stark eingeschränkt (vgl. Ortland 2016: 21) – wobei die Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Behinderung im Bereich der «wohnbezogenen Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 55) für Fachpersonen der Sozialen Arbeit zum Tätigkeits- und Gegenstandsbereich gehören, wie auch die Umsetzung der UNBRK (vgl. AvenirSocial 2010: 6).

Wie erwähnt belegen diverse Studien, dass Menschen mit Behinderung, im Vergleich zu Menschen ohne Behinderung, im Ausleben ihrer Sexualität behindert werden (vgl. AG Prävention 2021, Ortland 2016, Pro Familia 2021). Gerade Frauen mit Behinderung erfahren eine Mehrfachdiskriminierung, da der genderspezifische Aspekt, durch die Gesellschaft und Fachpersonen der Sozialen Arbeit, ebenfalls einen Einfluss auf den Umgang mit Sexualität hat (vgl. Ortland 2016: 18f.). Welche Auswirkungen haben nun diese Erkenntnisse auf die gefragten Kompetenzen der Fachpersonen der Sozialen Arbeit? Folgende Fragestellung bestimmt den Rahmen zur Bearbeitung diese Thematik:

*Inwiefern muss das professionelle Handeln, wie es durch INSOS Schweiz und sexuelle Gesundheit Schweiz beschrieben wird, im institutionellen Kontext, in der Begleitung und Unterstützung von*

---

*Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, betreffend das Erleben von Sexualität, unter Beachtung der vier von Barbara Ortland (2016) aufgeführten genderspezifischen Barrieren, ergänzt werden, um ein normalisierteres Erleben von Sexualität zu ermöglichen?*

Es soll geklärt werden, was unter den Begriffen Behinderung, Frau und Sexualität – und deren Normalisierung – verstanden wird. Erläutert wird weiter, was unter den genderspezifischen Barrieren nach Barbara Ortland verstanden werden kann und welche Anforderungen an das Handeln der begleitenden Fachpersonen daraus resultieren. Anschliessend sollen die neuen Erkenntnisse auf den Leitfaden von INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz übertragen werden (vgl. ebd. 2017) – wobei sich die Überarbeitung des Leitfadens auf die darin beschriebenen Kompetenzen von Fachpersonen bezieht (vgl. ebd.: 55, Anhang I).

### 1.3. Relevanz für die Soziale Arbeit

«Ich bin doch keine Sexualpädagogin!» (Vogel 2016: 115), ist eine Aussage, welche verdeutlicht, wie Fachpersonen der Sozialen Arbeit in ihrem Auftragsverständnis die Begleitung und Unterstützung im Lebensbereich Sexualität exkludieren (können) (vgl. ebd.). Dass dieser, gerade unter einer genderspezifischen Betrachtung, zum Auftrag der Sozialen Arbeit gehört und einer professionellen Unterstützung und Begleitung inhärent ist, wird in den folgenden Unterkapiteln aufgezeigt.

#### 1.3.1. Berufskodex

Wie erwähnt, basiert der Berufskodex der Sozialen Arbeit in der Schweiz mitunter auf der UNBRK (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Der Berufskodex dient den Professionellen der Sozialen Arbeit zur «ethischen Begründung der Arbeit mit Klientinnen und Klienten» (AvenirSocial 2010: 6) und stellt somit fundamentale Grundwerte betreffend das professionelle Handeln dar. Folglich ist die Beachtung der UNBRK dem professionellen Handeln der Sozialen Arbeit inhärent und bietet auch für die Bearbeitung der Fragestellung eine zentrale Grundlage.

Jedoch wird nicht nur das Verständnis der UNBRK, als Teil des Fundamentes des aktuellen Verständnisses einer professionellen Sozialen Arbeit, im Berufskodex geltend gemacht. Auch das im Berufskodex postulierte Menschenbild fordert die Ermöglichung eines Auslebens von Sexualität. Der Berufskodex postuliert erstens das Anrecht aller Menschen auf Befriedigung ihrer existenziellen Bedürfnisse und zweitens die Verpflichtung zur dazu benötigten Unterstützung (vgl. AvenirSocial 2010: 7). Heutzutage wird die Ausübung von Sexualität als Teil des menschlichen Seins betrachtet, welche mit verschiedensten Bedürfnissen verbunden ist (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 12).

Aus der zweiten Verpflichtung lässt sich der direkte Auftrag an das professionelle Handeln ableiten, Menschen in der Ausübung ihrer Sexualität zu unterstützen.

Menschen zu ermächtigen, ihr Leben selbstbestimmt auszugestalten (vgl. AvenirSocial 2010: 10) und so Menschen zu ermächtigen, ihre Sexualität erleben zu können, gilt als ein Auftrag der Sozialen Arbeit. Dabei sollen die Verschiedenheiten von Menschen in ihren Lebenslagen geachtet, berücksichtigt und dennoch eine «soziale Gerechtigkeit, Gleichheit und Gleichwertigkeit» (AvenirSocial 2010: 11) angestrebt werden (vgl. ebd.). Relevant ist, dass die Sexualität von Menschen mit Behinderung gesellschaftlich anders als jene nicht-behinderter Menschen wahrgenommen wird, und dass Menschen mit Behinderung in der selbstbestimmten Ausübung ihrer Sexualität diskriminiert werden (vgl. Inclusion Handicap 2017: 19). Die Soziale Arbeit muss sich gemäss Berufskodex diesen «ungerechten Praktiken» (AvenirSocial 2010: 11) entgegenstellen (vgl. ebd.).

Methodisch, theoretisch und ethisch orientiert sich das professionelle Handeln der Sozialen Arbeit an den aufgeführten und weiteren im Berufskodex festgehaltenen Kriterien. Dies gilt insbesondere auch dann, wenn die Kriterien in einem Widerspruch zu jenen der Autoritäten stehen und auch, wenn zwischen den Fachpersonen der Sozialen Arbeit und den Autoritäten ein Abhängigkeitsverhältnis besteht (vgl. AvenirSocial 2010: 12). Auch wenn kein institutionelles Konzept zu dem Lebensbereich Sexualität vorhanden ist oder sich die Institution gar gegen die Thematisierung dieses Lebensbereiches ausspricht, soll diese Thematik dennoch von den Fachpersonen der Sozialen Arbeit aufgegriffen werden.

### 1.3.2. Die UNO-Behindertenrechtskonvention (UNBRK)

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit beruft sich in seinen Grundlegungen auf die UNBRK (vgl. AvenirSocial 2010: 6). Die Konvention ist ein Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung, welche 2006 in New York abgeschlossen und im Jahr 2014 von der Schweiz ratifiziert worden ist (vgl. AS 2014, 1119). Sie gilt deshalb als signifikantes Instrument, um Menschen mit Behinderung Teilhabe auf eine selbstbestimmte und gleichberechtigte Art zu ermöglichen. Die UNBRK setzt sich aus 50 Artikeln zusammen, welche grundlegende Forderungen zu sozialen, wirtschaftlichen, politischen, bürgerlichen wie auch kulturellen Rechten beinhalten (vgl. URL 3.). Im Folgenden werden ausgewählte Artikel erläutert, welche für die Legitimation und Bearbeitung der Fragestellung als besonders relevant beachtet werden:

Art. 21 der UNBRK besagt, dass Menschen mit Behinderung das «Recht der freien Meinungsäusserung, Meinungsfreiheit und Zugang zu Informationen» (AS 2014, 1132) gewährleistet werden muss. Ihnen muss Zugang zu Informationen und Wissen, ohne Diskriminierung auf Grund der Behinderung, gewährleistet werden (vgl. ebd.). Darunter lässt sich, auf die Fragestellung bezogen, auch der Zugang zu Informationen und Wissen über Sexualität fassen. Auch eine alternative Kommunikationsart zu der verbalen Kommunikation darf dabei nicht als Barriere fungieren. Dies scheint relevant, da das Reden über und Vermitteln von Informationen über diverse Kommunikationskanäle gewährleistet werden soll und auch die Nutzung des Internets im heutigen Zeitalter nicht ignoriert werden darf, welches beispielsweise als Mediathek mit verschiedenen Filmen und Bildern über Sexualität dienen kann wie auch die Möglichkeit zu Kontaktaufnahmen bietet.

Artikel 22 der UNBRK (vgl. AS 2014, 1132) fordert die Achtung der Privatsphäre von Menschen mit Behinderung, wobei keine ungerechtfertigten Eingriffe in ihre Privatsphäre oder Familie stattfinden dürfen (vgl. ebd.). Dazu kann auch die räumliche Privatsphäre des Auslebens der Sexualität gezählt werden – d.h. dass Räume geschaffen und gewahrt werden, in welchen ein privates Ausleben von Sexualität möglich ist – wie auch die Achtung der Privatsphäre bei Entscheidungen bspw. über die Familienplanung.

Artikel 23 ist ebenso relevant, denn er fordert, dass «die Vertragsstaaten (...) wirksame und geeignete Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen» (AS 2014, 1132) treffen «auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffend» (AS 2014: 1132). Weiter wird explizit der gleichberechtigte Zugang zu Informationen über Aufklärung, Familienplanung und Fortpflanzung gefordert wie auch die Bereitstellung der benötigten Mittel zur Ausübung dieses Rechtes (vgl. AS 2014: 1133). Zu den Begriffen Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft gehört implizit auch die Thematik der Sexualität, wie das lustvolle Erleben von Sexualität in einer Partnerschaft (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 13), welches folglich auf Grund der Behinderung nicht diskriminiert werden darf.

Die Rolle der Sozialen Arbeit kann als Teil der geforderten «geeigneten Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung» (AS 2014, 1132) gesehen werden. Sie wird durch den Staat mit Aufgaben in der Behindertenhilfe betraut (vgl. Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern 2011: 4) und erhält daher auch den Auftrag, nach deren Standards – welche die UNBRK seit deren Ratifizierung anerkannt hat – zu handeln.

Der Artikel 25 der UNBRK (vgl. AS 2014, 1135) deklariert, dass Menschen mit Behinderung in ihrer Gesundheit und im Gesundheitswesen keine Diskriminierung erfahren dürfen. Der Zugang zu geschlechterspezifischen Gesundheitsdiensten muss durch die Vertragsstaaten gewährleistet werden; Insbesondere sollen auch der Zugang zu sexual- und fortpflanzungsmedizinischen Gesundheitsleistungen Menschen mit Behinderung, im selben Ausmasse wie Menschen ohne Behinderung, zur Verfügung stehen (vgl. ebd.: 1135f.).

Der Gewährleistung des Zugangs zu sexual- und fortpflanzungsmedizinischen Gesundheitsleistungen, kommt in Bezug auf die Fragestellung eine besondere Relevanz zu. Dass und wie Sexualität die Gesundheit einer Person beeinflussen kann, wird auch Thematik dieser Arbeit sein. Auf Grund der gegenseitigen Abhängigkeit dieser beiden Themen kann abgeleitet werden, dass wenn Menschen wegen ihrer Behinderung im Ausleben ihrer Sexualität behindert werden, dies auch eine Diskriminierung in ihrer Gesundheit ist und umgekehrt. Als Teil des Aufgabenbereiches der «wohnbezogenen Hilfen» (Loeken/Windisch 2013: 61) wird, nach Meinung der Verfasserin, auch das Herstellen eines Zugangs zum Gesundheitswesen und eine bedarfsorientierte Begleitung bei der Inanspruchnahme dieser Leistungen, im Sinne der Ermöglichung der selbstbestimmten Lebensführung, gezählt. Daraus lässt sich ebenfalls ein Auftrag der Sozialen Arbeit, betreffend die Umsetzung des Artikel 25 der UNBRK, ableiten.

### 1.3.2. Der Aktionsplan UN-BRK

Als Reaktion auf den Schattenbericht von Inclusion Handicap (vgl. ebd. 2017), ist der «Aktionsplan UN-BRK» (Curaviva/INSOS/vahs 2018) entstanden, welcher konkrete Ziele und Massnahmen für die Umsetzung der UNBRK im institutionellen Kontext definiert (vgl. ebd.: 4). Die Thematik der Sexualität wird darin unter Ziel Nummer 20 aufgegriffen (vgl. ebd.: 23). Das Ziel lautet: «Menschen mit Behinderung können in sozialen Institutionen ihr Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität und Partnerschaft leben» (Curaviva/INSOS/vahs 2018: 23) und umfasst die Thematik Partnerschaft und Sexualität. Gefordert wird die Erarbeitung von Konzepten zu diesen Themen, wie auch das Angebot von regelmässigen Weiterbildungen für Menschen mit Behinderung und von Mitarbeiter:innen in Institutionen. Zudem wird empfohlen, mit Fachpersonen der sexuellen Bildung und Gesundheit zusammenzuarbeiten (vgl. ebd.). Diese Ziele beziehen sich primär auf die Ebene der Verbände und Institutionen, woraus ebenfalls ein (organisationsbezogener) Auftrag an die Soziale Arbeit entsteht, was die Relevanz zur Bearbeitung dieser Thematik für die Soziale Arbeit abermals verdeutlicht.

## 2. Begriffliche Grundlegungen

Um die Fragestellung bearbeiten zu können, werden im nachfolgenden Kapitel die Begriffe Frau, Behinderung, Normalisierung und Sexualität erläutert, um sie anschliessend in Bezug zueinander stellen zu können.

### 2.1. Verständnis des Begriffs Frau

Das Geschlecht einer Person – welches männlich, weiblich oder anders sein kann (Anmerkung der Verfasserin) – begleitet einen Menschen in seiner gesamten Biografie. Es ist eines der ersten Merkmale, welches spätestens bei der Geburt einem Menschen zugeschrieben wird und einen Einfluss auf alle Lebensbereiche eines Menschen hat (vgl. Köbsell 2010: 20). Geschlecht wird nicht nur als etwas naturgegebenes verstanden, sondern als ein soziales und kulturelles Konstrukt oder prosaisch formuliert, wird man nicht als Frau geboren sondern zu dieser gemacht (vgl. Czollek/Perko/Weinbach 2009: 20). Dabei dienen das biologische Geschlecht (*sex*) und die dazugehörigen Geschlechtsteile als Indikation (vgl. ebd.: 22), um einen Menschen einem Geschlecht zuzuteilen<sup>3</sup>. Welche Rollen, Funktionen und Verhaltensweisen beispielsweise mit dieser Zuteilung einhergehen, lässt sich nicht vom biologischen Geschlecht ableiten, sondern wird vom sozialen Geschlecht bedingt (vgl. ebd.: 21f.). Das soziale Geschlecht wird, wie Behinderung ebenfalls, als sozial und kulturell produziertes Konstrukt interpretiert. Rollen und dazugehörige Rollenbilder, ebenso wie genderspezifische Funktionen, werden durch kulturelle und gesellschaftliche Gegebenheiten und Verankerungen (re)produziert und durch Sozialisation individuell verinnerlicht (vgl. ebd.: 21). Das soziale Geschlecht beinhaltet ebenfalls die subjektive Wahrnehmung der eigenen Geschlechtsidentität, wobei diese mit dem zugewiesenen biologischen Geschlecht übereinstimmen kann, oder auch nicht (vgl. ebd.).

Die Begrifflichkeit Frau wird in dieser Arbeit, unter Beachtung des soeben aufgezeigten Verständnisses, als biologisches und soziales Geschlecht verwendet. Alle zugezogenen Studien berufen sich auf ein binäres Geschlechterverhältnis und unterscheiden stets zwischen Mann und Frau. Die Verwendung dieser Studien wie auch die Verwendung des Ausdrucks Frau in Bezug auf genderspezifische Unterschiede – ‘nur’ auf eine weitere Kategorie (Mann) bezogen – kann nach Sparmann als Reproduktion der binären Gendervorstellungen verstanden (vgl. ebd. 2015: 14) werden, ermöglicht dadurch aber, genderspezifische Diskriminierungsmechanismen aufzuzeigen.

Genderspezifische Barrieren und somit auch Diskriminierungen, sind ein elementarer Teil dieser Arbeit. Ihr Ursprung liegt primär darin, wie die Person gelesen wird: Nach Aussehen und Auftreten einer

---

<sup>3</sup> Auch das biologische Geschlecht wird von der Verfasserin gemäss der Queer-Studies als Konstrukt verstanden (vgl. Czollek/Perko/Weinbach 2009: 22).

Person, wird diese einem Geschlecht zugeteilt. Diese Zuteilung findet sowohl auf individueller Ebene in Interaktionen als auch auf gesellschaftlicher Ebene statt und wirkt sich in Wechselwirkungen wieder auf das Individuum aus, beispielsweise in genderspezifischen Diskriminierungen. Denn das Geschlecht bestimmt mit, wo in der gesellschaftlichen Hierarchie man sich befindet (vgl. Bereswill/Ehlert 2018: 32)<sup>4</sup>.

Die Verfasserin geht davon aus, dass ein ganzes Spektrum jenseits von Mann und Frau an Identitäten und Geschlechtern existiert, sowohl in der sozialen wie auch biologischen Geschlechterordnung. In dieser Arbeit wird dennoch auf den Begriff Frau zurückgegriffen, da auf diesbezügliche Barrieren, d.h. auf Grund des als Frau gelesen Werdens, fokussiert wird. Es wird auch nicht auf individuelle Realitätserfahrungen Bezug genommen, welche nur durch den Einbezug weiterer platzweisender Kategorien ganzheitlich analysiert werden könnten. Anzumerken ist, dass oftmals, wenn von Frau oder Mann gesprochen wird, auf heterosexuelle, cis, weisse, nichtbehinderte Menschen Bezug genommen wird, welche die Lebensrealität von Personengruppen, welchen diese Attribute nicht zugeschrieben werden, nicht widerspiegeln.

## 2.2. Behinderung und das Modell der Funktionalen Gesundheit

Der Begriff der Behinderung wird., seit Jahrzehnten, aus einer veränderten Perspektive betrachtet, welcher eine differentere, als die rein medizinische Auffassung von Behinderung zugrunde liegt (vgl. Rohrman 2018: 56); wobei eine Betrachtung von und Diskussion über Behinderung immer einem komplexen Spannungsfeld unterliegt. Einerseits gibt es die subjektive Wahrnehmung von Behinderungserfahrungen, welche der Definitionsmacht der betroffenen Menschen unterliegt (vgl. Ortland 2020: 16). Andererseits existiert die wissenschaftliche Perspektive, welche erklärende Theorien und Handlungsansätze aufstellt. Diese Theorien und Handlungsansätze basieren auf der «Operationalisierung und Erhebung vergleichbar erscheinender Erfahrungen und Situationen» (Ortland 2020:16). Folglich handelt es sich dabei um den Versuch, Aussagen mit einer breiten Gültigkeit zu treffen, welche ergo nicht den subjektiven Biografien und Erlebenswelten gerecht werden können (vgl. ebd.). Die Definition, welche in dieser Arbeit verwendet wird, hat ihren Ursprung in einem konstruktivistischen Verständnis von Behinderung und kann insofern als Konstrukt verstanden werden, die «zur Erklärung bestimmter Phänomene genutzt wird» (Rohrman 2018: 61), jedoch keinen Anspruch auf Absolutheit hat und sich kontinuierlich weiterentwickeln soll (vgl. ebd.).

---

<sup>4</sup> Jedoch wäre es auch verfehlt gesellschaftliche Macht- und Diskriminierungsverhältnisse nur auf das Geschlecht zurückzuführen, denn weitere Differenzkategorien wie sozioökonomischer Status, sexuelle Orientierung oder Behinderung, wirken sich auf ein Individuum und dessen Position innerhalb der gesellschaftlichen Hierarchie aus (vgl. Bereswill/Ehlert 2018: 37).

Historisch wurde Behinderung lange aus einer rein bio-medizinischen Perspektive betrachtet (vgl. Rohrman 2018: 56). Primär durch emanzipatorische Bewegungen von Menschen mit Behinderung, wie die «Krüppelbewegung» in den 1970er Jahren in Deutschland (vgl. URL 4.) und durch Forderungen von Angehörigen von Menschen mit Behinderung, geriet das damalige Verständnis von Behinderung auf der theoretischen Diskussionsebene der Sozialen Arbeit in Kritik (vgl. Rohrman 2018: 59). Aus diesen Kritiken entwickelte sich das bio-medizinische Verständnis von Behinderung weiter zu einem entindividualisierten, sozialen Verständnis von Behinderung (vgl. ebd.: 59).

Das in dieser Arbeit zugrundeliegende Verständnis von Behinderung beruht auf einer systemisch-konstruktivistischen Perspektive, welche das Zusammenspiel von Menschen – welche als behindert bezeichnet werden – und deren Umwelt beschreibt (vgl. Orland 2020: 16). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wie auch die UNBRK beziehen sich ebenfalls auf dieses Verständnis von Behinderung (vgl. INSOS 2009: 71):

Behinderung [entsteht] in und aus der Interaktion zwischen Personen mit vorhandener oder zugeschriebener Beeinträchtigung und ihrer sozialen oder materiellen Umwelt. Behinderung ist als offenes und dynamisches Konzept angelegt. Das Phänomen Behinderung lässt sich mit dem Konzept der Funktionalen Gesundheit beschreiben und fassen. Behinderung entsteht, wenn die Funktionale Gesundheit einer Person beeinträchtigt wird. (INSOS 2009: 71)

Somit muss das Modell der Funktionalen Gesundheit erläutert werden, um den Begriff der Behinderung verstehen zu können, welches wie folgt aussieht:

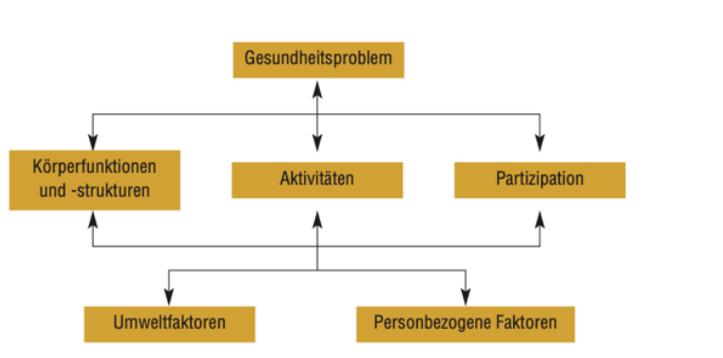


Abb. 3.: Modell der Funktionalen Gesundheit (in: INSOS 2009: 20)

Das Modell der Funktionalen Gesundheit setzt die bio-medizinische Diagnose nach ICD-10, im Modell als das Gesundheitsproblem dargestellt, in einen psycho-sozialen Kontext, um das Phänomen Behinderung erfassen und erklären zu können (vgl. Knobel/Lage 2013: 430). Es beschreibt die Wechselwirkung zwischen dem Gesundheitsproblem einer Person und den die Person umgebenden Kontextfaktoren, welche als Behinderung für diese Person resultieren (vgl. INSOS 2009:21).

An dieser Stelle wird kurz der Begriff der Beeinträchtigung erläutert<sup>5</sup>. Von einer Beeinträchtigung wird gesprochen, wenn eine Langfristigkeit des Zustandes, bspw. der Schädigung der Körperstrukturen im Falle einer kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung, vorliegt und wenn durch die Wechselwirkung mit der Umwelt eine gleichberechtigte wie auch vollkommene Teilhabe an der Gesellschaft behindert wird (vgl. AS 2014, 1123). Nach dem Modell der Funktionalen Gesundheit können die drei nachfolgend beschriebenen Faktoren beeinträchtigt sein: erstens die Körperfunktionen und -strukturen, welche «physiologische und psychologische Funktionen» (Knobel/Lage 2013: 431) des Menschen beschreiben. Die Schwierigkeiten, welche eine Person bei der Durchführung von Handlungen hat, beschreibt zweitens die Beeinträchtigung der Aktivitäten. Inwiefern eine Person an Lebenssituationen und Lebensbereichen teilhaben kann, beschreibt die Partizipation, welche als dritter Faktor beeinträchtigt sein kann (vgl. ebd.: 431). Diese Faktoren und ihr Zusammenwirken mit dem Gesundheitsproblem werden von den kontextbezogenen Faktoren beeinflusst (vgl. ebd.: 433), welche sich aus den Umweltfaktoren und den personenbezogenen Faktoren zusammensetzen. Erstere setzen sich aus allen externen Gegebenheiten rund um eine Person zusammen, wie die Hilfsmittel oder das Hilfesystem, die natürliche Umwelt, alle Beziehungen, Werte und Normen (vgl. ebd.: 431). Die personenbezogenen Faktoren umfassen «alle individuellen Merkmale einer Person, die nicht Teil ihres Gesundheitsproblems sind» (Knobel/Lage 2013: 431), darunter fällt beispielsweise der Charakter oder das Geschlecht einer Person (vgl. ebd.). Die Kontextfaktoren können entweder förderlich als sogenannte «Förderfaktoren» (INSOS 2009: 22) oder hinderlich, als sogenannte «Barrieren» (INSOS 2009: 22) auf die Funktionale Gesundheit einer Person einwirken (vgl. ebd.).

Eine Person gilt «dann als funktional gesund, wenn sie möglichst kompetent und mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat» (INSOS 2009: 72), wobei diese Zielsetzung zu der Fragestellung nach einem normalisierten Erleben von Sexualität führt. Wenn folglich ein Mensch in Bezug auf die Sexualität als funktional gesund betrachtet werden kann, kann auch von einem normalisierten Erleben von Sexualität ausgegangen werden.

In dieser Arbeit wird immer wieder auf kognitive Entwicklungsbeeinträchtigungen Bezug genommen, da die Fragestellung auf den institutionellen Kontext bezogen ist, und in den Institutionen in der Schweiz mehrheitlich Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen leben (vgl. Bundesamt für Statistik 2012: 3). Bereits die Formulierung lässt auf Grund der Verwendung des Begriff Beeinträchtigung auf eine Verortung im Modell der Funktionalen Gesundheit schliessen. Wenn von einer

---

<sup>5</sup> Auch der Begriff Beeinträchtigung wird als Konstruktion verstanden (vgl. Langner 2010: 156f.). Diese theoretische Erkenntnis eröffnet ein weiteres Dilemma zwischen Theorie und Praxis: wenn dieses Verständnis auf der Theorieebene möglicherweise Exklusionsmechanismen auflöst, so sind diese für die Begründung der Praxis, um eben jenen Exklusionsmechanismen entgegen zu wirken, notwendig (Pohlen 2010: 103f.).

kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung gesprochen wird, wird auf eine Beeinträchtigung der individuellen kognitiven Entwicklung hingewiesen, welche langanhaltend ist und sich in der Wechselwirkung mit der Umwelt negativ auf die Teilhabemöglichkeiten einer Person auswirkt (vgl. AS 2014, 1123). Eine einheitliche Abgrenzung dieses Begriffs existiert bis heute nicht (vgl. Kuhlig/Theunissen/Wüllenweber 2016: 116) und eine differenzierte Darstellung der verschiedenen Verstehenszugänge zu den Begriffen, welche kognitive Entwicklungsbeeinträchtigungen beschreiben (vgl. ebd.: 117), kann an dieser Stelle nicht ausgeführt werden<sup>6</sup>.

Wichtig hervorzuheben scheint der Verfasserin, dass mit dem Ausdruck Entwicklungsbeeinträchtigung beschrieben wird, «dass die Entwicklungsfähigkeit und die Entwicklungsmöglichkeiten eines Menschen aus bestimmten Umständen beeinträchtigt sind» (Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz 2005: 48), welche einen sozialen, psychischen und / oder somatischen Ursprung haben können. Dabei soll die lebenslange Entwicklungsfähigkeit eines Menschen hervorgehoben werden, welche individuell und kontinuierlich und im Austausch mit der Umwelt vonstattengeht (vgl. ebd.). Das heisst, im Vergleich zu früheren Definitionen wird auch die Entwicklungsbeeinträchtigung als etwas Veränderbares und nicht als abschliessend Zuschreibbares betrachtet (vgl. ebd.: 48f.), wobei nicht ausgeschlossen werden kann, dass durch ein bestimmtes Gesundheitsproblem, gemäss dem Modell der Funktionalen Gesundheit, eine Behinderung entsteht und diese in einer zusätzlichen Entwicklungsbeeinträchtigung resultiert (vgl. ebd.: 49).

## 2.3. Sexualität

### 2.3.1. Begriffsbestimmung Sexualität

Wie bei den Begrifflichkeiten der Behinderung und der kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, existieren auch für den Begriff der Sexualität zahlreiche Definitionen und Verständnisse. Dies erhöht sowohl die Komplexität einer Begriffsdefinition wie auch die Notwendigkeit eines einheitlichen Verständnisses von Verfasserin und Lesenden.

Der Begriff und die Thematik Sexualität lösen bei jedem Menschen unterschiedliche Assoziationen und Bewertungen aus, welche geprägt sind von «individuellen Einfluss- und Kontextfaktoren» (Ortland 2020: 13). Sexualität scheint untrennbar, in unterschiedlichster Art und Weise, an die menschliche Biografie gekoppelt zu sein (vgl. ebd.). Sexualität wird von Ortland, als ein Lebensbereich des Menschen definiert welcher:

---

<sup>6</sup> Eine der Verfasserin übersichtliche und dennoch detailliertere Annäherung findet sich in dem Text von Kuhlig et. Al. (vgl. ebd. 2016). Wobei diese den Begriff der «geistigen Behinderung» verwenden. Sie legen auch ein Argumentarium dar, weshalb dieser Begriff noch verwendet werden soll, was nicht der Meinung der Verfasserin entspricht, die dem Verständnis der Konstruktion der Beeinträchtigung folgt (bspw. vgl. Langner 2010: 156g.). Durch die Verwendung des Begriffs Entwicklungsbeeinträchtigung wird gemäss der verwendeten Definition auf deren veränderbaren Charakter hingewiesen.

nur schwer zu fassen ist, da dieser hochindividuell und von biografischer grosser Variabilität ist, in Gesprächen schwer zu beschreiben ist, da diese oft schambesetzt sind (..), ist schwer konsensuell in Worte zu kleiden, da Angemessenheit und Eindeutigkeit von Sprache unterschiedlich beurteilt werden. Und ist somit insgesamt für den Privatbereich als komplex zu beschreiben. (Ortland 2020: 13)

Neben dem als divers und hochgradig persönlich zu verstehendem Verständnis von Sexualität auf individueller Ebene, existiert auch ein wissenschaftlicher Anspruch an die Erfassung und -forschung der Sexualität: Sie ist ein Lebensbereich wie auch ein Spannungsfeld zwischen Theorie und Praxis. Eine klare und übergreifende Erfassung von Sexualität, im Sinne der Bestimmung eines wissenschaftlichen Untersuchungsgegenstandes, ist nur mit einem grossen inhaltlichen Verlust an Diversität und Komplexität möglich (vgl. Ortland 2020:14). Es ist somit nicht verwunderlich, dass bis heute diverse aber keine allgemeingültige, einheitliche Definition des Lebensbereiches Sexualität existiert (vgl. Aigner 2013: 24).

Eine verbreitete und ausführliche Definition von Sexualität ist jene der WHO, welche verschiedene Erlebens- und Ausdrucksebenen von Sexualität beachtet, sowie persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren Einfluss zugesteht und damit ein offenes und diverses Verständnis von Sexualität impliziert:

Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschliesst. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren. (WHO 2006: 10 zit. in INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 12).

Sexualität wird als dem menschlichen Wesen genuin definiert (vgl. Ortland 2020: 13). Die sexuelle Biografie ist die Gesamtheit aller Erlebnisse, welche im Verlauf des Lebens gemacht wird und die sexuelle Identität eines Menschen beeinflussen kann, welche durch die Auseinandersetzung mit den Normen und Werten der Gesellschaft und der bisherigen sexuellen Biografie entsteht und sich, wie die sexuelle Biografie, stetig weiterentwickelt (vgl. ebd.: 34). Die Diversität der Zugänge, Ebenen und Auslebungen der Sexualität führen dazu, dass keine einheitliche Norm der Sexualität bestimmt werden kann (vgl. ebd.: 35f.). Um dennoch beschreiben und messen zu können, inwiefern Sexualität gelingend gelebt werden kann, dient der Begriff der Sexuellen Gesundheit (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 13).

Die Eidgenössische Kommission für Sexuelle Gesundheit in der Schweiz bezieht sich bei der folgenden Begriffsdefinition auf jene der WHO, welche Sexuelle Gesundheit «als Zustand physischen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität» (Féraud/Huegli/Rüfeli 2017:6) beschreibt. Sie definiert sich nicht nur über «die Abwesenheit von Krankheit,

Funktionsstörungen oder Gebrechen» (Féraud et al. 2017:6) sondern fordert einen «einen positiven und respektvollen Zugang zu Sexualität und sexuellen Beziehungen» (Féraud et al. 2017:6). Sie fordert, dass alle Menschen die Möglichkeit haben, «genussvolle und risikoarme sexuelle Erfahrungen (...), frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt» (Féraud et al. 2017:6) machen zu können. Deshalb müssen «die sexuellen Rechte der Menschen geachtet, geschützt und garantiert werde(n)» (Féraud/et al. 2017:6).

### 2.3.2. Funktionale sexuelle Gesundheit

Das Modell der Funktionalen Gesundheit ist nicht nur ein Modell, um Behinderung zu erklären, es ermöglicht auch einen Verstehenszugang zu spezifischen Lebensbereichen. Eine Adaption des Modells der Funktionalen Gesundheit in Bezug auf Sexualität, mit dem Ziel einer möglichst normalisierten Sexualität, greift Barbara Ortlund auf (vgl. ebd. 2020: 32f.).

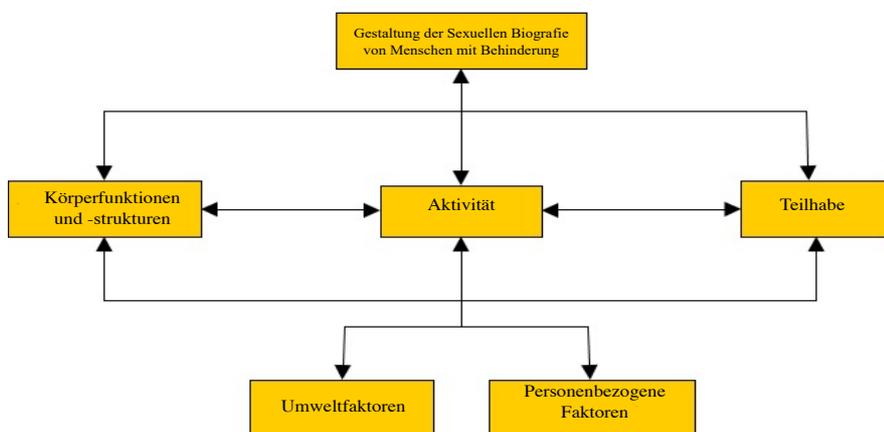


Abb. 4.: Modell der Funktionalen sexuellen Gesundheit (eigene Darstellung in Anlehnung an Ortlund 2020: 33)

Hier wird die Sexuelle Biografie als neuer Parameter eingeführt, welche die bisherigen Erlebnisse und Zugänge zur Sexualität beschreibt. Die mittlere Ebene wird ebenfalls in Kontext von Sexualität gesetzt: Die Beeinträchtigung der Körperfunktionen und -strukturen kann im Kontext von Sexualität auf Grund eines Gesundheitsproblems nach dem Modell der Funktionalen Gesundheit wie auch durch belastende, behinderungsbedingte Erfahrungen ausgelöst werden (bspw. Traumafolgestörungen). Die Aktivität bezieht sich auf die sexuellen Handlungsmöglichkeiten und Erfahrungsräume. Wie sich welche gesellschaftlichen Faktoren auf das Erleben von Sexualität auswirken und dadurch «die sexuelle Selbstverwirklichung» (Ortlund 2020: 32) tangieren, manifestiert sich in der Teilhabe (vgl. ebd.). Das Geschlecht einer Person ist unter den personenbezogenen Faktoren zu verorten. Zu den Umweltfaktoren gehören unter anderem die professionelle Begleitung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit wie auch institutionelle Barrieren, welche das Erleben der Sexualität beeinflussen wie auch gesellschaftliche Werte und Moralvorstellungen über Sexualität (vgl. ebd.). Das Modell der Funktionalen sexuellen

Gesundheit zeigt – analog dem Modell der Funktionalen Gesundheit – das Zusammenwirken der verschiedenen Komponenten hinsichtlich eines gelingenden Erlebens von Sexualität auf. Diesem kann – analog zur ‘unspezifischen’ Funktionalen Gesundheit – das Ziel des normalisierten Erlebens der Sexualität zugeschrieben werden.

#### 2.4. Normalisierung und normalisiertes Erleben Sexualität

Das Prinzip der Normalisierung ist eine Folge des Paradigmenwechsels der Sozialen Arbeit im Kontext von Behinderung und gilt als eine der Leitlinien der heutigen Behindertenhilfe (vgl. Pitsch 2006: 224). Es existieren verschiedene Normalisierungsstrategien und -konzepte, welche die Aufhebung der gesellschaftlichen Exklusion von Menschen mit Behinderung zum Ziel haben (vgl. Waldschmidt 2004: 142). Der Grundgedanke der Normalisierung lautet zusammengefasst wie folgt: Menschen mit Behinderung sollen Zugang zu allen Lebensmustern und Alltagsbedingungen haben, welche den Bedingungen und Lebensarten der Gesellschaft soweit wie möglich entsprechen (vgl. Beck/Franz 2016: 102f.). Es werden eine Normalisierung betreffend die Behandlung auf der Verwaltungsebene, also die Strukturierung der Behindertenhilfe und der Zugang zu Unterstützungsleistungen, wie auch betreffend die Lebensbedingungen, welche auch das Erleben der Sexualität einschliesst, gefordert (vgl. Pitsch 2006: 225f.). Dabei werden sowohl die Verbesserung auf objektiver Ebene, der Lebensbedingungen, als auch auf subjektiver Ebene, der individuellen Bedürfnisbefriedigung, angestrebt. Diese zweidimensionale Ausrichtung der Normalisierung ist Teil aller Normalisierungskonzepte (vgl. Beck/Franz 2016: 102). Es wird ersichtlich, dass eine normalisierte Sexualität sowohl das subjektive (befriedigte) Erleben von Sexualität als auch die objektiven Bedingungen des Zugangs zum Erleben von Sexualität beinhaltet. Die Normalisierung kann auf acht Elemente bezogen werden (vgl. ebd.: 102), wobei das sechste Element «das Recht auf Sexualität und die Übernahme von Geschlechterrollen» (Beck/Franz 2016: 103) beinhaltet (vgl. ebd.).

Damit ein einheitliches Verständnis geschaffen werden kann, was ein ‘so normal wie mögliches’ Erleben von Sexualität bedeutet, wird an dieser Stelle noch konkreter auf den Normalisierungsbegriff eingegangen, wie er durch Anne Waldschmidt beschrieben wird. Normalisierung orientiert sich an einem normativen wie auch normalistischen Normalisierungsbegriff (vgl. ebd. 2014: 149). Der normative Normalisierungsbegriff orientiert sich an übergeordneten Normen, welche von einem menschlichen Verhalten vorausgesetzt werden, aufgrund derer das Verhalten als normal oder nicht-normal gewertet werden kann (vgl. ebd.). Hier wird vermerkt, dass diese Normen historisch und kulturell entstanden sind bzw. geprägt werden und somit ein Teil der Aufrechterhaltung und Reproduktion

gesellschaftlich verankerter Machtstrukturen darstellen (vgl. Busche 2016: 10). Dazu kommt der Verfasserin die Parallele zur unterdrückten Sexualität der Frau in den Sinn, welche auf einem (kultur-)historisch bedingten, patriarchalen Frauenbild basiert, welches die Frau als nicht lustvoll-sexuelles, primär auf die Reproduktion reduziertes Wesen darstellt, woraus die bis vor wenigen Jahrzehnten vorherrschende Norm des Absprechens einer lustvollen Sexualität entstanden ist – deren Folgen bis heute die Normvorstellungen über die weibliche Sexualität beeinflussen. Die in der UNBRK postulierten Forderungen können als die Normen, mit normativem Anspruch, hin zu einer normalisierten Sexualität verstanden werden. Der normative Aspekt der Sexualität ist durch die vielschichtige und -fältige Definition von Sexualität ebenso breit wie der Sexualitätsbegriff selbst und beinhaltet auf der subjektiven Ebene die Auseinandersetzung mit den subjektiven Bedürfnissen (bspw. ‘Auf was habe ich Lust? Was bedeutet für mich Sexualität leben?’).

Ein normalistischer Zugang zum Normalisierungsbegriff beruht auf einer statistischen Mehrheit, welche die Norm bildet und aus dem Verhalten von diversen Menschen (einer Mehrheit) entsteht (vgl. Waldschmidt 2004: 149f.), wobei eine normalistische Sexualität von gesellschaftlichen Machtstrukturen geprägt wird, wie beispielsweise durch die vorherrschende Heteronormativität oder auch genderspezifische Diskriminierungsmechanismen (vgl. Woltersdorff 2019: 324).

Die Verfasserin schliesst daraus, dass, wenn nur die sexuelle Orientierung – in diesem Beispiel die heterosexuelle Orientierung – als normalisiert gelten würde, welcher die Mehrheit der Gesellschaft sich zugehörig fühlt, dann wäre dem Konzept der Normalisierung Ausgrenzung und Stigmatisierung inhärent, denn alle anderen Orientierungen würden als nicht-normal gelten. Alle Normalisierungsziele betreffend die Sexualität könnten nur hin zu einer heteronormativen Sexualität gemacht werden. Damit dennoch auf eine Normativität Bezug genommen werden kann, ist bei der Definition eines normalisierten Sexualitätsverständnisses eine flexible Normalisierungsstrategie notwendig, welche eine bewegliche Normalitätsgrenze voraussetzt, wodurch verschiedene sexuelle Orientierungen als normalisiert gelten, auch wenn sich diesen weder der Durchschnitt der Menschen zuordnet noch alle Menschen diese als Norm bezeichnen würden. Ziel ist ein «Normalitätsspektrum» (Waldschmidt 2014: 152), welches sich, einhergehend mit gesellschaftlichen Transformationsprozessen betreffend des als normalisiert geltenden Sexualitätsverständnisses, auch verschieben, erweitern oder verringern kann (vgl. Woltersdorff 2019: 327). Auch wenn sich statistisch gesehen mehr Menschen als heterosexuell

definieren, gilt zunehmend auch eine nicht-heterosexuelle Orientierung als normalisiert<sup>7</sup>. Normalisiert ist aber nicht mit diskriminierungsfrei gleichzustellen, denn trotz eines beweglichen Normalisierungsbegriffs betreffend die Sexualität, wirken gesellschaftliche Machtdynamiken auf Personen ein (vgl. ebd.: 324).

In dieser Arbeit stellt sich die Frage nach dem normalisierten Erleben von Sexualität im Kontext von Behinderung und Institution. Nach einem Normalisierungsverständnis, welches sowohl die Normativität als auch die Normalität berücksichtigt, bedeutet dies, dass Sexualität «so normal wie möglich» (Beck/Franz 2016: 102) erlebt werden kann – hinsichtlich der subjektiven Bedürfnisse und des Zugangs zu Unterstützungs- und Teilhabesystemen – innerhalb des Spektrums der gesellschaftlichen Normen wie auch der statistischen Normalität. Wobei die Normalisierung des Erlebens von Sexualität immer noch durch gesellschaftlich hergestellte und reproduzierte Barrieren geprägt ist (vgl. ebd.: 104). Das heisst, ein normalisiertes Erleben von Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen kann, im Sinne der funktionalen sexuellen Gesundheit, normalisiert werden, wenn die behinderungsspezifischen Barrieren abgebaut werden, welche das Erleben der Sexualität behindern, wobei die gesellschaftliche Dimension der Behinderung und die damit einhergehenden Diskriminierungsmechanismen dadurch nicht aufzuheben sind.

---

<sup>7</sup> Hier scheint der Verfasserin die Abstimmung über die ‘Ehe für alle’ im November 2021 in der Schweiz als Beispiel für eine flexible Normalisierungsstrategie auf normativer wie auch normalistischer Ebene zu sein. Auch wenn die heterosexuelle Orientierung nach wie vor als normal gilt, kann auch die homosexuelle Orientierung gewissermassen als normalisiert eingestuft werden, da sie sowohl auf normativer Ebene verankert wurde als auch auf normalistischer Ebene – wobei dies nur durch die Beachtung der gesellschaftlichen Transformationsprozesse möglich ist.

### 3. Genderspezifische Barrieren

In den bisherigen Kapiteln wurde ein Verständnis von Geschlecht, Behinderung und Beeinträchtigung wie auch von normalisierter Sexualität, als durch die Gesellschaft geprägte und diese prägendes Konstrukt, geschaffen, und es wurden bereits erste Bezüge zwischen diesen Kategorien hergestellt.

Ortland stellte eine Auflistung der verschiedenen Barrieren beim Ausleben der Sexualität vom Menschen mit Behinderung zusammen, basierend auf dem damaligen Forschungsstand (vgl. ebd. 2016: 16 – 20). Alle Barrieren der Auflistung beziehen sich auf Sexualität und Behinderung. Da die Fragestellung auf die Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen bezogen ist, stehen diejenigen Barrieren im Fokus, welchen weder strukturelle oder bauliche Rahmenbedingungen zugrunde liegen (vgl. ebd.: 19f.) noch als beeinträchtigungsbedingt klassifiziert worden sind (vgl. ebd.: 17). Die genderspezifische Barriere betreffend die multiplen Gewalterfahrungen, welchen Frauen mit Behinderung ausgesetzt sind (vgl. ebd.: 18), wird in dieser Arbeit nicht bearbeitet, da zu dieser Thematik zusätzliches Expert:innenwissen benötigt würde, über welches die Verfasserin nicht verfügt. Auch auf Grund der Rahmenbedingungen dieser Arbeit, wird die damit zusammenhängende Thematik der Prävention nur am Rande erwähnt. Nicht bearbeitet worden ist weiter «der Mangel an Erfahrungsräumen» (Ortland 2016: 18) zum Ausleben von Sexualität, insbesondere für junge Frauen (vgl. ebd.), da diese Barriere mehrheitlich den strukturellen und baulichen Massnahmen zugeordnet wird und deshalb von den Fachpersonen nur bedingt beeinflusst werden kann.

Deshalb wird auf folgende vier genderspezifischen Barrieren Bezug genommen:

- Mehrdimensionale Diskriminierung von Frauen mit Behinderung. (Hüner 2021: 105 zit. in Ortland 2016: 18)
- Implizite, unhinterfragte Vorstellungen zu Sexualität und Schwangerschaften. (Ortland 2016: 18)
- Prophylaktische hormonelle Verhütung in Verbindung mit mangelnder Aufklärung sowie zu geringem Einbezug der in diesbezügliche Entscheidungsprozesse. (Römisch 2011: 63 zit. in Ortland 2016: 19)
- Vermissten von engen und vertrauensvollen Beziehungen, vor allem bei Frauen mit Behinderung, die in Einrichtungen leben. (BMFSFJ 2012: 48 in Ortland 2016: 18)

Nachfolgend werden diese genderspezifischen Barrieren detaillierter beschrieben, damit in einem weiteren Schritt, in Bezug auf die Fragestellung, daraus resultierende Handlungsanforderungen für die Fachpersonen der Sozialen Arbeit ausformuliert werden können. Es ist davon auszugehen, dass es, neben diesen von Ortland beschriebenen, noch weitere genderspezifische Barrieren gibt. Auch werden mögliche Barrieren, welche spezifisch das Erleben von Sexualität von Frauen ohne Behinderung betreffen, ausser Acht gelassen, weshalb auf ein normalisiertes Erleben von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im institutionellen Kontext Bezug genommen wird.

### 3.1. Mehrfachdiskriminierung auf Grund der Attribute Frau und Behinderung

Menschen sollen weder wegen ihres Geschlechts noch wegen einer Behinderung benachteiligt werden – lässt sich aus dem Artikel 6 der UNBRK lesen (vgl. AS 2014, 1126). Das ist bisher nur ein Wunsch, entfernt der heutigen Realität in der Schweiz. In verschiedenen Lebensbereichen erfahren Frauen mit Behinderung sowohl gender- als auch behinderungsspezifische Diskriminierungen. So zeigt sich zum Beispiel, dass Frauen mit Behinderung in der Schweiz sowohl weniger hohe Leistungen der Invalidenversicherung erhalten als Männer mit Behinderung wie auch seltener überhaupt Leistungen der Invalidenversicherung zugesprochen erhalten (vgl. Inclusion Handicap 2017: 20). Belegt ist auch, dass Frauen mit Behinderung weniger gut ausgebildet sind als Männer mit Behinderung bzw. Frauen ohne Behinderung (vgl. ebd.: 21) und Frauen mit Behinderung viel häufiger Opfer sexueller Gewalt werden (vgl. BMFSFJ 2012: 19). Die Darstellung der Mehrfachdiskriminierung (Anhang II) verdeutlicht, dass auf Grund der kategorialen Zugehörigkeiten – zu Frau und Mensch mit Behinderung – insgesamt eine Benachteiligung resultiert. Geschlecht und die Behinderung wirken sich auf die Lebensrealität von Frauen mit Behinderung aus. Die Mehrfachdiskriminierung kann nicht als zwei ‘Folien, welche übereinandergelegt werden’ betrachtet werden, sondern sollte als zwei ‘Farben, die sich in einem Glas Wasser vermischen’ verstanden werden. Vermischt und verwoben wirkt die Mehrfachdiskriminierung dann auf Personengruppen und Personen ein. Im nachfolgenden Unterkapitel soll zuerst die Wirkung des ‘Farbgemisches’ auf das Erleben der Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen betrachtet werden, und anschliessend ein spezifischer Aspekt dessen noch genauer beleuchtet werden.

Hier kann vorweggenommen werden, dass die Zugehörigkeit zu den Merkmalen Frauen und Behinderung mit einer gesellschaftlich unter-privilegierten Situation einhergeht und die Diskriminierungserfahrungen sich auf die Lebensrealität der Menschen auswirken – folglich auch auf die Sexualität. Wie konkret, lässt sich anhand des Modells der Funktionalen sexuellen Gesundheit verdeutlichen, wobei die Diskriminierungserfahrungen sich als Barrieren, verhindernd auf ein normalisiertes Erleben von Sexualität, auswirken.

#### 3.1.1. Mehrfachdiskriminierung auf der Ebene der Sexualität

Die Konstrukte Geschlecht und Behinderung beinhalten in sich eine hierarchisierte Dichotomie (Mann/Frau und nicht-behindert/behindert) und werden konstant im Austausch zwischen Menschen und Gesellschaft hergestellt, wobei im Konstrukt Geschlecht die Kategorie Mann jener der Frau überlegen ist. Dasselbe gilt für das Verhältnis im Konstrukt Behinderung, wobei die Kategorie Nicht-behindert über der Kategorie Behindert steht (vgl. Köbsell 2010: 21). Die Kategorien Mann und Nicht-

behindert haben also eine machtvollere Position innerhalb der Gesellschaft, welche mit Privilegien einhergeht. Frau und Behinderung hingegen haben die minderprivilegierte Position inne und eine Frau mit Behinderung erfährt Ungleichheit und Diskriminierungen. Beide Kategorien manifestieren sich in der Person und betreffen ihre Identität und Sexualität (vgl. ebd.), wobei diese gerade die Kombination von Frau- und behindert-Werden einem gesellschaftlichen Tabu unterliegt (vgl. Thiessen 2011: o.S.). Im vergangenen Jahrzehnt konnte eine gewisse Enttabuisierung der Thematik Sexualität, Frau und Behinderung festgestellt werden, erwähnt seien Beispiele wie die queeren Crip-Porn Werke von Loree Erickson (vgl. Erickson 2005), die Performance- und Kunstwerke der Künstlerin Nina Mühlemann (vgl. Mühlemann 2021), und Foto- und Kunstausstellungen, welche die Themen Frau, Behinderung und Sexualität aufgreifen (vgl. Beckwith et al. 2015). Der gesellschaftliche Diskurs über die Sexualität von Frauen mit Behinderung ist jedoch noch weit entfernt von der Präsenz und Wertung desjenigen über die Sexualität von Männern oder auch Frauen ohne Behinderung (vgl. Thiessen 2011: o.S.), was als ein Indiz hinsichtlich der aktuellen gesellschaftlichen Haltung gegenüber der Kombination dieser Themen genommen werden kann. Die vermehrte Präsenz im gesellschaftlichen Diskurs hat auch nicht automatisch zur Folge, dass sich dadurch Macht- und Diskriminierungsverhältnisse auflösen. Es liesen sich unzählige Aspekte des Zusammenwirkens zwischen Geschlecht und Behinderung und deren Auswirkungen auch auf die Sexualität untersuchen (vgl. Raab 2010, Vogel 2016, Thiessen 2011), welche jedoch im Rahmen dieser Arbeit nur an dem folgenden Unterkapitel vertieft betrachtet werden können.

In Bezug auf die Fragestellung lässt sich festhalten, dass sowohl Geschlecht wie Behinderung einen hinderlichen Einfluss auf ein normalisiertes Erleben von Sexualität haben und im Zusammenhang stehen, und sowohl Behinderung, Frausein wie auch Sexualität haben einen Bezug zum Körper (wobei weder eine Behinderung sichtbar noch das Geschlecht biologisch erkennbar sein müssen) (vgl. Köbsell 2010: 21). Dabei ist zu beachten, dass deren Einfluss nicht einfach als Summe der Diskriminierungen auf Grund des Frauseins und die Diskriminierung nur auf Grund der Behinderung verstanden werden dürfen (vgl. Raab 2010: 77), sondern diese als 'Farbfilter' auf die Funktionale sexuelle Gesundheit von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im institutionellen Kontext einwirken. Folglich sind die von Ortland genannten genderspezifischen Barrieren Symptome der Mehrfachdiskriminierung (vgl. ebd. 2016: 18f.), welche aus der gesellschaftlichen Zuschreibung zu den Differenzkategorien Frau und Mensch mit Behinderung entstehen. Nur unter Beachtung dieser doppelten Zugehörigkeit können die Barrieren ganzheitlich erfasst werden (vgl. Köbsell 2010: 21). Sie müssen somit bei der Frage nach der geforderten Unterstützung und Begleitung durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit

im institutionellen Kontext, hinsichtlich des Ermöglichens eines normalisierten Erlebens von Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, zwingend beachtet werden.

### 3.1.2. Darstellung des Frauenkörpers

Anhand des Beispiels der gesellschaftlichen Darstellung des Frauenkörpers soll aufgezeigt werden, welchen Einfluss die Mehrfachdiskriminierung auf die Sexualität haben kann. Die Darstellung und Wahrnehmung des Frauenkörpers eignet sich für diese Herangehensweise besonders, denn der Körper ist die performative Ebene der drei Kategorien Behinderung, Geschlecht und Sexualität (vgl. Köbsell 2010: 23). Seit der sogenannten sexuellen Revolution und der Frauenbewegung, welche die westlichen Gesellschaften im vergangenen Jahrhundert durchzogen haben, wurden die Themen Sexualität und Frauen wieder zusammenhängend diskutiert (vgl. Sparmann 2015: 16), wobei der Darstellung von Frauenkörpern eine besondere Relevanz zukommt: Frauenkörper werden primär objektiviert und sexualisiert dargestellt (vgl. ebd.: 17). Dies führte zu einer gesellschaftlich verankerten Wahrnehmung des Frauenkörpers, welche mehrheitlich – neben den Reproduktionsfähigkeiten, welche mit dem aktuellen Frauenbegriff auch nicht mehr kohärent sind (Anmerkung der Verfasserin) – auf ihre Funktionalität und Attraktivität hin reduziert wird (vgl. Aigner 2013: 75). Schlussendlich gilt immer noch der männliche, nicht-behinderte Körper als Idealbild und der weibliche – wie auch der behinderte Körper – als der Andere, wobei dieser Zuschreibung eine Abwertung inhärent ist (vgl. Köbsell 2010: 24).

Die stark normierten und ästhetisierten Körperideale, denen Frauen ausgesetzt sind und allgegenwärtig im Alltag auftauchen, führen zu einem stetigen, oftmals abwertenden Vergleich des eigenen Körpers mit idealstereotypisierten Frauenkörpern (vgl. Aigner 2013: 75). Aiha Zemp beschreibt diese «normierten Schönheiten, die überall von den Plakatwänden herunterlächelten» (Zemp 1990: 17) als stetige Erinnerung daran, dass ein als behindert wahrgenommener Körper nie diesen «Schönheiten» (Zemp 1990: 17) entsprechen könne (vgl. ebd.).

Die kontinuierliche Fremdbewertung des Frauenkörpers kann deren Internalisierung zur Folge haben (vgl. Sparmann 2015: 17). Die genannte Fremdbewertung des Frauenkörpers und deren wahrgenommene (Nicht-)Attraktivität hat eine Auswirkung auf die individuelle sexuelle Biografie, folglich auch auf die sexuelle Identität eines Menschen. Die sexuelle Identität wird als fragile Teilidentität des menschlichen Selbstverständnisses verstanden (vgl. Burchardt 1999: 76). Fragil, weil die prägenden Erfahrungen primär durch Fremdbewertungen betreffend die eigene Person, den eigenen Körper und das eigene sexuelle Verhalten gemacht werden. Ergo ist dies, unter einer genderspezifischen Betrachtung, durch die gesellschaftlichen Bewertungskriterien des weiblichen Körpers an den Merkmalen Attraktivität und Funktionalität, von Bedeutung. Die Fremdbewertungen betreffend den eigenen

(weiblichen) Körper können starke Reaktionen auf der Gefühlsebene auslösen, und somit zu einer, im Vergleich zu anderen Teilidentitäten, schnelleren Verunsicherung in der sexuellen Identität führen (vgl. ebd.: 76). Dies hat Auswirkungen auf das Ausleben der Sexualität wie auch auf den Umgang damit, denn Verunsicherung ist ein Gefühl, das vermieden werden will, respektive bei dessen Eintreten, das Verhalten beeinflussen wird (vgl. ebd.).

Es besteht auch die Möglichkeit, dass durch die internalisierte Fremdbewertung das Selbstbild eines Menschen traumatisch geprägt wird, wodurch Trauma bedingte Folgen entstehen können (vgl. Scholten 2020: 166), wie bspw. «Schwierigkeiten, eigene Gefühle und Bedürfnisse zu erkennen und zu benennen» (Scholten 2020: 161) oder ein «fehlendes Bewusstsein (...) eigener Vorlieben und Abneigungen» (Scholten 2020: 161) wie auch «Probleme in der Selbstfürsorge und der Sorge für die eigene Sicherheit» (Scholten 2020: 161), welche alle einen Einfluss auf die sexuelle Biografie und somit auf die sexuelle Identität einer Person haben (vgl. ebd.: 166, 171), welche die Funktionale Sexuelle Gesundheit beeinflussen.

Bezugnehmend auf die Fragestellung ist festzuhalten, dass in der westlichen Gesellschaft weisse, nicht-behinderte, heterostereotypisierte Männerkörper als (oberste) Norm gelten – und somit die Körper von Frauen und Menschen mit Behinderung von dieser abweichen (vgl. Köbsell 2010: 24). Dies kann für Frauen mit Behinderung – und deren Sexualität – als auch für das professionelle Handeln von Fachpersonen der Sozialen Arbeit eine Auswirkung haben (vgl. Perspektive auf weibliche Fachpersonen im nächsten Unterkapitel). ‘Gute’ Frauenkörper sollen gemäss der gesellschaftlichen Darstellung funktional und attraktiv sein (vgl. Aigner 2013: 75). Dies hat sowohl auf der gesellschaftlichen Ebene Folgewirkungen (Abwertung und Diskriminierungserfahrungen) (vgl. Zemp 1990: 17) als auch auf der individuellen Ebene (internalisierte Fremdbewertung) (vgl. Sparmann 2015: 17) einen einschränkenden Einfluss, auch betreffend das Ausleben von Sexualität (vgl. Scholten 2020: 166, 171). Beide Aspekte wirken sich, als ein Beispiel einer Barriere, auf Grund der Mehrfachdiskriminierung auf ein normalisiertes Erleben der Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im Institutionellen Kontext aus.

### *Perspektive auf die weibliche Fachpersonen*

Weibliche Fachpersonen sind von den vorangehend beschriebenen, genderspezifischen Einflüssen auf die sexuelle Identität beeinflusst. Die internalisierte Fremdbewertung und die dadurch ausgelöste Verunsicherung können bei weiblichen Fachpersonen der Sozialen Arbeit zur Folge haben, dass Teilbereiche der Sexualität, im professionellen Umgang mit Sexualität, bewusst oder unbewusst, vermieden

werden, damit keine eigene Verunsicherung ausgelöst werden kann. Bei einer ausgelösten Verunsicherung kann allenfalls nicht mehr adäquat und somit professionell gehandelt werden (vgl. Ortland 2020: 194). Dabei ist zu beachten, dass, laut AvenirSocial (2018), in der Schweiz mehr als 70% der Fachpersonen der Sozialen Arbeit weiblich sind (vgl. ebd.: 24). Folglich schafft eine genderspezifische Verunsicherung der Fachpersonen genderspezifische Diskriminierungsmechanismen: Wenn nicht mehr auf die Thematik der Sexualität der begleiteten Personen eingegangen wird, schafft die weibliche Fachperson, auf Grund der eigenen Verunsicherung, Barrieren.

### 3.2. Subjektive Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft

Ortland erwähnt die subjektive Vorstellung der Fachpersonen – unabhängig vom Geschlecht – über Schwangerschaft und Sexualität als weiteren einschränkenden Faktor (vgl. ebd. 2016: 18). In diesem Kapitel wird primär auf die subjektiven Vorstellungen von Fachkräften über die Sexualität von Menschen mit Behinderung Bezug genommen (Verhütung und Schwangerschaft werden im nächsten Unterkapitel aufgegriffen). Wie mehrfach betont, haben die Thematiken Frauen mit Behinderung und Sexualität im gesellschaftlichen Diskurs keinen hohen Stellenwert, bis heute, im 21. Jahrhundert, liegt eine Tabuisierung vor (vgl. Langner 2010: 158). Auch Fachpersonen der Sozialen Arbeit werden durch diese gesellschaftlichen Zuschreibungen beeinflusst und halten diese, durch die Reproduktion dieser Haltung, aufrecht.

Ortland befragte Mitarbeitende, in Wohninstitutionen für Menschen mit Behinderung, zu ihrer Wahrnehmung betreffend die Sexualität der begleiteten Personen. Sie stellte fest, dass jede dritte befragte Fachperson sexuelle Verhaltensweisen im professionellen Alltag erlebt, jedoch nur jede vierte Fachperson diese als störend wahrnimmt (vgl. ebd. 2016: 132). Ortland äussert dazu die Annahme, dass diese Wahrnehmung bei nicht-behinderten Menschen anders wäre, nämlich dass sexuelle Verhaltensweisen, in einem nicht-lustvollen, nicht-einvernehmlichen Kontext (bspw. auf einem Sozialdienst (Anmerkung der Verfasserin)), als Übergriff gewertet werden würden, also als mehr als störend wahrgenommen werden würden (vgl. Ortland 2016: 132.). Ortland schliesst daraus, dass Fachpersonen die begleiteten Menschen in Institutionen primär als behinderte Menschen wahrnehmen und nicht als erwachsene Menschen mit Sexualität und Behinderung (vgl. ebd.: 133). Diese Annahme ist kohärent mit der gesellschaftlichen Wahrnehmung von Behinderung und Sexualität. Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen wird Sexualität abgesprochen, da die Behinderung als im Widerspruch stehend zu sexuellen Normalvorstellungen eingeordnet wird (vgl. Langner 2010: 158). Wird durch die Fachpersonen doch Sexualität wahrgenommen, kann eine Irritation der subjektiven Vorstellungen der

Fachpersonen ausgelöst werden, einhergehend mit der gesellschaftlichen Normvorstellungen von Behinderung und Sexualität (d.h. deren Nichtexistenz oder wenn, dann deren Triebhaftigkeit). Daraus resultiert eine grosse methodische Herausforderung und eine Überforderung in der Praxis (vgl. Langner 2010: 159), welche bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit zu einem «pädagogischem Schweigen» (Langner 2010: 159) oder «Nichtverhalten zu Sexualität» (Langner 2010: 159) führt, wodurch folglich diese Thematik im professionellen Alltag weder aufgegriffen wird noch bei Konfrontation professionell reagiert werden kann.

Ortland schlüsselte die Ergebnisse der Befragung genderspezifisch auf und stellte Folgendes fest: Sexuell interpretierte Verhaltensweisen von weiblichen begleiteten Personen werden von den Fachpersonen als störender wahrgenommen als ebendiese von männlichen begleiteten Personen (vgl. ebd. 2016: 79, Anhang III). Wie diese unterschiedlichen Bewertungen zustande kamen, wurde von Ortland nicht ausgeführt. Es liegt nahe, die in den Interviews aufgezeigten Interpretationsunterschiede der Fachpersonen auf die gesellschaftliche Haltung gegenüber der Wahrnehmung von Sexualität von Menschen mit Behinderung zurückzuführen. Ebenso widerspiegelt sich darin die genderspezifische Haltung der Fachpersonen im Verhalten gegenüber Menschen mit Behinderung: dass Frauen mit Behinderung, im Vergleich zu Männern mit Behinderung, eher als Subjekte ohne Sexualität, hingegen Männer mit einer Behinderung eher unter dem Mythos der 'triebhaften Sexualität'<sup>8</sup> wahrgenommen werden (vgl. Zemp 1990: 16). Des Weiteren erwähnen sowohl Ortland und Römisch, dass Frauen mit Behinderung einer urteilenden Haltung, z.B. über die adäquate Anzahl Partner:innen oder die Dauer von Liebesbeziehungen, von Fachpersonen betroffen sind (vgl. Ortland 2016: 18, Römisch 2011: 63). Die Anzahl Sexualpartner:innen von Frauen oder Männern wird gesellschaftlich unterschiedlich gewertet, wobei wechselnde Sexualpartner:innen bei Frauen schneller als inadäquat gewertet werden, als bei Männern (vgl. Römisch 2011: 63).

In Bezug auf die Fragestellung äussert sich das Zusammenspiel – von gender- und behinderungsspezifischen Moral- und Normalitätsvorstellungen – bei den Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der Absprache der Sexualität von Frauen mit Behinderung und in genderspezifischen Vorstellungen darüber, was ein adäquates Sexualverhalten ist. Dies resultiert in einer Barriere betreffend das Ausleben der Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext.

---

<sup>8</sup> Definition triebhaft gemäss Duden: «von einem Trieb (..), besonders dem Geschlechtstrieb, bestimmt, darauf beruhend; einem Trieb folgend [und daher nicht vom Verstand kontrolliert]» (URL 5.).

### 3.3. Hormonelle Verhütung und Schwangerschaft

Gerade in Bezug auf Schwangerschaft, Elternschaft und Familienplanung führt die gesellschaftliche Haltung zu Sexualität und Behinderung, gegenüber weiblichen Jugendlichen und Frauen mit Behinderung, zu weiteren Benachteiligungen<sup>9</sup>(vgl. Köbsell 2010: 20).

#### 3.3.1. Verhütung

Der Ursprung der heutigen Praxis der sogenannten «prophylaktischen Verhütung» (Römisch 2011: 63) lässt sich in der vorherrschenden, gesellschaftlichen Haltung gegenüber Elternschaft und Menschen mit Behinderung (vgl. Köbsell 2010: 21) erklären. Ein weiterer Grund der prophylaktischen Verhütung wird in der Prävention vermutet: Frauen mit Behinderung, welche in Institutionen wohnen, sind auf Grund des Geschlechts und der Behinderung einem viel höheren Risiko ausgesetzt, sexuelle Gewalt zu erfahren (vgl. Inclusion Handicap 2017: 22). Durch die hormonelle Verhütung kann verhindert werden, dass als Folge sexueller Gewalt eine Schwangerschaft entsteht, jedoch bleibt dadurch auch eine mögliche Folge der Gewalterfahrungen unsichtbar, bzw. kann diese schlussendlich begünstigen (vgl. Römisch 2011: 64).

Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen werden häufig Verhütungsmittel verschrieben, auch wenn kein Indiz vorliegt, dass eine Schwangerschaft entstehen könnte oder diese von der Person selbst ausgeschlossen werden möchte (vgl. Römisch 2011: 63). Der Bericht über die Lebenssituation von Frauen mit Behinderung in Deutschland kommt zum Schluss, dass Frauen mit kognitiver Entwicklungsbeeinträchtigung «häufig (..) schwangerschaftsverhindernde Massnahmen» (BMFSFJ 2012: 41) verschrieben werden, auch wenn sie nach eigenen Angaben «nicht sexuell aktiv sind oder waren» (BMFSFJ 2012: 41). Die Verhütung nimmt dadurch einen prophylaktischen Charakter an<sup>10</sup>. Unabhängig vom Grund für die Anwendung von Verhütungsmitteln, werden die Aufklärung über und der Zugang zu Informationen über die Verhütungsmittel – zu deren Funktion und allfälligen Begleiterscheinungen, wie auch über Alternativen – als nicht ausreichend bewertet und die Betroffenen werden nicht adäquat in den Entscheidungsprozess integriert (vgl. Römisch 2011: 63).

Hier sollte noch der Frage nachgegangen werden, wer denn juristisch über die Frage der Verhütung entscheiden darf. Laut dem schweizerischen Zivilgesetzbuch sind ärztliche Eingriffe mit Heilzweck – Verhütung zu Gesundheitszwecken, einschliesslich dem straflosen Schwangerschaftsabbruch und die Sterilisation – relativ höchstpersönliche Rechte, über welche bei Urteilsunfähigkeit die gesetzliche

---

<sup>9</sup> Es wird nicht davon ausgegangen, dass alle Frauen die biologischen Konstitutionen haben, schwanger zu werden (Anmerkung der Verfasserin).

<sup>10</sup> Hier stellt sich die Verfasserin die Frage, wie diese Statistik aussehen würde, wenn es ebenso viele Arten schwangerschaftsverhindernder Verhütungsmittel für Männer gäbe.

Vertretung stellvertretend entscheiden kann (vgl. Fountoulakis/Rosch 2016: 43). Voraussetzung für die Urteilsfähigkeit sind einerseits die Fähigkeit, eine Situation zu verstehen, einzuschätzen und sich aus den Erkenntnissen einen Willen zu bilden und andererseits nach diesem gebildeten Willen zu handeln (vgl. ebd.: 35). Wenn Menschen in Entscheidungsprozesse inkludiert werden sollen, bedarf es vorgelagert eine Informations- und Wissensvermittlung, um die Willensbildung überhaupt zu ermöglichen. Denn die Urteilsfähigkeit ist kein absoluter Zustand, sondern muss «im Einzelfall in Bezug auf konkrete Handlungen oder Situationen» (Fountoulakis/Rosch 2016: 35) geklärt werden (vgl. ebd.).

### 3.3.2. Schwangerschaft

Die Thematik der Schwangerschaft von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen kann nicht vertieft ausgeführt werden, sondern wird oberflächlich umrissen und insbesondere auf die Rolle der Fachpersonen und genderspezifische Aspekte bezuggenommen.

Köbsell schreibt, dass es oftmals einfacher war und ist, «einen Schwangerschaftsabbruch oder eine Sterilisation durchführen zu lassen, als Unterstützung für das Austragen einer Schwangerschaft zu bekommen» (Köbsell 2010: 21). Elternschaft bei kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen wird im gesellschaftlichen und professionellen Diskurs nur selten und wenn, dann oft emotionsgeladen aufgenommen (vgl. Hoyningen-Süess/Wülser Schoop 2007: 81). Dies spiegelt sich auch in der geringen Anzahl bestehender Forschungen betreffend Elternschaft und kognitive Entwicklungsbeeinträchtigung in der Schweiz wider (vgl. ebd.: 79). Äussern Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen den Wunsch, ein Kind zu bekommen, löst dies bei Fachpersonen und Angehörigen oft grosse Ängste und Überforderung aus (vgl. URL 5). Es wird von der Verfasserin angenommen, dass diese Unsicherheit einen (hemmenden) Einfluss auf die professionelle Unterstützung und Ermöglichung der Selbstbestimmung der Betroffenen hat. Auch der Schattenbericht von Inclusion Handicap belegt, dass das professionelle Beratungs- und Informationsangebot für Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen betreffend Schwanger- und Elternschaft in der Schweiz nur unzureichend ist (vgl. ebd. 2017: 99). Ebenso ist der Zugang zu gynäkologischen Untersuchungen nicht gleichberechtigt gewährleistet (vgl. ebd.: 22), wobei Gynäkolog:innen Fachpersonen wären, welche in professioneller Kooperation die Wissensressourcen auf medizinischer Ebene beisteuern und als neutrale Berater:innen fungieren könnten.

In Bezug auf die Fragestellung ist hier festzuhalten, dass, trotz einer zunehmenden Sichtbarkeit in der Gesellschaft, sich die gesellschaftliche Haltung gegenüber Elternschaft (vgl. Hoyningen-Süess/Wülser Schoop 2007: 81) und Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen

restriktiv auf ein normalisiertes Erleben von Frauen mit Behinderung auswirkt; hier illustriert an der prophylaktischen Verhütung (vgl. BMFSFJ 2012: 41) und der Überforderung betreffend einer möglichen Elternschaft (vgl. URL 5). Die gesellschaftliche Haltung beeinflusst sowohl die Fachpersonen der Sozialen Arbeit als auch die Angehörigen wie auch allfällige gesetzliche Vertretungspersonen (vgl. Köbsell 2010: 21, Römisch 2011: 63f.).

### 3.4. Vermissen von engen Beziehungen

Ortland führt als weitere genderspezifische Barriere bei der Ausübung normalisierter Sexualität das «Vermissen von engen und vertrauensvollen Beziehungen» (Ortland 2016: 18) von Frauen, welche in Institutionen leben, auf. Diese Erkenntnis stammt aus der in den Jahren 2009-2011 durchgeführten Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (vgl. BMFSFJ 2012: 48). Frauen mit Behinderung, welche in Institutionen leben, gaben drei bis viermal öfter an, nahe und vertrauensvoll beschriebene Beziehungen zu vermissen, als Frauen ohne Behinderung. Nach welcher Art von nahen und vertrauensvollen Beziehungen – also romantische, freundschaftliche oder erotische Beziehungen – sich die Befragten sehnen, wurde nicht ausdifferenziert, wobei diesen, unabhängig davon, Einflüsse auf die Sexualität zugeschrieben werden.

Eine Ursache des Fehlens, von als eng bezeichneten Beziehungen, ist die geringe Mitwirkungsmöglichkeit der Menschen mit Behinderung bei der Zusammenstellung der Wohngruppe (vgl. Ortland 2016: 121) und somit die Nichtbeachtung der individuellen Präferenzen und Sympathien betreffend weiteren Mitbewohnenden. Eine weitere Ursache sind die stark eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten, bis hin zur sozialen Ausgrenzung, welchen Frauen mit Behinderung genderspezifisch verstärkt ausgesetzt sind (vgl. Inclusion Handicap 2017: 22) und welche durch den institutionellen Wohnkontext verstärkt werden. Die Teilhabe und -nahme an Veranstaltungen, das Engagement in einem Verein oder in Organisationen sind oftmals durch die Institutionsstruktur und -lage eingeschränkt, was sich vermindern auf die Chance auswirkt, soziale Kontakte ausserhalb der Institution herzustellen und zu pflegen (vgl. Ortland 2016: 121). Beide Ursachen haben zur Folge, dass nur wenige selbstgewählte soziale Kontakte hergestellt werden können, ergo auch der Erfahrungsraum des Erlebens der Sexualität erheblich verringert wird, was sich als Barriere für ein normalisiertes Erleben von Sexualität von Frauen mit Behinderung in Institutionen erweist.

Dass Frauen mit Behinderung, laut der besagten Studie, nicht ausreichend Teilhabemöglichkeiten haben (vgl. BMFSFJ 2012: 39) und teilweise ungewollt Partner:innenlos sind (vgl. Ortland 2016: 121),

wirkt sich, neben der geringen Zahl selbstbestimmt gewählter Kontakte und Beziehungen, auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Frauen aus und kann Mitursache für psychische Beschwerden und gesundheitliche Probleme sein (vgl. BMFSFJ 2012: 48). Dies kann auch auf die Sexualität einen Einfluss haben, da die sexuelle Gesundheit eines Menschen auch von dessen allgemeiner Gesundheit geprägt wird (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 13). Deshalb wirken sich die beschriebenen gesundheitlichen Probleme ebenfalls als Barriere auf ein normalisiertes Erleben von Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen in Institutionen aus.

#### 4. Resultierende Anforderungen an das professionelle Handeln

Im Kapitel 3. wurden vier von Barbara Orland definierte genderspezifische Barrieren ausformuliert und in Kontext gesetzt. Im nachfolgenden Kapitel werden mögliche Handlungsansätze für Fachpersonen aufgezeigt, um diesen Barrieren entgegenwirken zu können. In der Begleitung und Unterstützung im Institutionellen Kontext, sollen Frauen mit einer Behinderung damit ein normalisiertes Erleben von Sexualität ermöglicht werden. Die Erkenntnisse des Kapitels 4. sind im Anhang IV übersichtlich dargestellt.

##### 4.1. Mehrfachdiskriminierung - Intersektionale Perspektive

Im Kapitel 3.1. wurde das Zusammenspiel – und die damit verbundenen Machtverhältnisse – von Geschlecht und Behinderung in Bezug auf Sexualität und die dadurch entstehenden Nachteile an Hand der Darstellung des Frauenkörpers verdeutlicht. Es wurde auch aufgezeigt, dass diese (Mehrfach)Diskriminierung ein gesellschaftlicher Prozess ist (vgl. Raab 2010: 76), ergo von Fachpersonen allein nicht aufgelöst werden kann. Doch auch deren Ausserachtlassung entspricht nicht dem professionellen Handeln, welches sich der «Zurückweisung von Diskriminierung» (AvenirSocial 2010: 11) verpflichtet sieht (vgl. ebd.). Deshalb gilt es, dieses Zusammenspiel zu beachten, dessen Phänomene in der professionellen Praxis zu erkennen und im professionellen Alltag im Bewusstsein zu integrieren. Der

Intersektionalitäts-Ansatz<sup>11</sup> kann hier angewandt werden. Er bezieht sich primär auf die Analyse gesellschaftlicher Verhältnisse, ist aber auch in der Praxis von Fachpersonen der Sozialen Arbeit anwendbar. Durch Inkludierung mehrerer Differenzkategorien in die Analyse einer Personengruppe – beispielsweise einer Zielgruppe der Sozialen Arbeit – können Diskriminierungen und Ungleichheiten differenzierter betrachtet werden (vgl. Raab 2010: 74).

Für Fachpersonen dient der Intersektionalitäts-Ansatz als Instrument zur Erfassung der Komplexität dieser Machtverhältnisse (vgl. Raab 2010: 81) und damit dem professionellen Anspruch der Sozialen Arbeit, Diskriminierungen entgegenzuwirken (vgl. AvenirSocial 2010: 11). Auch bei der Begleitung und Unterstützung betreffend ein normalisiertes Erleben von Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext, ermöglicht der Intersektionalitäts-Ansatz, Fragen bezüglich einer normalisierten Sexualität differenzierter zu betrachten. Dies dient als Zugang zum Verstehen der dualen Mehrfachdiskriminierung (Geschlecht/Behinderung), die sich auf die Sexualität von Frauen mit Behinderung auswirkt und es stellen sich weiterführende Fragen, wie sich weitere Differenzkategorien förderlich oder hinderlich auf das Erleben der Sexualität auswirken (bspw. Geschlecht/Behinderung/sexuelle Orientierung).

Durch eine intersektionale Betrachtung der Einflüsse auf die Sexualität von Frauen mit Behinderung, können die in dieser Arbeit untersuchten Barrieren ebenfalls hergeleitet werden; zudem können auch weitere, momentan ausser Acht gelassene gesellschaftliche Einflüsse auf die Sexualität einer Person sichtbar gemacht werden. Die Verfasserin denkt dabei wieder an die sexuelle Orientierung, welche ebenfalls einen Einfluss auf das Erleben von Sexualität im Kontext von Behinderung hat (vgl. Raab 2010: 74) und weil gerade auch die gesellschaftliche Bewertung von Homosexualität genderspezifisch

---

<sup>11</sup> Der Ansatz der Intersektionalität hat seinen Ursprung in der feministischen Identitätsdebatte in den Vereinigten Staaten von Amerika. Insbesondere durch die Kritik an den gängigen, von weissen Frauen dominierten, feministischen Theorien und Politiken durch Women of Colour, etablierte sich die Intersektionalität (vgl. Raab 2010: 75f.). Denn die feministischen Forderungen der weissen Feministinnen vernachlässigten neben der Diskriminierung des Geschlechts die rassistische Diskriminierung, welche Women of Colour erfahren. Als Analysemodell, um die Triade 'class – race - gender' zu verstehen, wurde der Intersektionalitäts-Ansatz ausgearbeitet. Damit soll sichtbar gemacht werden, dass eine isolierte Analyse der Geschlechtskategorie nicht ausreicht, um die Heterogenität der Lebenslagen von Frauen zu verstehen (vgl. ebd.: 76). Die Intersektionalität (engl.: intersection, deut.: Überkreuzung (Anmerkung der Verfasserin)) fokussiert auf das Zusammenwirken der verschiedenen Differenzkategorien (vgl. Anhang V) und Ungleichheiten und zeigt die Interdependenz ebendieser auf. Eine intersektionale Analyse versucht, die Komplexität der vorherrschenden Macht- und Hierarchieverhältnisse der «spätkapitalistischen Gegenwartsgesellschaft» (Raab 2010: 77) zu erfassen. Wird Behinderung aus einer intersektionalen Perspektive betrachtet, entsteht ein «multiples Verständnis von Behinderung» (Raab 2010: 77), wobei Behinderung durch das reziproke Zusammenwirken weiterer gesellschaftlicher Macht- und Hierarchieverhältnisse geprägt wird und umgekehrt (vgl. ebd.). Beispielsweise lassen sich mit dem Intersektionalitäts-Ansatz Fragen, warum eine Frau mit Behinderung primär unter dem Aspekt Behinderung wahrgenommen wird, das Geschlecht und andere Differenzkategorien erst nachrangig besprochen werden, oder welchen Einfluss die sexuelle Orientierung als weitere Differenzkategorie auf die Lebenslage einer Frau mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen in Bezug auf das Erleben von Sexualität hat, umfassend erfassen und analysieren (vgl. ebd.: 78).

ausfällt (vgl. ebd. 75f.). Eine konkrete Anwendung wäre beispielsweise, sie als Strukturierungshilfe bei der Situationserfassung und Analyse der Lebenssituation und konkret auch der Sexualität beizuziehen. Die Power Flower (vgl. Anhang VI) ist bspw. ein methodisches Hilfsmittel zur Sichtbarmachung der verschiedenen Positionen, welche ein Mensch in der Gesellschaft innehat (vgl. Busche 2016: 8).

Eine Intersektionale Perspektive kann unter dem Anspruch der Zurückweisung von Diskriminierung (vgl. AvenirSocial 2010: 11) als notwendige Erweiterung des Professionellen Handelns verstanden werden, hinsichtlich eines normalisierten Erlebens von Sexualität. Gemäss dem beschriebenen Normalisierungsverständnis (vgl. Kapitel 2.4.) werden gesellschaftlichen Macht- und Diskriminierungsmechanismen darin nur sekundär fokussiert (vgl. Beck/Franz 2016: 104). Das Modell der Funktionalen sexuellen Gesundheit strebt eine Normalisierung des Erlebens der Sexualität an (vgl. Kapitel 2.3.3.). Der Beachtung der Umweltfaktoren, welche erstens förderlich oder als Barrieren auf die Funktionale sexuelle Gesundheit einwirken können (vgl. INSOS 2009: 22) und zu welchen zweitens die gesellschaftlichen Werte zählen (vgl. ebd.: 28), kann durch die Verwendung des Intersektionalitätsansatzes zusätzliche Aufmerksamkeit gegeben werden. Unter Berücksichtigung des erheblichen Einflusses, welche die Kontextfaktoren auf den Zustand der Funktionalen sexuellen Gesundheit und somit auch der Normalisierung des Erlebens der Sexualität haben, kann der Rückschluss gezogen werden, dass durch eine intersektionale Analyse die Funktionale sexuelle Gesundheit erheblich erhöht werden kann und eine ganzheitlichere und somit auch professionellere Begleitung und Unterstützung möglich wird, da die Grundsätze der Gleichbehandlung, der Zurückweisung von Diskriminierung wie auch der Anerkennung von Verschiedenheit (vgl. AvenirSocial 2010: 10f.) ermöglicht werden, wobei Raab betont, dass die Anwendung des Intersektionalitäts-Ansatzes bisher «eher die Ausnahme» (Raab 2010: 78) in den feministischen und queeren Disability Studies sei (vgl. ebd.).

Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen, um der Mehrfachdiskriminierung von Frauen mit Behinderung in Bezug ein normalisiertes Erleben der Sexualität im institutionellen Kontext Rechnung zu tragen:

- Intersektionale Perspektive
- Betrachtung und Beachtung der verschiedenen Differenzkategorien und den damit einhergehenden gesellschaftlichen Diskriminierungsmechanismen wie auch Privilegien.

#### 4.2. Subjektive Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft – Selbstreflexion

Im Kapitel 3.2. wurde aufgezeigt, wie subjektive Vorstellungen von begleitenden Fachpersonen sich in der Begleitung und Unterstützung hinderlich auf das normalisierte Erleben von Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext auswirken können.

Selbstreflexion, also die Auseinandersetzung mit sich selbst, dem eigenen Handeln und auch der eigenen Biografie, gilt als Merkmal einer professionellen Sozialen Arbeit (vgl. AvenirSocial 2010: 13).

Dieser Anspruch lässt sich auch bezogen auf die sexuelle Biografie und Identität der Fachpersonen anwenden (vgl. Burchardt 1999: 73). Durch die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und den sexuellen Erlebnissen, können die subjektiven Vorstellungen und deren Herkunft betreffend die eigene Sexualität erkannt werden (vgl. Ortland 2020: 189). Es ist davon auszugehen, dass durch die Reflexion der eigenen sexuellen Biografie und sexuellen Identität, ein Zugang zu den eigenen Normen und Werten, den biografischen Bedingungen, den persönlichen Stärken und Schwächen wie auch zu den Vorlieben und Abneigungen geschaffen werden kann. Dies ermöglicht das Erkennen von Spannungen in der eigenen sexuellen Identität wie auch ein Verstehen der eigenen Reaktion auf die Konfrontation mit Sexualität im professionellen Handeln (vgl. Burchardt 1999: 79). Ortland formuliert dazu drei Zielpunkte, welche mittels verschiedener Auseinandersetzungsarten bearbeitet werden sollen:

1. «Reflexion der eigenen sexuellen Biografie» (Ortland 2020: 191)
2. «Reflexion biografischer Bezüge zu Themen der Sexualerziehung» (Ortland 2020:191)
3. «Vermittlung von Fachwissen im Bereich Sexualität» (Ortland 2020: 191)

Es ist belegt, dass der Austausch in Lerngruppen förderlich ist für die Erreichung dieser Ziele, wenn die Intimität ausreichend geschützt und der Austausch methodisch begleitet wird (vgl. ebd.). Ein offener Umgang mit Sexualität ist, wie in der gesamten Gesellschaft, auch unter Fachpersonen der Sozialen Arbeit keine Selbstverständlichkeit (vgl. ebd.: 194). Um dennoch eine geleitete Auseinandersetzung zu ermöglichen, gibt es – spezifisch für die Bearbeitung der erwähnten Zielpunkte – Fragebogen (u.a. vgl. Anhang VII), welche individuell und auch im Austausch mit weiteren Mitarbeitenden diskutiert werden können (vgl. Ortland 2020: 191). Ein Austausch unter den Fachpersonen der Sozialen Arbeit bietet zudem die Möglichkeit der Artikulation sexualitätsspezifischer Ausdrücke zu üben. Das Aussprechen sexualitätsspezifischer Begrifflichkeiten ist oft mit Hürden verbunden, wobei die Verwendung einer zielgruppeneeigneten und auch für sich selbst angenehmen Sprache über Sexualität notwendig ist, um diese intime Thematik ungehindert besprechen zu können (vgl. Ortland 2016: 131). Zudem fordert Ortland, dass Fachpersonen anderer Fachbereiche beigezogen werden, sodass spezifisches Wissen dazugewonnen werden kann (vgl. ebd.: 174). Es wird der Schluss gezogen, dass insbesondere in der Bearbeitung einer tabuisierten Thematik, eine Fachperson hilfreich sein kann – man stelle sich z.B. ein Team vor, das seit Jahren zusammenarbeitet und selten bis nie über Sexualität gesprochen hat – welche Wörter für beispielsweise sexuelle Verhaltensweisen oder Geschlechtsteile natürlich im Wortschatz einbauen kann und so das Besprechen dieser Thematik anleitet. Jedoch sind auch auf die Grenzen der Fachpersonen zu beachten und ein geschützter Rahmen zu schaffen, sodass einerseits ein Thema angesprochen werden kann und andererseits die Intimität der Fachpersonen nicht verletzt wird (vgl. ebd.: 166).

Es kann der Rückschluss gezogen werden, dass wenn Fachpersonen der Sozialen Arbeit sich wie dargestellt mit ihrer sexuellen Biografie auseinandersetzen, ihre als «fragil» (Burchardt 1999: 76) beschriebene sexuelle Identität weniger schnell irritiert wird, wodurch die Thematik im Arbeitsalltag des institutionellen Kontextes vermehrt Raum erhalten kann, da bei einer Konfrontation weniger Verunsicherung bei den Fachpersonen ausgelöst (vgl. Ortland 2020: 194), wodurch der gesellschaftlichen Tabuisierung entgegengewirkt wird. Dies fördert ein normalisiertes Erleben von Sexualität im institutionellen Kontext, da dadurch 'zu Hause' Sexualität als intimes Thema Raum einnehmen (vgl. Loecken/Windisch 2013: 61f.) und als normalisiert gewertet werden kann. Des Weiteren kann eine langfristige Folge sein, dass durch professionelles Handeln im Sinne des «Grundsatzes der Gleichbehandlung» (AvenirSocial 2010: 10), die Fachpersonen Sexualität aktiv thematisieren. Einer lang tabuisierten Thematik (vgl. Thiessen 2011: o.S.), im institutionellen Alltag von Menschen mit Behinderung, kann dadurch bewusst vorsichtig Raum gegeben werden und so Erfahrungen im Lebensbereich der Sexualität ermöglichen, welche als Teil eines normalisierten Erlebens von Sexualität gelten (vgl. Ortland 2020: 62f.).

Die Auseinandersetzung mit dem persönlichen Zugang zu Sexualität und Behinderung darf nicht nur betreffend die eigene sexuelle Biografie stattfinden, sondern sollte auch eine Auseinandersetzung mit den persönlichen Bewertungen und Vorurteilen gegenüber Sexualität, Behinderung und Geschlecht beinhalten (vgl. Ortland 2020: 194). Es ist davon auszugehen, dass Fachpersonen der Sozialen Arbeit, welche mehrheitlich Menschen ohne Behinderung sind (Annahme der Verfasserin), Sexualität im Kontext von Behinderung anders bewerten als Sexualität losgelöst des Kontexts der Behinderung, wie auch eine genderdifferente Wahrnehmung der Sexualität haben (vgl. Ortland 2020: 194). Die tief in den Gesellschaftsstrukturen begründete unterschiedliche Bewertung der Sexualität durch die Attribute Behinderung und Frau, ist auch im Verhalten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit wiederzufinden (vgl. Kapitel 3.2.).

Eine vorurteilbewusste Auseinandersetzung mit sich selbst und seinem Umfeld hat nicht nur zur Folge, dass vorhandene Vorurteile aufgelöst werden können; Das Erkennen der Existenz der unterschiedlichen behinderungs- und genderspezifischen Bewertungen von Sexualität hat auch eine Auswirkung auf das professionelle Verhalten der Fachpersonen der Sozialen Arbeit (vgl. Ortland 2016: 167f.). Denn erst wenn die unterschiedlichen Bewertungsweisen den Fachpersonen bewusstwerden, können die alten, vorurteilsbehafteten Verhaltensweisen verändert werden, welche sich zuvor negativ auf die Begleitung und Unterstützung hinsichtlich eines normalisierten Auslebens von Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext ausgewirkt haben. Eine Methode spezifisch zur

vorurteilsbewussten Auseinandersetzung stellt der Anti-Bias-Ansatz (vgl. Gramelt 2010) dar, welcher im Anhang (vgl. Anhang VIII) kurz beschrieben wird.

Eine vorurteilsbewusste Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität und den dieser zugrundeliegenden Werten, welche die Begleitung und Unterstützung betreffend das Erleben von Sexualität im institutionellen Kontext beeinflussen, ermöglicht eigentlich erst ein professionelles Handeln (Anmerkung der Verfasserin). Denn nur so ist ein nicht mehr nur von den eigenen Vorstellungen geleitetes Handeln gewährleistet. Wobei zu beachten gilt, dass sich das Selbstverständnis des professionellen Handelns der Sozialen Arbeit bereits vor Jahren von einem rein intuitiven Handeln abgewendet hat und die Verwendung von verschiedenen Wissensquellen ein professionelles Handeln erst ausmachen (vgl. AvenirSocial 2010: 12). Eine vorurteilsbewusste Auseinandersetzung ermöglicht es, die Erkenntnisse aus einer intersektionalen Analyse auf die eigene Handlungsebene zu transferieren. Das erscheint – unter Beachtung des Auftrages und der Verantwortung, welche die Fachpersonen betreffend das Begleiten und Unterstützen beim Erleben von Sexualität im institutionellen Kontext haben – in Kombination mit deren Einflussmöglichkeit und der Beeinflussung ihres Handelns durch die gesellschaftlichen Machtstrukturen, im Sinne eines professionellen Handelns unabdingbar.

Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen, um den subjektiven Vorstellungen über Sexualität und Schwangerschaften von Fachpersonen Rechnung zu tragen:

- Reflexion der eigenen sexuellen Biografie wie auch der Werte, welche den Zugang zu Sexualität beeinflussen.
- Diskriminierungssensible Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen und der in der Gesellschaft vorhandenen Macht- und Diskriminierungsverhältnisse, wobei der Anti-Bias Ansatz methodisch genutzt werden kann.

### 4.3. Schwangerschaft und Verhütung – Subjektzentriertes Empowerment

Im Kapitel 3.3. wurde dargelegt, weshalb Frauen mit einer kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung im institutionellen Kontext prophylaktisch verhüten und dabei nicht ausreichend Mitspracherecht haben wie auch, dass bei eingeschränkter Urteilsfähigkeit die gesetzliche Vertretung im Bereich der Gesundheit teilweise die Entscheidungsmacht über die Verhütung im Allgemeinen und deren Art hat. Somit können Fachpersonen in der Begleitung und Unterstützung im institutionellen Kontext nicht direkt auf diese Entscheidungen einwirken. Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen können bei der Willensbildung und -vertretung hinsichtlich ihrer Wünsche und Bedürfnisse zu den Themen Empfängnisverhütung, Schwangerschaft und Elternschaft gestärkt werden. Dabei nehmen die Fachpersonen eine begleitende und unterstützende Rolle ein, sodass die begleiteten Personen ermächtigt werden, selbst entscheiden zu können.

Ein Ansatz, auf welchen Fachpersonen dabei zurückgreifen können, ist der Empowerment-Ansatz, welcher eine Grundmaxime der Sozialen Arbeit ist (vgl. Loeken/Windisch 2013: 26f.) und an dieser

Stelle nicht in seiner Entstehung und Komplexität ausgeführt werden kann<sup>12</sup>, jedoch sollen der Ansatz und insbesondere dessen Grundsätze kurz erläutert werden.

Empowerment umfasst stark zusammengefasst einerseits den «Prozess der Selbstaneignung von Macht und Gestaltungskraft im Alltag» (Seiler/Kasper 2014: 23) und andererseits den Fokus des professionellen Handelns auf die Befähigung von Menschen in gesellschaftlich marginalisierten Positionen «zur Aneignung von erforderlichen Verhaltensweisen» (Seiler/Kasper 2014: 23). Als Ziel kann die «(Wieder-) Gewinnung von Selbstbestimmungs-Fähigkeiten und Kompetenzen zur Kontrolle und Verfügung über die eigenen Lebensumstände bezeichnet werden» (Seiler/Kasper 2014: 23), wobei diese Zielsetzung sich sowohl auf individuelle wie auch gesellschaftliche Ziele bezieht. Die duale Zielebene macht den gesellschaftskritischen Charakter des Empowerment-Ansatzes ersichtlich, mit dem Ziel einer Entwicklung hin zu einer menschlicheren und sozial gerechteren Gesellschaft (vgl. ebd.).

Es werden vier professionelle Handlungsebenen<sup>13</sup> in der Zusammenarbeit mit Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen unterschieden (vgl. ebd.: 33):

1. Die subjektzentrierte Ebene
2. Die gruppenorientierte Ebene
3. Die institutionellen Ebene
4. Die sozialpolitische und gesellschaftliche Handlungsebene

Um dem Ziel der Willensbildungs- und -stärkung nachzukommen, mit dem hier spezifischen Ziel des Vertretens der eigenen Meinung zu möglichen Verhütungsmethoden und der Thematik Schwangerschaft, können die Fachpersonen auf die erste, subjektzentrierte Handlungsebene zurückgreifen. Diese sieht die Anwendung verschiedener Werkzeuge wie den «Kompetenzdialog, die stärkenorientierte Biografiearbeit, sowie systemische und lösungsorientierte Beratung» (Seiler/Kasper 2014: 34) für Fachpersonen der Sozialen Arbeit vor (vgl. ebd.). Welche Methode konkret angewandt wird, muss immer einzelfall- und situationsspezifisch eruiert werden.

Die Grundhaltungen des (subjektzentrierten) Empowerments lassen sich in allen Situationen anwenden, unabhängig der Handlungsebene der Fachperson (vgl. Anhang X). In Bezug auf die Willensbildung betreffend die Verhütung und den Wünschen betreffend einer Schwangerschaft scheinen hier die ersten drei Leitlinien – Kollaboration, Stärken-Perspektive und Subjekthaftigkeit – von besonderer Relevanz zu sein.

---

<sup>12</sup> Ein der Autorin ganzheitlich erscheinender Artikel über die Entstehung und die Konzeption des Empowerment-Ansatzes findet sich in Heringer (2014).

<sup>13</sup> Eine konkrete Beschreibung dieser Ebenen findet sich im Anhang IX.

Die Kollaboration beinhaltet die gemeinsame Bearbeitung einer Problemlage, das heisst eine Wissensvermittlung zu und eine eingehende Auseinandersetzung mit der Thematik, welche in die Kooperation einfließen muss, damit überhaupt inhaltlich über etwas entschieden werden kann (vgl. Seiler/Kasper 2014: 27f.). Damit ein Wissensaustausch stattfinden kann, bedarf es einer gemeinsamen Kommunikationsart, was nach Ortlund bei Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen von den Fachpersonen nicht immer respektiert wird, jedoch durch Methoden der Unterstützten Kommunikation erreicht werden kann (vgl. Ortlund 2020: 135). Durch Wissen über die Thematik Sexualität und einer gemeinsamen Kommunikation mit der begleitenden Fachperson können – wenn der Wunsch danach besteht – Bedürfnisse geäußert werden, wobei das Ausgestalten der eigenen Sexualität nach den eigenen Bedürfnissen ein zentraler Aspekt eines normalisierten Erlebens von Sexualität ist (vgl. IN-SOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 12).

Durch die Stärken-Perspektive (vgl. Seiler/Kasper 2014: 28) kann die Klientin Selbstvertrauen erfahren und sich so beispielsweise aktiv für oder gegen eine Schwangerschaft entscheiden. Dies kann einen Einfluss bei der Interessensvertretung gegenüber Angehörigen oder Beistandspersonen haben, welche häufig eine Elternschaft restriktive Haltung vertreten (vgl. URL 5). Durch die Subjektzentrierung des professionellen Handelns werden die Wünsche und Bedürfnisse der Klientin vermehrt geachtet, die Autonomie gewahrt wie auch die subjektive Wirklichkeit respektiert (vgl. Seiler/Kasper 2014: 29, 33), was sich beispielsweise in der autonomen Entscheidung für oder gegen ein spezifisches Verhütungsmittel äussern kann. Dies wirkt sich positiv auf die sexuelle Biografie aus, da ein erhöhtes positives sexuelles Selbstwertgefühl durch das Erleben von Unabhängigkeit von Urteilen Dritter erlebt werden kann (vgl. Ortlund 2020: 190). In Gedanken an das Modell der Funktionalen sexuellen Gesundheit kann dies zu einer Normalisierung des Erlebens von Sexualität beitragen.

Bereits bei der Stärken-Perspektive als Element des subjektzentrierten Empowerments wird der Kompetenzdialog erwähnt, er gilt aber auch als eine allgemeine Methode des subjektzentrierten Empowerments (vgl. Seiler/Kasper 2014: 28). Gerade bei der Begleitung und Unterstützung bei der Beantwortung von konkreten Fragen wie: 'Wie will ich verhüten?', scheint er eine passende methodische Herangehensweise zu bieten. Denn der Kompetenzdialog basiert auf der lösungsorientierten Gesprächsführung und orientiert sich an einem Zukunftsziel (vgl. Herringer 2014: 126), zum Beispiel dem Ziel, selbstbestimmt eine Verhütungsmethode wählen zu können und stellt zu dessen Erreichung Handlungsmöglichkeiten vor.

Der Kompetenzdialog wird in drei Schritte unterteilt: Begonnen wird mit der Zielfokussierung, wobei durch die begleitete Person die für sie wünschenswerten Ziele formuliert werden sollen (vgl. Herringer

2014: 126). Bspw. könnte hinsichtlich der Thematik der Verhütung das Ziel formuliert werden: 'ich will in diesem Jahr wissen, welche Verhütungsmittel existieren und mich für eines entscheiden'. In einer «biographischen Rückschau» (Herringer 2014: 128) werden Zeiten und Lebensumstände ausfindig gemacht, in welchen sich die Personen erfolgreich und kompetent gefühlt haben, respektive die Situationsbewältigung als gelingend beurteilt haben oder in welchen sie ihre Lebensbewältigung als «alle Lebensbausteine passen» (Herringer 2014: 128) wahrgenommen haben (vgl. ebd.). Beispiele wären: in welchen Situationen gegenüber den Angehörigen und Beistandspersonen eigene Interessen vertreten worden sind oder wann sich etwas als die richtige Entscheidung angefühlt hat. Nachfolgend werden die ausfindig gemachten Kompetenzen mit den durch die begleitete Person formulierten Ziele in Kooperation zwischen Fachperson und Klient:in verbunden, wobei durch die Verknüpfung der Lebensdeutungen der Professionellen, wie auch der Ideen der Person selbst, neue Lösungswege entstehen können (vgl. ebd.:129).

Mit dem Kompetenzdialog sollen eigendynamische Prozesse ermöglicht werden, welche reziproke problembezogene Wahrnehmungs- und Handlungsmuster ablösen sollen (vgl. ebd.: 130).

Bei der Anwendung des Kompetenzdialoges können, durch die stärkenorientierte Auseinandersetzung mit der eigenen Biografie, bisher nicht wahrgenommene oder «verschüttete Fähigkeiten zur Selbstbestimmung und Lebensgestaltung entdeckt» (Herringer 2014:129) werden (vgl. ebd.). Es wird angenommen, dass bereits kleine positive Erfahrungen und Anstösse eine grosse Veränderung bei den begleiteten Menschen bewirken können (vgl. ebd.: 130). Zudem wird dem Erleben von Selbstwirksamkeit eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben, denn das Gefühl, Zusammenhänge und Anforderungen zu verstehen und etwas in der Welt bewirken zu können, wirkt sich förderlich auf die psychosoziale Gesundheit eines Menschen aus (vgl. Seiler/Kasper 2014: 35f.) und somit auch auf die Funktionale (sexuelle) Gesundheit.

Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen, um der prophylaktischen Schwangerschaftsverhütung und dem restriktiven Habitus betreffend Schwangerschaften entgegenzuwirken:

- Anwendung der Grundwerte des subjektzentrierten Empowerments: Kollaboration, Stärken-Perspektive und Subjekthaftigkeit
- Kompetenzdialog als lösungsorientierte Methode, um neue Handlungsansätze erproben und möglicherweise auch etablieren zu können.

#### 4.4. Vermissen von engen Beziehungen - Erschliessen von Netzwerken

Im Kapitel 3.4. wird beschrieben, dass Frauen mit Behinderung in institutionellen Wohnformen sich häufig eine Freundin oder einen Freund wünschen. Dies ist eine Folge der genderspezifisch besonders hohen Betroffenheit von sozialer Ausgrenzung. Primäre Folge ist eine Barriere betreffend das Ausleben von normalisierter Sexualität, sekundäre Folgen können psychische Beschwerden sein (vgl. BMFSFJ 2012: 48). Der erschwerte Zugang zu sozialer Teilhabe beruht primär auf der institutionellen

Wohnform. Einhergehend mit dem Auftrag der Sozialen Arbeit (vgl. AvenirSocial 2010: 7), ist es der Auftrag der Fachpersonen, die Teilhabemöglichkeiten der begleiteten Personen zu erhöhen und gemeinsam mit ihnen «die isolierenden Bedingungen aufzubrechen» (Ortland 2016: 147). Es gilt, an den individuellen Bedürfnissen ausgerichtete, soziale Interaktionsräume zu erschliessen. Dazu benötigen die Fachpersonen einen Zugang zu den individuellen Bedürfnissen der begleiteten Personen. Ein Handlungsansatz dazu kann der im vorgängigen Kapitel vorgestellte Kompetenzdialog sein (vgl. Kapitel 4.3.).

In diesem Kapitel wird nun auf die Erschliessung der sozialen Interaktionsräume Bezug genommen. Hierzu gäbe es verschiedene konzeptuelle Ansätze auf der institutionellen Ebene wie die Sozialraumorientierung (vgl. Kessl/Reutlinger 2019, Gross 2017), welche alle zum Ziel haben, die Teilhabe und Teilnahme der Menschen mit Behinderung in der Gemeinde wie auch auf politischer Ebene zu erhöhen (vgl. Herringer 2014: 179). Es existieren auch unabhängig der konzeptionellen Ausrichtung der Institution Handlungsansätze, welchen die Fachpersonen folgen können, um die Erschliessung neuer Sozialräume zu ermöglichen (vgl. Ortland 2016: 147). Das personenzentrierte Erschliessen von sozialen Netzwerken<sup>14</sup> (Angehörige, Nachbar:innen, Freund:innen usw.) wird als ein Aspekt des professionellen Handelns definiert und inkludiert eine Ressourcen- und Sozialraumorientierung (vgl. Loeken/Windisch 2013: 34). Wird eine netzwerkorientierte Unterstützungsperspektive eingenommen, wird nicht nur das Individuum betrachtet, sondern auch dessen soziale Netzwerke, welche sowohl Teil des Sozialraumes sind als auch als Ressource wirken können (vgl. Herringer 2014: 112), ergo als Förderfaktor auf die Funktionale (sexuelle) Gesundheit einwirken.

Durch den Aufbau, die Aufrechterhaltung und gegebenenfalls die Wiederherstellung sozialer Netze, können soziale Ressourcen erschlossen und die Teilhabe erhöht werden (vgl. Seiler/Kasper 2014: 33). Dies wiederum führt in Bezug auf das Erleben normalisierter Sexualität zu der Möglichkeit des Erlebens von nahen Beziehungen und dem erhöhten Zugang zu neuen sozialen Kontakten, welche sich möglicherweise zu engen Beziehungen entwickeln.

Den Fachpersonen der Sozialen Arbeit kommt dabei die Rolle der Netzwerkerin respektive des Netzwerkers zu, welche die Anstiftung zu Gruppenzusammenschlüssen und die Unterstützung bei der Erschliessung und Aufrechterhaltung von sozialen Netzwerken zur Aufgabe haben. Diese Rolle ist, nach dem Empowerment-Ansatz, auf der gruppenbezogenen Handlungsebene zu verorten (vgl.

---

<sup>14</sup>Unter dem Begriff des sozialen Netzwerkes werden Beziehungsnetzwerke gefasst, welche auf «familiären, verwandtschaftlichen oder freundschaftlichen Beziehungen beruhen und ein relativ hohes Mass an Vertrautheit und geteilter Biografie aufweisen» (Herringer 2014: 112).

Seiler/Kasper 2014: 33, Anhang IX). Die Fachpersonen haben nach Seiler und Kasper eine «zusammenführende Funktion für verschiedene Personen in ähnlichen (...) Lebenssituationen (...). Sie stiften zu Gruppenzusammenschlüssen an und helfen bei der Organisation neu entstehender Beziehungsnetze» (Seiler/Kasper 2014: 33.). Des Weiteren übernehmen die Fachpersonen eine fachlich beratende und unterstützende Rolle bei Konflikten (vgl. ebd.).

Norbert Herringer ergänzt die Aufgaben mit der «Vermittlung von administrativen Kompetenzen» (Herringer 2014: 234), wodurch die Nutzer:innenkompetenz von Kommunikationsmitteln erhöht werden kann und Barrieren bei der Nutzung dieser Ressourcen bei der Herstellung von Kontakten und der Beziehungspflege reduziert werden können (vgl. ebd.). Der Verfasserin scheint dies im 21. Jahrhundert ein signifikanter Aspekt zu sein, da heutzutage viele soziale Kontakte über digitale, soziale Netzwerke entstehen und aufrechterhalten werden und institutionelle Hindernisse (z.B. räumliche Distanz, wenige zeitliche Freiheiten, nicht ausreichend Begleitpersonal) durch die Nutzung des Internets überwunden werden können. Übernehmen die Fachpersonen die Rolle des Netzwerkers oder der Netzwerkerin, erhöht dies auch den Erfahrungsraum, um Sexualität (er)leben zu können, wobei hier, gemäss der verwendeten Definition von Sexualität, Aktivitäten wie Flirten, neue Kontakte knüpfen, zu fühlen was einem gefällt und was nicht, besonders beachtet werden können und auch zu einem normalisierten Erleben von Sexualität gezählt werden können. Interessant scheint auch, dass Loeken und Windisch in einer Studie zu den Kompetenzen von Fachpersonen der Sozialen Arbeit feststellten, dass die erwähnten professionellen Kompetenzen, der Orientierung an Empowerment und Sozialraum, bei Fachpersonen «als weniger angemessen und daher optimierbar» (Loeken/Windisch 2013: 23) beurteilt wurden (vgl. ebd.). Sich in diesen Bereichen zu bilden und in der Begleitung und Unterstützung von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung, hinsichtlich eines normalisierten Erlebens von Sexualität, einen Fokus auf diese professionellen Kompetenzen zu legen, scheint daher ein grosser Bedarf zu sein. Dieses Beispiel zeigt zudem auch, dass institutionelle Barrieren durch Fachpersonen der Sozialen Arbeit teilweise verändert werden können.

Der Mehrwert der Unterstützung und Begleitung in der Netzwerkarbeit zeichnet sich nicht nur durch die Möglichkeit der Kontaktknüpfung und Beziehungspflege aus, sondern begünstigt die Organisation von Selbsthilfe- und Selbstvertreter:innengruppen (vgl. Seiler/Kasper 2014: 33), welche insbesondere unter Beachtung der genderspezifischen Benachteiligung von Frauen mit Behinderung relevant zu sein scheinen. In Deutschland bildeten sich beispielsweise Netzwerke behinderter Frauen, welche die Mehrfachdiskriminierung öffentlich anprangerten, welche Kritik und Forderungen an die Organisationen und Politik stellten, in der Wissenschaft mitwirkten und unter anderem auch forderten, dass genderspezifische Leitlinien für die Behindertenhilfe ausgearbeitet werden (vgl. Niehaus 2001: o.S.). Die

Selbstorganisation ist, laut Niehaus, gerade für marginalisierte Personengruppen, wie Frauen mit Behinderung, von grosser Relevanz, da diese oftmals keine Lobby haben, welche ihre Interessen in machtvollen Positionen vertreten können und nur durch die Selbstorganisation und unterstützende Verbände und Organisationen Gehör finden (vgl. ebd.). Auch in Bezug auf das normalisierte Erleben von Sexualität, würde die Teilhabe an Selbsthilfe- oder Selbstvertreter:innengruppen die Möglichkeit bieten, sich auszutauschen, sich zu organisieren und möglicherweise überschneidende Bedürfnisse gemeinsam zu vertreten und somit Momente der Selbstermächtigung zu erleben, was sich positiv auf die Funktionale sexuelle Gesundheit auswirken kann (vgl. Seiler/Kasper 2014: 35f.).

Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen, um den Zugang zu engen Beziehungen zu ermöglichen respektive zu unterstützen:

- Erkennen von Bedürfnissen (vgl. Kapitel 4.3.)
- Rolle der Netzwerkerin oder des Netzwerkers: Anstiften zu Gruppenzusammenführungen, Unterstützung bei der Selbstorganisation wie auch bei der Pflege und Wiederaufnahme sozialer Beziehungen
- Zugang zu Kommunikationskompetenzen und Medien ermöglichen

## 5. Zusammenführende Erkenntnisse und Diskussion

### 5.1. Gewonnene Erkenntnisse

«Die Ausübung der gleichen Rechte von Frauen und Männer mit Behinderungen auf Sexualität und Familienplanung wird für Betroffene, die in Heimen leben, zum Teil stark eingeschränkt» (Inclusion Handicap 2017: 98), und der aktuelle Forschungsstand belegt, dass insbesondere Frauen mit Behinderung, durch genderspezifische Barrieren (vgl. Ortlund 2016: 18f.), im Ausleben einer normalisierten Sexualität eingeschränkt werden. Um den Zustand der Normalisierung beurteilen zu können, wurde auf das Modell der Funktionalen Gesundheit zurückgegriffen (vgl. Knobel/Lage 2013: 430), welches den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen anerkennt, Behinderung konstruktivistisch aufgreift und in dem Sinne ein als in und durch die Interaktion mit der Gesellschaft hergestelltes Phänomen beschreibt (vgl. ebd.). Dieses Modell lässt sich auch auf die Sexualität einer Person übertragen, was durch verschiedene Kontextfaktoren förderlich oder hinderlich beeinflusst werden kann (vgl. Ortlund 2020: 13). Sexualität wird als ein dem Menschen inhärenter Lebensbereich verstanden (vgl. ebd.), welcher, nach dem Modell der Funktionalen sexuellen Gesundheit, auf seine Funktionalität hinsichtlich einer normalisierten Sexualität betrachtet werden kann (vgl. ebd. 32f.).

Die *Mehrfachdiskriminierung* auf Grund des Geschlechts und der Behinderung äussert sich in verschiedenen Lebensbereichen – auch in dem der Sexualität (vgl. Inclusion Handicap 2017: 21). Die gesellschaftlichen Macht- und Hierarchieverhältnisse manifestieren sich in einem komplexen

Zusammenspiel von Diskriminierungen, auf Grund der Zuschreibung des Frauseins und der Behinderung und setzt sich aus einer komplexen Verstrickung der Zugehörigkeit zu diskriminierten Differenzkategorien zusammen (vgl. Thiessen 2011: o. S). In Bezug auf die Sexualität wurde diese anhand der auf Funktionalität und Attraktivität reduzierten Darstellung des Frauenkörpers in den westlichen Gesellschaften verdeutlicht (vgl. Kapitel 3.1.2.). Diese einseitige gesellschaftliche Darstellung des Frauenkörpers führt zu einer stetigen Fremd- und Selbstbewertung des eigenen Körpers, wobei durch diese und durch die Zugehörigkeit zu den Differenzkategorien Behinderung und Frau, eine – im Vergleich mit dem männlichen, nicht-behinderten Körper – abgewertete Andersartigkeit festgestellt wird (vgl. Köbsell 2010: 24). Dies hat einen Einfluss auf die sexuelle Biografie und somit auf die funktionale sexuelle Gesundheit der Frauen mit (und ohne) Behinderung (vgl. Burchardt 1999: 76). Um der Mehrfachdiskriminierung im pädagogischen Alltag Rechnung zu tragen, bedarf es einer intersektionalen Perspektive der Fachpersonen der Sozialen Arbeit (vgl. Raab 2010: 74). Diese ermöglicht eine analytische Betrachtung der Verwobenheit der verschiedenen Differenzkategorien, der Mehrfachdiskriminierung und der daraus resultierenden Benachteiligung (vgl. ebd.: 76). Eine intersektionale Betrachtung ermöglicht es, die – aus der Zugehörigkeit zu verschiedenen Differenzkategorien entstehenden – Diskriminierungsmechanismen und deren Auswirkungen auf die Lebensrealitäten der Personen(gruppen) sichtbar zu machen und daraus resultierenden Barrieren entgegenzuwirken (vgl. ebd.: 77). Die anschliessend beschriebene Auseinandersetzung mit eigenen Vorstellungen und Vorurteilen über Frauen, Sexualität und Behinderung ermöglicht beispielsweise eine intersektionale Betrachtung.

Die *subjektiven Vorstellungen über Sexualität und Schwangerschaft* von Fachpersonen der Sozialen Arbeit verdeutlicht Barbara Ortland in ihrer Studie (vgl. ebd. 2016), in welcher Mitarbeitende von Wohngruppen oder -gemeinschaften von Menschen mit Behinderungen zu ihrer Wahrnehmung von Sexualität der Bewohner:innen befragt worden sind. Es konnte festgestellt werden, dass oftmals gar keine sexuellen Verhaltensweisen wahrgenommen wurden. Dies lässt sie vermuten, dass Menschen mit Behinderungen noch immer Sexualität abgesprochen wird und die Thematik folglich im Arbeitsalltag auch nicht ausreichend eingebunden wird (vgl. ebd.: 132). Wenn dennoch Verhaltensweisen als sexuell wahrgenommen werden, dann werden jene von Frauen als störender gewertet als jene der männlichen Bewohner (vgl. ebd.: 78f.). Dies widerspiegelt die gesellschaftlich tabuisierte Haltung gegenüber den Themen Frau, Behinderung und Sexualität, welche die Vorstellungen und innere Haltung der Fachpersonen beeinflussen (vgl. Langner 2010: 159). Um dem entgegenzuwirken, werden von Ortland die Selbstreflexion, die Auseinandersetzung mit subjektiven Vorstellungen und die Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie vorgeschlagen (vgl. Ortland 2020: 191). Diese können

kombiniert werden mit einer vorurteilsbewussten Bildung, um diskriminierende Gedankengüter und Verhaltensweisen sichtbar zu machen und neue Handlungsansätze zu ermöglichen (vgl. Gramelt 2010: 161f.). Durch eine vorurteilsbewusste Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie können der Umgang und die Unterstützung und Begleitung von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen durch Fachpersonen in dem Sinne professioneller werden, in dem weniger Unsicherheit im Reden und der Konfrontation mit der Thematik Sexualität entstehen (vgl. Ortland 2016: 130f.), und eigene diskriminierende Verhaltensweisen verändert werden, und somit ein normalisierteres Erleben von Sexualität möglich wäre.

Die *prophylaktische Schwangerschaftsverhütung* wird ebenfalls von Ortland als Barriere aufgeführt (vgl. ebd. 2016: 19), wobei festgestellt werden kann, dass Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, im Vergleich mit ihrer sexuellen Aktivität, überdurchschnittlich häufig Kontrazeptive verschrieben werden, weshalb von einer prophylaktischen Verhütung gesprochen wird (vgl. Römisch 2011: 63). Dabei werden die Frauen weder ausreichend über Verhütungsmittel informiert noch werden ihre individuellen Bedürfnisse geachtet (vgl. BMFSFJ 2012: 41), dies auf Grund der tabuisierten Thematik der Elternschaft von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen (vgl. Köbsell 2010: 21) – und der damit verbundenen Überforderung von Fachkräften und Angehörigen (vgl. URL 5). Fachkräfte können die begleiteten Frauen in der Willensbildung und dem Vertreten ihrer Bedürfnisse unterstützen, da diese nur einen geringen Einfluss auf die tatsächliche Anordnung und Auswahl der Verhütungsmittel haben (vgl. Kapitel 3.3.1.). Eine Unterstützung in diesen Belangen kann durch subjektbezogenes Empowerment geschehen. Dabei sollte eine empowernde Grundhaltung eingenommen werden (vgl. Seiler/Kasper 2014: 33; Anhang X). Als Methode kann der Kompetenzdialog, eine selbstwertstärkende, lösungsorientierte Methode angewandt werden, um eine Person bei dem Erkennen ihrer Bedürfnisse und im Vertreten ebendieser zu unterstützen (vgl. Herringer 2014: 126-129). Wenn die Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen dadurch ihre Bedürfnisse betreffend Verhütung und Schwangerschaft äussern und vertreten können, führt dies zu einer normalisierteren Funktionalen sexuellen Gesundheit: Als Barrieren wirkende Kontextfaktoren können gemindert werden, insbesondere auch, weil dem Empowerment eine gesundheitsfördernde Wirkung zugeschrieben wird, welches ebenfalls einen Einfluss auf die sexuelle Gesundheit hat (vgl. Seiler/Kasper 2014: 35f.).

Zuletzt wurde noch auf *das Vermissen von engen Beziehungen* eingegangen (vgl. Ortland 2016: 18). Durch eine Studie aus den Jahren 2009 - 2011 wurde bekannt, dass viele in Institutionen wohnhafte Frauen mit Behinderungen sich mehr enge Beziehungen wünschen (vgl. BMFSFJ 2012: 48). Durch die Attribute Frau und Behinderung sind sie besonders stark von Ausgrenzung und verunmöglichter

sozialer Teilhabe betroffen (vgl. Inclusion Handicap 2017: 22), welche das Knüpfen von neuen, und das Aufrechterhalten von bestehenden Beziehungen behindert. Zudem ist es ihnen oftmals nicht möglich, mitzubestimmen, welche Personen zusammenwohnen (vgl. Ortland 2016: 121), was wiederum die Wahrscheinlichkeit schmälert, mit Menschen den Alltag zu teilen, mit welchen sie eine enge Beziehung eingehen möchten. Fachpersonen können die Rolle der Netzwerkerin oder des Netzwerklers einnehmen, und so sozusagen eine brückenbauende Rolle einnehmen, welche die Zugangsbarrieren zu sozialen Netzwerken vermindert. Dazu zählt die Unterstützung von Selbstvertreter:innengruppen in der Organisation und die Teilnahme an sozialen Aktivitäten (vgl. Seiler/Kasper 2014: 33). Zudem wird heutzutage auch die Unterstützung bei dem Zugänglichmachen und bei der Nutzung verschiedener Kommunikationsmöglichkeiten (-medien) als Aufgabenbereich der Netzwerker:innen dazugezählt (vgl. Herringer 2014: 234). Es ist auch auf die Rollendefinition der Netzwerkerin respektive des Netzwerklers gemäss Empowerment-Konzept (vgl. Seiler/Kasper 2014: 33), konkret der Arbeit mit Gruppen, Bezug genommen worden (vgl. Anhang IX). Auch diesbezüglich gelten die beschriebenen Grundwerte des Empowerments (vgl. Anhang X). Können neue soziale Netzwerke bedürfnisorientiert erschlossen und/oder bereits bestehende Beziehungen wiederhergestellt werden, so werden die Teilhabemöglichkeiten gefördert und Barrieren, welche die Entstehung enger Beziehungen behindern, umgangen und so ein normalisiertes Erleben der Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im institutionellen Kontext erhöht.

## 5.2. Überarbeitung des Leitfadens

Nun wird der Anforderungskatalog des Leitfadens (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55) überarbeitet, basierend auf den vier genderspezifischen Barrieren und den daraus resultierenden Handlungsanforderungen für Fachpersonen. Die reformulierten Punkte resultieren aus den primären Erkenntnissen dieser Arbeit, da diese direkt aus der Fragestellung respektive der Bearbeitung von Barbara Ortlands Barrieren hergeleitet werden. Indem die von ihr genannten Barrieren ausformuliert worden sind, ist den sehr kurz benannten Barrieren ein Rahmen gegeben worden. Durch die detailliertere Beschreibung der Barrieren ist deren Aussagekraft – und auf eine Art auch deren Komplexität – erhöht worden, da beschrieben worden ist, was konkret darunter verstanden wird. Es wurde versucht, die Komplexität anschliessend, durch die Ausarbeitung eines konkreten Handlungsansatzes, wieder zu reduzieren, wobei während der Komplexitätserhöhung ersichtlich geworden ist, dass diese Barrieren, bei genauerer Betrachtung, jeweils weitere Themen anschnitten.

In einem ersten Schritt werden die aus den Barrieren resultierenden Erkenntnisse auf die Punkte 3,5,6,8 und 9 übertragen, welche ganz konkret damit in Verbindung gebracht werden können. In einem

weiteren Schritt wird dann aus einer übergeordneten Perspektive auf alle weiteren Punkte im Leitfaden Bezug genommen – dabei kann es für die Leser:innen hilfreich sein, den Anhang XI als Übersicht zuzuziehen.

### *Punkt 3: Definieren von Regeln betreffend den Umgang mit Sexualität*

Die Fachpersonen definieren bei Bedarf – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – Regeln bezüglich Nacktheit, körperlicher Nähe und Distanz sowie bezüglich des Auslebens von Zärtlichkeit in den Räumlichkeiten der Wohn- und Lebensgemeinschaft. Die Fachpersonen begleiten und unterstützen die begleiteten Menschen beim Einhalten dieser Regeln. (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55)

Wenn Fachpersonen, ‘wenn möglich’ in Kooperation mit den begleiteten Personen, Regeln definieren, werden die subjektiven Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft gegenüber Frauen mit Behinderungen in die Regelvorstellungen der Fachpersonen einfließen. Eine Auseinandersetzung mit den eigenen subjektiven Vorstellungen von Sexualität, Geschlecht und Behinderung ermöglicht es, die eigenen allenfalls diskriminierenden Vorstellungen zu erkennen und diese bewusst wahrzunehmen oder ihnen gar entgegenzuwirken. Methodisch kann diese Auseinandersetzung entweder durch den Reflexionsbogen (Anhang VII) oder durch die Methoden des Anti-Bias Ansatzes begleitet werden. Reformuliert könnte dieser Punkt folgendermassen werden:

Die Fachpersonen definieren bei Bedarf – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – Regeln bezüglich Nacktheit, körperlicher Nähe und Distanz sowie bezüglich des Auslebens von Zärtlichkeit in den Räumlichkeiten der Wohn- und Lebensgemeinschaft. *Dabei lassen sie ihre subjektiven Vorstellungen von Sexualität nicht einfließen. Analog dazu wird die Begleitung und Unterstützung bei der Einhaltung dieser Regeln definiert.*

Es ist anzunehmen, dass subjektive Wertvorstellungen wahrscheinlich dennoch miteinfließen, dies scheint nicht vermeidbar zu sein, da schlussendlich das gesamte Denken und alle Wertvorstellungen von diesen beeinflusst werden. Eine bewusste Auseinandersetzung mit den subjektiven Vorstellungen und diskriminierenden Moral- und Wertvorstellungen und das im Bewusstsein haben dieser Erkenntnisse bei der Regelerstellung, ermöglicht eine Reflexion des eigenen Einflusses und möglicherweise so mehr Bedürfnisorientierung an der Klientel.

### *Punkt 5: Persönliche Auseinandersetzung mit Sexualität*

Die Fachpersonen setzen sich mit ihrer persönlichen Haltung zu verschiedenen Aspekten von Sexualität, Intimität und Partnerschaft auseinander und sind fähig, im Team sowie mit den begleiteten Personen über Fragen von Partnerschaft und Sexualität zu sprechen. (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55)

Hier wird bereits der subjektiven Haltung der Fachpersonen gegenüber Sexualität Rechnung getragen. Da diese stets von gesellschaftlichen Wert- und Moralvorstellungen beeinflusst wird, sollte diese, wenn der Anspruch einer Selbstreflexion bereits gestellt wird, mit der vorurteilsbewussten

Auseinandersetzung ergänzt werden. Wie aufgezeigt worden ist, herrscht in der Gesellschaft immer noch eine Tabuisierung und negative Haltung gegenüber der Triade Frau, Behinderung und Sexualität. Eine intersektionale Perspektive ermöglicht eine analytische Auseinandersetzung des Zusammenwirkens verschiedener Macht- und Diskriminierungsmechanismen auf die eigene Person wie auch auf begleitete oder unterstützte Personen(gruppen). Dadurch können diskriminierende Strukturen wie auch die eigene reproduzierende Position erkannt und beispielsweise mit den vorgestellten Schritten des Anti-Bias-Ansatzes verändert werden.

Eine Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie und den subjektiven Vorstellungen über Sexualität, als Anspruch an Fachpersonen, ermöglicht auch, den zweiten Teil dieses Punktes ganzheitlicher zu fassen. Im Kapitel 3.1.3. wurde aufgezeigt, dass Fachpersonen von erlebten Diskriminierungserfahrungen beeinflusst werden – wie beispielsweise genderspezifischen Diskriminierungserfahrungen – und durch die Auseinandersetzung mit ihrer eigenen sexuellen Biografie auch das freie Sprechen über Sexualität zunehmend möglich wird.

Die Fachpersonen setzten sich *vorurteilsbewusst und die verschiedenen intersektionalen Einflüsse beachtend*, mit der persönlichen Haltung zu Sexualität auseinander, und sind fähig im Team sowie mit den begleiteten Personen über Fragen von Sexualität und Partnerschaft sprechen.

#### *Punkt 6: Akzeptanz*

Die Fachpersonen respektieren und akzeptieren, dass die begleiteten Personen ihre Sexualität nach eigenen Vorstellungen leben. (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55)

Um die eigenen Vorstellungen des Auslebens von Sexualität der begleiteten Person akzeptieren zu können, wird vorausgesetzt, diese Vorstellungen zu kennen. Es ist anzunehmen, dass diese nicht selbstverständlich geäußert werden oder, wie bereits beschrieben, gerade Verhaltensweisen, welche über Bedürfnisse Auskunft geben können, nicht als solche wahrgenommen werden, mitbedingt durch die gesellschaftliche Tabuisierung, insbesondere der weiblichen Sexualität von Frauen mit Behinderungen (vgl. Kapitel 3.2.). Ein Zugang zu den Vorstellungen des Erlebens von Sexualität, kann mit Hilfe des subjektzentrierten Empowerments oder spezifisch der Verwendung des Kompetenzdialoges hergestellt werden. Dabei nehmen die Fachpersonen, im Sinne des Empowerment-Ansatzes, eine subjektzentrierte, stärkenorientierte und kollaborative Haltung ein. Von den Fachpersonen wird Akzeptanz gefordert, wobei diese erhört werden kann, wenn ein Bewusstsein über vorherrschende Vorurteile und die eigene sexuelle Biografie vorhanden ist und so der Ursprung möglicher innerer Widerstände eruiert und aufgelöst werden kann. Folglich könnte dieser Punkt wie folgt ergänzt werden:

Die Fachpersonen *unterstützen akzeptierend und empowernd die begleiteten Personen bei der Ausformulierung und Realisierung ihrer Vorstellungen des Auslebens von Sexualität.*

Auch hier wird der Kompetenzdialog in die Überlegungen einbezogen, da er ein methodisches Mittel ist, welches in seiner Konzeption passend für die professionelle Bearbeitung dieser Aufgabe eingesetzt werden kann. Wie bereits erwähnt, ist dieser – in der vorangehend beschriebenen Konzeption nach Herringer (vgl. Kapitel 4.3.) – auf eine verbale Kommunikation ausgerichtet, was keine Selbstverständlichkeit ist und deshalb nicht im Leitfaden konkret erwähnt werden soll.

#### *Punkt 8: Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten und Empfängnisverhütung vermitteln.*

Wenn begleitete Personen eine sexuelle Beziehung eingehen möchten, klären die Fachpersonen mit ihnen Fragen der Empfängnisverhütung und sprechen über geschützten Geschlechtsverkehr resp. über das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten. (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017:55)

Damit die Bedürfnisse der begleiteten Frauen mit Behinderungen expliziter beachtet werden – da Frauen mit Behinderungen oftmals ohne ausreichende Informationen und aus reiner Vorsorge Verhütungsmittel anwenden (müssen) – scheint es gemäss einem professionellen Handeln notwendig, explizit auf die Bedürfnisausformulierung der begleiteten Personen einzugehen. Die Fachpersonen sollten Frauen mit Behinderungen unterstützen, ihre Bedürfnisse ausformulieren und vertreten zu können. Methodisch kann dies mit dem Empowerment-Ansatz erfolgen, welcher eine Bedürfnisorientierung und Klient:innenzentrierung beinhaltet. Die Fachpersonen können mit dem Kompetenzdialogs lösungs- und ressourcenorientiert mit der Klientin herausfinden, ob und wie sie verhüten möchte und auch, wie sie ihre Interessen gegenüber Dritten vertreten kann. Dabei wird der Begriff ‘stärkend’ in der Reformulierung verwendet, da dieser einerseits den Empowerment-Ansatz beinhaltet, andererseits methodisch genug offenbleibt, um in der Begleitung und Unterstützung bei der Ausformulierung auf die Bedürfnisse der begleiteten Personen eingehen zu können.

Die Fachpersonen *unterstützen die begleiteten Personen stärkend bei der Ausformulierung und Vertretung ihrer Bedürfnisse betreffend Empfängnisverhütung* und stellen bei Bedarf Informationen und Beratung zu der Empfängnisverhütung, geschütztem Geschlechtsverkehr und den Risiken sexuell übertragbarer Krankheit zur Verfügung.

#### *Punkt 9: Begleitung von Beziehungen*

Fachpersonen begleiten Beziehungen bei Bedarf. (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017:55)

Dieser Punkt wird so interpretiert, als beziehe er sich auf bereits vorhandene Beziehungen, welche bei Bedarf durch Fachpersonen begleitet werden sollen. Dabei wird aber nicht beachtet, dass viele Frauen mit Behinderungen, welche in Institutionen leben, sich mehr nahe Beziehungen (nur erst) wünschen. Die Fachpersonen sollten deshalb nicht nur existente Beziehungen bei Bedarf begleiten, sondern auch den Zugang zu sozialen Interaktionen ermöglichen, aus welchen neue Beziehungen entstehen können.

Dabei kann auf die Rolle der Netzwerkerin oder des Netzwerkers zurückgegriffen werden. Methodisch liefert dabei ebenfalls der Empowerment-Ansatz eine Herangehensweise, nach dem Empowerment auf der Ebene der Gruppe. Unter Berücksichtigung dieser Erkenntnisse, könnte der Punkt 9. wie folgt ausformuliert werden:

Die Fachpersonen unterstützen *bedürfnisorientiert die begleiteten Personen bei dem Erhalt und (Wieder-)Herstellen von sozialen Netzwerken und begleiten bei Bedarf Beziehungen.*

### *Erkenntnisse zu den weiteren Punkten*

Wird eine Perspektive eingenommen, welche den Anspruch hat, die gewonnenen Erkenntnisse allgemeiner auf den Leitfaden zu übertragen, dann lassen sich noch weitere Punkte ergänzen, die nicht in ganz klarem Bezug zu den bearbeiteten Barrieren stehen: Beispielsweise lässt sich die Mehrfachdiskriminierung – und die daraus abgeleitete intersektionale Perspektive – auf fast jede Begleitungs- und Unterstützungsebene übertragen, weil diese genannten Machtstrukturen der Gesellschaft – und somit dem Sein als Individuum dieser Gesellschaft – inhärent sind. Die durch die nähere Betrachtung der Barrieren hergestellten Bezüge zu weiteren Punkten des Leitfadens (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz: 55) werden nachfolgend ausformuliert, jedoch keine neuen Formulierungen vorgeschlagen, da dazu noch genauer auf die dahinterliegenden (weiteren) Barrieren eingegangen werden müsste.

Der erste Punkt im Leitfaden (vgl. Anhang I) äussert sich zum Umgang mit Konzepten betreffend die Thematik auf der Organisationsebene. Dieser Punkt könnte mit der Aufgabe der Orientierung am Sexualkonzept der Institution ergänzt werden und wenn keines besteht, wäre die Errichtung eines solchen zu empfehlen. Ein solches Fehlen zu kritisieren geht einher mit der solidarischen Professionalität nach dem Empowerment-Ansatz (vgl. Anhang X). Gerade aus einer genderspezifischen Perspektive kann argumentiert werden, dass insbesondere Frauen auf ein Konzept im Umgang mit Sexualität angewiesen sind, welches Sexualität als etwas dem Menschen Inhärentes definiert und optimal genderspezifische Aspekte aufgreift.

Es wird angenommen, dass das Respektieren der Privatsphäre (Punkt zwei), durch den Aspekt der durch Fachpersonen genderspezifisch differenten Wahrnehmung der sexuellen Verhaltensweisen von Menschen mit Behinderungen, sich ebenfalls genderspezifisch unterscheidet. Also, dass auf die Privatsphäre von Frauen mit Behinderungen im Alltag tendenziell weniger geachtet wird, weil ihnen durch Fachpersonen häufiger Sexualität abgesprochen wird und somit dem Achten der Privatsphäre durch Fachpersonen möglicherweise weniger Relevanz zugeschrieben wird. Ortlund greift dieses Nichtbeachten der Privatsphäre unter den institutionellen Barrieren auf (vgl. 2016: 19), welche in dieser Arbeit nur am Rande erwähnt werden konnten. Ortlund beschreibt, dass fast ein Drittel der in

Institutionen wohnhaften Frauen kein eigenes Badezimmer haben. Diese offensichtlich auch in bauliche Strukturen übertragene Benachteiligung von Frauen ist wieder unter dem Aspekt der Mehrfachdiskriminierung zu verorten – und wird auch in den Verhaltensweisen der Fachpersonen reproduziert. Insbesondere scheint das erhöhte Risiko, sexuelle Gewalt zu erleben – welchem Frauen mit Behinderungen ausgesetzt sind – die Dringlichkeit insbesondere für Frauen eine sichere Privatsphäre zu schaffen von grosser Relevanz.

Die Förderung einer «Kultur des Wohlbefindens» (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55) kann auf Grund der Mehrfachdiskriminierung (Kapitel 3.1.) genderspezifisch betrachtet werden: Durch die vorhandene Benachteiligung hinsichtlich des normalisierten Erlebens der Sexualität, auf Grund des Geschlechts und der Behinderung, ist davon auszugehen, dass Frauen mit Behinderungen möglicherweise andere Elemente der Begleitung und Unterstützung hinsichtlich des Auslebens von Sexualität benötigen, um eine «Kultur des Wohlbefindens» (INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55) erleben zu können, als beispielsweise Männer mit Behinderungen – wobei man auch hier eine intersektionale Analyse der Mehrfachdiskriminierung (vgl. Kapitel 4.1.) individuellere Situationen beachten könnte, und die Anwendung des Kompetenzdialoges die Ausformulierung der Bedürfnisse, was Wohlbefinden bedeutet, unterstützen könnte.

Die Schaffung eines zielgruppenentsprechenden Zuganges zu Sexualaufklärung (Punkt sieben) kann auch als genderspezifischer Zugang zu Sexualaufklärung interpretiert werden. Spannend scheint hier die Feststellung von Swantje Köbsell, dass oftmals primär die Differenzkategorie Behinderung dominierend wahrgenommen wird (vgl. Köbsell 2010: 20) und diese Anforderung deshalb möglicherweise mehrheitlich als behinderungsspezifischer Zugang zu Sexualaufklärung interpretiert wird. Doch die in dieser Arbeit bearbeiteten genderspezifischen Barrieren zeigen auf, dass auch ein genderspezifisches Verständnis von Sexualität relevant ist. Es soll damit nicht suggeriert werden, dass es per se eine spezifische Sexualaufklärung für Frauen braucht; Wenn jedoch von Zielgruppenorientierung gesprochen wird, ist auch der Genderaspekt mitzudenken, da Frauen mit Behinderungen strukturell bedingt andere (Diskriminierungs-)Erfahrungen machen als beispielsweise Männer mit Behinderungen oder auch Menschen mit Variationen der Geschlechtsentwicklung und Behinderungen. Den Zielgruppenbegriff differenzierter als nur auf eine Differenzkategorie bezogen zu betrachten, kann als Handlungsanforderung für die Fachpersonen genannt werden.

Der Punkt zehn thematisiert die Weiterbildung der Fachpersonen, welche aufgefordert werden, sich zu bilden, damit die begleiteten Personen kompetent beraten werden können und eine geeignete

Sprache bekannt ist. Unter Weiterbildung können auch die Selbstreflexion und eine vorurteilsbewusste Auseinandersetzung mit sich und seinem Verhalten gefasst werden. Jedoch ist hier anzumerken, dass der Anspruch der individuellen Weiterbildung auch auf institutioneller Ebene gefordert respektive gefördert werden sollte: Einerseits würde so eine einheitlichere Auseinandersetzung möglich werden, sodass alle Fachpersonen in ungefähr demselben Rahmen sich weiterbilden. Andererseits muss hier beachtet werden, dass die Sexualität nur ein Teilbereich der multiplen wie auch diffusen Aufgabenstellungen in der Begleitung und Betreuung von Menschen mit Behinderung im institutionellen Kontext ist. Die Verantwortung allein auf die Mitarbeitenden zu übertragen, scheint unter Betrachtung der dem Arbeitsfeld genuinen Allzuständigkeit (vgl. AvenirSocial 2010: 8) nicht zielführend. Die Thematik Sexualität zu beachten und eine Auseinandersetzung zuzulassen, ist einer professionellen Sozialen Arbeit unabdinglich. Zu erwarten, dass dies nur aus Eigeninitiative geschieht – unter Berücksichtigung aller weiteren Lebensbereiche, welche ebenfalls Anforderungen an Weiterbildungen und Auseinandersetzungen fordern – scheint weder für die nachhaltige Erhaltung der Ressourcen der Fachpersonen noch für ein einheitliches professionelles Handeln förderlich zu sein.

Auch der elfte und der zwölfte Punkt können unter dem Aspekt der genderspezifischen Mehrfachdiskriminierung betrachtet werden. Für Fachpersonen lässt sich daraus die Anforderung ableiten, einerseits die begleiteten Frauen selbstermächtigend zu unterstützen, sodass Bedürfnisse erkannt und formuliert werden können, und andererseits ebenfalls im Sinne des subjektiven Empowerments die (Selbst)Vertretung diese Bedürfnisse gegenüber Dritten zu unterstützen.

All diese aufgeführten Anmerkungen sind jedoch nicht als abschliessende Erkenntnisse zu verstehen. Um diese Punkte erweitern zu können, müsste den hier hergestellten Verknüpfungen weiter nachgegangen werden, um fundierter Aussagen über diese treffen zu können wie auch weitere methodische Theorien hinzugezogen werden, um Aussagen über mögliche geforderte Konsequenzen treffen zu können.

## 6. Konklusion

### 6.1. Beantwortung der Fragestellung

*Inwiefern muss das professionelle Handeln, wie es durch INSOS Schweiz und sexuelle Gesundheit Schweiz beschrieben wird, im institutionellen Kontext, in der Begleitung und Unterstützung von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, betreffend das Erleben von Sexualität, unter Beachtung der vier von Barbara Ortland (2016) aufgeführten genderspezifischen Barrieren, ergänzt werden, um ein normalisierteres Erleben von Sexualität zu ermöglichen?*

Eine normalisierte Sexualität bedeutet, dass, analog zum Modell der Funktionalen Gesundheit, die sexuelle Gesundheit möglichst funktional ist – also, dass die Interaktion mit der Umwelt möglichst unbehindert ist und somit die Teilhabemöglichkeiten wie auch die Lebensgestaltung so normalisiert wie möglich sind. Auch auf die Funktionale sexuelle Gesundheit wirken Barrieren ein, welche ein normalisiertes Erleben der Sexualität behindern, wobei einige davon genderspezifisch sind (vgl. Kapitel 2.2. – 2.4.). Vier solche Barrieren, welche durch Barbara Ortland (2016: 18f.) aufgeführt wurden, sind ausformuliert (vgl. Kapitel 3.) und mögliche Handlungsanweisungen für Fachpersonen der Sozialen Arbeit daraus abgeleitet worden (vgl. Kapitel 4.). Diese wurden auf den bestehenden Leitfaden von INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz übertragen und fünf Punkte sind umformuliert, bzw. ergänzt worden (vgl. Kapitel 5.2.). Diese neuformulierten Punkte stellen, sehr stark reduziert, die Beantwortung der Fragestellung dar (vgl. Anhang XI).

In der Auseinandersetzung mit den Barrieren und den gewählten Handlungsansätzen ist einerseits ersichtlich geworden, dass diese auf alle Punkte im Leitfaden Einflüsse haben (vgl. Kapitel 5.2.). Andererseits lässt sich daraus auf weitere Barrieren schliessen, denn bei der Ausdifferenzierung der Barrieren (vgl. Kapitel 3.) wurde ersichtlich, dass diese immer noch oberflächlich analysiert worden sind und sich in eine Vielzahl weiterer Barrieren mit (angenommenem) Einfluss auf ein normalisiertes Erleben von Sexualität unterteilen lassen (bspw. die Auswirkung der hormonellen oder permanenten Verhütung, die Vorstellungen über Elternschaft von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, die Analyse weiterer Erkenntnisse aus der Studie von Barbara Ortland (vgl. Ortland 2016) zu der Wahrnehmung von Fachpersonen gegenüber der Sexualität der begleiteten Menschen mit Behinderung).

Beim Versuch der Reduzierung des Einflusses auf das normalisierte Erleben von Sexualität der untersuchten Barrieren, muss folglich festgestellt werden, dass die gemachte Analyse und die daraus hergeleiteten Handlungsanforderungen einerseits eine Verringerung dieser Barrieren zur Folge haben können und somit auch ein normalisiertes Erleben von Sexualität im institutionellen Kontext von

Frauen mit Behinderung zunehmend ermöglicht werden kann. Aber es sind auch eine Vielzahl weiterer 'Sub-Barrieren' aufgezeigt worden, welche durch die vorgeschlagenen Handlungsanweisungen möglicherweise nicht aufgehoben sondern gar wieder unsichtbar gemacht worden sind. Für die Verfasserin ist dies gewissermassen eine erschreckende Erkenntnis, sie bestätigt jedoch den Forschungsbedarf und die Notwendigkeit einer weiteren Auseinandersetzung mit dieser Thematik, denn 'auch wenn vier grosse Bäume gefällt worden sind, werden dadurch junge Triebe erst ersichtlich, und der Wald ist dadurch noch lange nicht gerodet'.

Am Aufbau der Arbeit kann kritisiert werden, dass die Mehrfachdiskriminierung auf Grund der Attribute Frau und Behinderung (vgl. Kapitel 3.1.) als Überbegriff aller bearbeiteten Barrieren verstanden werden kann. Möglicherweise hätte in der Bearbeitung dieser Fragestellung entweder nur die Mehrfachdiskriminierung als Barriere angeschaut und verschiedene Aspekte davon untersucht werden können. Oder, anstatt die Mehrfachdiskriminierung als einzelne Barriere zu erwähnen, hätten weitere, in dieser Arbeit nicht berücksichtigte Barrieren beschrieben werden können, welche (alle) in der Konklusion zur Mehrfachdiskriminierung geführt hätten. Die Mehrfachdiskriminierung wird in dieser Arbeit zwar als Ursprung aller Barrieren und gleichzeitig als auch eine von mehreren beschrieben, jedoch nicht in jenem Ausmasse, als es ihrer Komplexität und Relevanz gebühren würde: Sie äussert sich in noch vielen weiteren Facetten und darf nicht nur als Zusammenspiel von Geschlecht und Behinderung gesehen werden.

In den Anforderungen an das Handeln der Fachpersonen ist die Mehrfachdiskriminierung, auch unter der Beachtung der Zugehörigkeit zu weiteren Differenzkategorien, aufgegriffen worden. Dies legt nahe, dass es wohl doch angebracht ist, die Mehrfachdiskriminierung separat aufzuführen auf der Flughöhe einer intersektionalen Betrachtungsperspektive. Die Einflüsse aller weiteren Differenzkategorien (vgl. Anhang V) auf das Ausleben der Sexualität, konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht bearbeitet werden. So beeinflusst beispielsweise die Frage nach der sexuellen Orientierung, oder ob eine Person cis oder trans ist, das Ausleben einer normalisierten Sexualität und wirkt über weitere Barrieren auf diese Person ein (vgl. Kapitel 4.1.). Die Mehrfachdiskriminierung findet sich somit auch in den drei weiteren analysierten Barrieren, welche bei weitem nicht die einzigen sind, welche Frauen mit Behinderung betreffend das Ausleben einer normalisierten Sexualität tangieren. Weitere Barrieren ausfindig zu machen und zu betrachten, wie auch weitere Differenzkategorien miteinzubeziehen, scheint eine weiterführende Anforderung an das professionelle Handeln zu sein und stellt neue Fragestellungen auf.

Die ausgewählten methodischen Ansätze sind vorgestellt worden. Es besteht die Annahme, dass aus deren konkreten Anwendung weitere Fragestellungen resultieren werden. Beispielsweise, wie der Kompetenzdialog (vgl. Kapitel 4.3.) – unter Verwendung anderer Kommunikationsarten als der verbalen Kommunikation – angewandt werden kann, um Bedürfnisse und Vorstellungen betreffend das Erleben von Sexualität ausformulieren zu können, oder wie die Funktionsweise von Verhütungsmitteln zielgruppenadäquat erklärt werden kann (vgl. ebd.). Auch wie die konkrete Ausgestaltung einer vorurteilsbewussten Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Identität und Biografie gestaltet werden kann (vgl. Kapitel 4.2.) oder konkret, wie der Anti-Bias-Ansatz (vgl. Gramelt 2010) mit dem von Barbara Ortlund formulierten Vorgehen (vgl. Kapitel 4.2.) kombiniert werden kann und welche Auswirkung dies auf das professionelle Handeln hat, sind weiterführende Fragen, die noch zu beantworten sind.

Diese weiteren Handlungsanforderungen sollten auch unter dem in dieser Arbeit nicht aufgegriffenen Bereich der Prävention in der Begleitung und Unterstützung, hinsichtlich eines normalisierten Erlebens von Sexualität, betrachtet werden. Die Fachpersonen befinden sich in einem konstanten Spannungsfeld zwischen selbstbestimmungsermöglichender Hilfe und präventiver Kontrolle (vgl. Ortlund 2016: 119). Welchen Einfluss das Bewusstsein um dieses Spannungsfeld auf das professionelle Handeln hat, wurde nicht beleuchtet und wäre in einer weiteren Fragestellung zu klären.

Die Erwähnung dieser weiteren Spannungs- und Handlungsfelder zeigt weitere Bereiche des professionellen Handelns im Kontext von Institution, Behinderung und Sexualität auf und verdeutlicht die Komplexität und Mehrdimensionalität der Anforderungen an die Fachpersonen und deren Handeln. Unter Einbezug der genderspezifischen Betrachtung der Barrieren, betreffend das Ausleben von Sexualität, werden diese noch erweitert: Insbesondere deshalb, weil möglicherweise keine institutionellen Konzepte im Umgang mit Sexualität vorhanden sind, scheint der Anspruch an die Eigeninitiative der Fachpersonen hoch, was durch die geforderte Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie und den eigenen Vorurteilen zusätzlich erhöht wird. Laut dem Berufskodex der Sozialen Arbeit ist die Auseinandersetzung mit sich selbst eine Komponente der Professionalität (vgl. AvenirSocial 2010: 13), wie auch das Wirken gegen Diskriminierung (vgl. ebd.: 11), was den in dieser Arbeit geforderten Teil der Selbstreflexion legitimiert. Eine Verankerung der Verantwortung der geforderten Auseinandersetzungen auf institutioneller Ebene kann diesem erhöhten Selbstanspruch Abhilfe schaffen und auch eine einheitlichere professionsinterne Auseinandersetzung ermöglichen. Rolle und Auftrag der Institution können ebenfalls in weiteren Fragestellungen beantwortet werden, denn Ortlund zeigt auch institutionsspezifische Barrieren hinsichtlich des selbstbestimmten Erlebens von Sexualität auf (vgl. Ortlund 2016: 19f.), welche ein normalisiertes Erleben von Sexualität negativ beeinflussen.

Der Abbau institutionsspezifischer Barrieren, die Implementierung eines Konzeptes zum Umgang mit Sexualität wie auch die Weiterbildung der Fachpersonen werden als institutionelle Aufträge verstanden. Sie leiten über zu dem Auftrag an die Profession der Sozialen Arbeit, welche sich laut dem Berufskodex von AvenirSocial auch der Weiterentwicklung der Theorie und Weiterbildung in der Praxis verpflichtet (vgl. AvenirSocial 2010: 15). Darunter können sowohl die weiterführenden Fragestellungen gefasst werden als auch die Weiterbildung der Fachpersonen der Sozialen Arbeit. Die intra- und interprofessionelle Weiterbildung zur Thematik Sexualität würde einerseits zeitliche und finanzielle Ressourcen sparen, wobei die Ressourcenfrage, in der Wahrnehmung der Verfasserin, oft als Argumentation gegen die Umsetzung oder Implementierung neuer respektive weiterer Konzepte verwendet wird. Die aufgezeigte Notwendigkeit und daraus resultierende Vorteile einer (genderspezifischen) Auseinandersetzung auf institutioneller Ebene mit der Thematik, könnten jedoch als Argumente für eine solche verwendet werden. Andererseits gäbe es in Weiterbildungen, optimalerweise auch mit Selbstvertreter:innen zusammen, die Möglichkeit, sich solidarisch mit den Betroffenen für das normalisierte Erleben von Sexualität einzusetzen.

Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnisse können sowohl als Teilschritt hinsichtlich der Umsetzung der UNBRK (vgl. Kapitel 1.3.2. und 1.3.3.) als auch als Beitrag zu einer gleichberechtigten und diskriminierungssensiblen Sozialen Arbeit gewertet werden. Es ist ersichtlich geworden, dass die Fachpersonen der Sozialen Arbeit als Umweltfaktor gemäss dem Konzept der Funktionalen (sexuellen) Gesundheit hinderlich oder förderlich auf die Funktionale (sexuelle) Gesundheit einwirken und so das normalisierte Erleben von Sexualität massgeblich mit beeinflussen können (vgl. Kapitel 3. und 4.). Die beschriebenen Barrieren sind veränderbar, hingegen können die personenbezogenen Faktoren – wie das Geschlecht (in der Regel) – nicht verändert werden, sie beeinflussen die Funktionale sexuelle Gesundheit jedoch auch (vgl. Kapitel 2.). Durch die Bearbeitung der Fragestellung wurde die Verantwortung und auch die Macht, welche die Fachpersonen hinsichtlich des normalisierten Erlebens der Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im institutionellen Kontext haben deutlich.

Die überarbeitete Version des Leitfadens (vgl. Anhang XI) berücksichtigt die vier von Orland genannten Barrieren, welche genderspezifisch auf Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen, welche in Institutionen leben, einwirken. Der ergänzte Leitfaden kann in seiner Umsetzung einen Betrag dazu leisten, ein normalisiertes Erleben der Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext zunehmend zu ermöglichen bzw. zu normalisieren. Es könnten und sollten noch viele Barrieren benannt bzw. aufgehoben werden, welche weitere Handlungsanforderungen auch an

die Fachpersonen stellen, wie auch weitere Perspektiven berücksichtigen und eröffnen und welche wieder neue Barrieren aufzeigen würden. Denn, dies wurde in dieser Arbeit deutlich, die Lebensrealität betreffend das Erleben von Sexualität von Frauen mit Behinderungen im institutionellen Kontext ist aus der bearbeiteten Perspektive noch weit von einer Normalisierung entfernt, und die professionsbezogenen Aufträge (vgl. Kapitel 1.3.) der Sozialen Arbeit sind noch lange nicht erfüllt. Die Barrieren in den Köpfen der Fachpersonen und der Gesellschaft müssen abgebaut werden, um ein normalisiertes Erleben der Sexualität von Frauen mit Behinderung im institutionellen Kontext, als Gesellschaft oder Fachperson, nicht zu verhindern. Die Soziale Arbeit und deren Fachpersonen sollten in diesem Prozess eine die betroffenen Personen stärkende und die Gesellschaft kritisierende Rolle einnehmen – vielleicht beginnend mit dem Beachten und Abbauen dieser Barrieren, zu welchen man als Fachperson der Sozialen Arbeit selbst gehört.

Weiterführend kann gefolgert werden, dass durch Überwindung des gesellschaftlichen Ursprungs der Mehrfachdiskriminierung – und somit auch der hier beschriebenen Barrieren – die Haltung der Gesellschaft und auch der Sozialen Arbeit verändert werden müssen, um tatsächlich ein normalisiertes Erleben von Sexualität zu ermöglichen. (Nur) die Symptome der Mehrfachdiskriminierung zu lindern, beispielsweise durch die Anwendung des überarbeiteten Leitfadens, ermöglicht ein normalisiertes Erleben der Sexualität von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen im institutionellen Kontext zwar punktuell, die gesellschaftlichen Machtstrukturen und somit die Ursache der Mehrfachdiskriminierung werden dadurch, wie in Kapitel 4.1. beschrieben, nicht aufgelöst. Sich an einer Veränderung dieser Gesellschaftsstrukturen zu beteiligen, wird ebenfalls als ein wichtiger Auftrag für die Soziale Arbeit gewertet. Dabei wird sowohl an die Wissenschaft wie an die Ausbildung appelliert – dass mehr Wissen zu der Thematik Sexualität, Gender und Behinderung generiert und publiziert wird, wie auch dies ein Bestandteil der Ausbildung in Sozialer Arbeit ist. Dazu zählen auch Unterstützungen zur Sichtbarmachung und die Realisierung verschiedener Projekte wie Ohrenkuss (vgl. URL 7.), Avanti Donne (vgl. URL 8.), Reporter:innen ohne Barrieren (vgl. URL 9.), welche in der Schweiz bereits Plattformen für Selbstvertreter:innen bieten.

## 6.2. Schlussworte

Diese Arbeit beruht auf einer professionellen, theoretischen Perspektive unter Einbezug ausgewählter Forschungsergebnisse. Die Frauen mit Behinderung, wohnhaft in einem institutionellen Kontext, kommen selber nicht direkt zu Wort. Die Verfasserin wünscht sich, dass bei der möglichen Beantwortung der weiterführenden Fragestellungen und Forschungen zu dieser Thematik, auch Selbstvertreterinnen mitwirken und zu Wort kommen können – was im Rahmen dieser Bachelor-Thesis nicht möglich war.

Nur sie sind die Subjekte und Expertinnen ihrer Lebensrealitäten. Es ist zu hoffen, dass ein kommender Bericht über die Umsetzung der UNBRK, möglicherweise mit der Umsetzung des erweiterten Leitfadens von INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz inkl. der Beantwortung der weiter aufgeführten Fragestellungen, eine wie folgt formulierte Aussage beinhalten könnte:

‘Die Ausübung der gleichen Rechte auf Sexualität und Familienplanung von Frauen und Männern mit Behinderungen – ob in Institutionen lebend oder nicht – wird als zunehmend normalisiert erlebt’, mit dem Hinweis, dass die Soziale Arbeit als Profession und deren Fachpersonen dabei eine unterstützende, solidarische und die gesellschaftlichen Praxen kritisierende Rolle eingenommen haben.

## 7. Quellenverzeichnis

### 7.1. Literaturverzeichnis

Aigner, Josef Christian (2013). Vorsicht Sexualität. Sexualität in der Psychotherapie, Beratung und Pädagogik. Eine Integrative Perspektive. Stuttgart: Kohlhammer.

AG Prävention (2021). Vertiefungsbericht Behinderung. Anhang zum NGO-Bericht zum Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häusliche Gewalt (Istanbul-Konvention). Verbandsübergreifende Arbeitsgruppe zur Prävention von sexueller Ausbeutung, Missbrauch und anderen Grenzverletzungen. Bern.

Beck, Iris/Franz, Daniel (2016). Leitbilder. Normalisierung. (o. Hg.). (o. T.). (o. O.): (o. V.). S. 102-107

Bielefeldt, Heiner (2012). Inklusion als Menschenrechtsprinzip: Perspektiven der UN-Behindertenrechtskonvention. In: Horster, Detlef/Moser, Vera (Hg.). Ethik der Behindertenpädagogik. Menschenrechte, Menschenwürde, Behinderung. Eine Grundlegung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 148 – 166.

Bundesamt für Statistik (2012). Statistik der sozialmedizinischen Institutionen. Die Situation der Menschen mit Behinderung in sozialen Einrichtungen. 14 Gesundheit. BFS Aktuell. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.

Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V (2014). Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterfortbildung als Voraussetzung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. (Hg.). Sexualpädagogische Materialien für die Arbeit mit geistig behinderten Menschen. 6. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. S. 17 – 23.

Bereswill, Mechthild/Ehlert, Gudrun (2018). Geschlecht. In: Grasshoff, Gunther/Renker, Anna/Schröer, Wolfgang (Hg.). Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 31-43.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2012). Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. Bielefeld, Frankfurt, Berlin, Köln.

Burchardt, Eva (1999). Sexualpädagogik und Persönlichkeitslernen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)(Hg.). Sexualpädagogik zwischen Persönlichkeitslernen und Arbeitsfeldorientierung. Köln: BZgA. S. 73 – 107.

Clausen, Jens/Herrath, Frank (2012). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Curaviva/INSOS/vahs (2018). Aktionsplan UN- BRK 2019 – 2023. Umsetzung der UNO- Behindertenrechtskonvention bei Verbänden und Dienstleistungsanbietern für Menschen mit Behinderung. (o.O.): (o.V.).

Czollek, Leah Carola/Perko, Gudrun/Weinbach, Heike (2009). Lehrbuch Gender und Queer. Methoden und Praxisfelder. Weinheim: Juventa.

Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz (2005). Wörter, Begriffe, Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Brugg: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Departement Soziale Arbeit.

Féraud, Marius/Huegli, Eveline/Rüfeli, Christian (2017). Sexuelle Gesundheit in der Schweiz. Situationsanalyse und Abklärung des Bedarfs für ein nationales Programm. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Büro Vatter AG.

Fountoulakis, Christiana/Rosch, Daniel (2016). Kindes und Erwachsenenschutz und sein Einfluss auf die Handlungsfähigkeit. In: Fountoulakis, Christiana/Heck, Christoph/Rosch, Daniel (Hg.). Handbuch Kindes- und Erwachsenenschutz. Recht und Methodik für Fachleute. 1. Auflage. Bern: Haupt Verlag.

Gramelt, Katja (2010). Der Anti-Bias-Ansatz. Zu Konzept und Praxis einer Pädagogik für den Umgang mit (kultureller) Vielfalt. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer.

Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (2011). Behindertenkonzept des Kantons Bern gemäss Artikel 197 Ziffer 4 BV sowie Artikel 10 IFEG. Förderung der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe von erwachsenen Menschen mit einer Behinderung. Genehmigt mit dem richterlichen Beschluss Nr. 122 vom 26.01.2011.

Gross, Peter (2017). Inklusive Vernachlässigung im Gemeinwesen? Neue Aufgabenfelder einer Andragogik im Sozialraum. In: Fischer, Erhard/Ratz, Christoph (Hg.). Inklusion – Chancen und Herausforderungen für Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Juventa. S. 304-322.

Herringer, Norbert (2014). Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5., aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Hoyningen-Süess, Ursula/Wülser Schoop, Gertrud (2007). Buchbesprechungen. Ursula Pixa-Kettner (Hg.): Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. In: Schweizerische Gesellschaft für Soziale Arbeit (Hg.). Schweizerische Zeitschrift für Soziale Arbeit. Jahr 2007. Heft Nr. 2. Zürich: Seismo. S. 79-81.

Inclusion Handicap (2017). Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Bern: Inclusion Handicap Schweiz.

INSOS (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutungen und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. (o.O.): INSOS Schweiz.

INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz (2017). Sexualität, Intimität und Partnerschaft. Leitfaden für die Begleitung von Menschen mit Behinderung in institutionellen Wohnformen. (o.O.): INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz.

Kessl, Fabian/Reutlinger Christian (Hg.). (2019). Handbuch Sozialraum. Grundlagen für den Bildungs- und Sozialbereich. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Verlag.

Knobel, Christina/Lage, Dorothea (2013). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit (ICF) – Kompetente Teilhabe mit dem Partizipationsmodell erreichen. In: Hallbauer, Angela/Hallbauer, Thomas/Hüning-Meier, Monika (Hg.). UK kreativ!. Karlsruhe: Von Loeper Verlag. S. 429-443.

Köbsell, Swantje (2010). Gendering Disability: Behinderung, Geschlecht und Körper. In: Jacob, Jutta/Köbsell, Swantje/Wollrad, Eske (Hg.). Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: Transcript Verlag. S. 17-35.

Kuhlig, Wolfram/Theunissen, Georg/Wüllenweber, Ernst (2006). Geistige Behinderung. In: Mühl, Heinz/Theunissen, Georg/ Wüllenweber, Ernst (Hg.). Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Teil IV. Begriff und Phänomen der geistigen Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 116 – 127.

Langner, Anke (2010). Eine Ohnmacht – Geschlecht und «geistige Behinderung». In: Jacob, Jutta/Köbsell, Swantje/Wollrad, Eske (Hg.). Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: Transcript Verlag. S. 153 – 168.

Loeken Hiltrud/Windisch Matthias (2013). Behinderung und Soziale Arbeit. Beruflicher Wandel – Arbeitsfelder – Kompetenzen. Stuttgart: Kohlhammer.

Ortland, Barbara (2016). Sexuelle Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung. Grundlagen und Konzepte für die Eingliederungshilfe. 1. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Ortland, Barbara (2020). Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer.

Pitsch, Hans-Jürgen (2006). Normalisierung. In: Mühl, Heinz/Theunissen, Georg/ Wüllenweber, Ernst (Hg.). Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Handbuch für Studium und Praxis. Teil V. Leitkonzepte der Pädagogik bei geistiger Behinderung. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. S. 224-237.

Pohlen, Carola (2010). Kategorien, diese fiesen Biester. Identitäten, Bedeutungsproduktionen und Politische Praxis. In: Jacob, Jutta/Köbsell, Swantje/Wollrad, Eske (Hg.). Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: Transcript Verlag. S. 95- 112.

Pro Familia (2021). Ergebnisse der Befragung von Menschen mit Behinderungen, Fachkräften der Behinderten- und Behindertenselbsthilfe sowie Angehörigen. Juni bis September 2020. Projekt Behinderung, Sexualität und Partnerschaft von pro familia Baden-Württemberg e.V. in Kooperation mit Lebenshilfe Baden-Württemberg e.V. Stuttgart: Pro familia Baden-Württemberg e.V. und Lebenshilfe Baden-Württemberg e.V.

Raab, Heike (2010). Shifting the Paradigm: Behinderung, Heteronormativität und Queerness. In: Jacob, Jutta/Köbsell, Swantje/Wollrad, Eske (Hg.). Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: Transcript Verlag. S. 73-94.

Rohrmann, Albrecht (2018). Behinderung. In: Grasshoff, Gunther/Renker, Anna/Schröer, Wolfgang (Hg.). Soziale Arbeit. Eine elementare Einführung. Wiesbaden: Springer Verlag. S. 55-69.

Römisch, Kathrin (2011). Entwicklung weiblicher Lebensentwürfe unter Bedingung geistiger Behinderung. Bad Heilbrunn: Klinkhardt Verlag.

Scholten, Ann-Kathrin (2020). Sexuelle Entwicklung unter der Perspektive traumatischer Erfahrungen. In: Ortland, Barbara. Behinderung und Sexualität. Grundlagen einer behinderungsspezifischen Sexualpädagogik. 2. Erweiterte und überarbeitete Auflage. Stuttgart: Kohlhammer. S. 148-172.

Seifert, Elisabeth (2018). Liebe und Sex in Behinderteninstitutionen. In: Curaviva. Fachzeitschrift. Ausgabe 5. Liebe und Sex: warum und wie sich das Begehren verändert. Bern: Curaviva Verband Heime und Institutionen Schweiz. S. 25-29.

Seiler, Susanne/Kasper, Daniel (2014). Empowerment. Teil 4. In: Kasper, Daniel/Lage, Dorothea. Maximen in der Sozialen Arbeit im Kontext von Behinderung. Unveröffentlichtes Unterrichtsmaterial. BA232. Herbstsemester 2019/2020. Fachhochschule Nordwestschweiz. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit.

Sparmann, Julia (2015). Körperorientierte Ansätze für die Sexuelle Bildung junger Frauen. Eine interdisziplinäre Einführung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Specht, Ralf (2008). Sexualität und Behinderung. In: Schmidt Renate-Berenike/Sielert, Uwe (Hg.). Handbuch Sexualpädagogik und sexuelle Bildung. Wildheim: Juventa. S. 295-308.

Waldschmidt, Anne (2004). Normalität – Ein Grundbegriff in der Soziologie der Behinderung. In: Forster, Rudolf (Hg.). Soziologie im Kontext von Behinderung. Theoriebildung, Theorieansätze und singuläre Phänomene. Kempten: Julius Klinkhardt. S. 142- 156.

Woltersdorff, Volker (2019). Heteronormativitätskritik: Ein Konzept zur kritischen Erforschung der Normalisierung von Geschlecht und Sexualität. In: Kortendiek Beate/Riegraf Birgit/Sabisch Katja (Hg.). Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung. Geschlecht und Gesellschaft. Vol. 65. Wiesbaden: Springer VS. S. 323 – 330.

## 7.2. Verzeichnis digitaler Quellen

Amtliche Sammlung des Bundesrates (AS) (2014). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/oc/2014/245/de> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

AvenirSocial (2010). Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis. Bern: Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. URL: [https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR\\_Berufskodex\\_De\\_A5\\_db\\_221020.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/SCR_Berufskodex_De_A5_db_221020.pdf) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

AvenirSocial (2018). Ausbildung und Beschäftigung in der Sozialen Arbeit in der Schweiz. Zusammenstellung von aktuellen Grundlageinformationen. Bern: Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. URL: [https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Ausbildung\\_und\\_Beschaeftigung\\_in\\_der\\_Sozialen\\_Arbeit\\_in\\_der\\_Schweiz\\_2018.pdf](https://avenirsocial.ch/wp-content/uploads/2018/12/Ausbildung_und_Beschaeftigung_in_der_Sozialen_Arbeit_in_der_Schweiz_2018.pdf) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Beckwith, Denise/Coppolino, Margherita/Knierim, Dieter/Knierim, Liam/Mason Belinda (2015). Silent Tears. Stories of disability, violence and the resilience of women survivors globally. Multi-media Project. Seit 2015. URL: <http://silenttears.com.au> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Busche, Mart (2016). Warum linke Bildungsarbeit intersektional sein sollte. In: Rosa-Luxemburg-Stiftung. Intersektionalität. Bildungsmaterialien der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Nr. 4. Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung. URL: [https://www.rosalux.de/fileadmin/rls\\_uploads/pdfs/Bildungsmaterialien/heft4/methode\\_03.pdf](https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Bildungsmaterialien/heft4/methode_03.pdf) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021]. S. 8 - 12.

Degele, Nina/Winker, Gabriele (2007): Intersektionalität als Mehrebenenanalyse. Freiburg in Breisgau: (o.V.). URL: <https://www.soziologie.uni-freiburg.de/personen/degele/dokumente-publikationen/intersektionalitaet-mehrebenen.pdf> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Erickson, Loree (2005): Want. Toronto: Femmgimp. [https://primo-pmtca01.hosted.exlibris-group.com/primo-explore/fulldisplay/01SFUL\\_ALMA21173590710003611/SFUL](https://primo-pmtca01.hosted.exlibris-group.com/primo-explore/fulldisplay/01SFUL_ALMA21173590710003611/SFUL) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

INSOS (2014). Statuten. 26. Juni 2014. URL: <https://insos.ch/assets/Bilder/INSOS-Schweiz-Statuten.pdf> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Mühlemann, Nina/ Ramirez, Edwin (2021). Criptonite. Theaterprojekt. Freischwimmen Netzwerk. 2020 – 2022. Gassnerallee. [https://www.gessnerallee.ch/de/person/100/Edwin\\_Ramirez\\_Nina\\_Mhlemann](https://www.gessnerallee.ch/de/person/100/Edwin_Ramirez_Nina_Mhlemann) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Niehaus, Mathilde (2001). Netzwerkarbeit von und für Frauen mit Behinderung. In: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft. Nr.1/2001. URL: <http://bidok.uibk.ac.at/library/beh1-01-niehaus-netzwerkarbeit.html#idm30> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Rosa-Luxemburg-Stiftung (2016). Intersektionalität. Bildungsmaterialien der Rosa-Luxemburg-Stiftung. Nr. 4. Berlin: Rosa-Luxemburg-Stiftung. URL: [https://www.rosalux.de/fileadmin/rls\\_uploads/pdfs/Bildungsmaterialien/heft4/methode\\_03.pdf](https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/Bildungsmaterialien/heft4/methode_03.pdf) [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Thiessen, Barbara (2011). Verletzte Körper: Intersektionelle Anmerkungen zu Geschlecht und Behinderung. URL: <https://www.inklusion-online.net/index.php/inklusion-online/article/view/107/107> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021].

Vogel, Anna-Katharina (2016). Konstruktionen von Geschlecht, Sexualität und Behinderung. In: soziales\_kapital. wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschulstudiengänge Soziale Arbeit Nr. 15. Rubrik "Thema". Wien. URL: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/437/802.pdf> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021]. S. 114 – 124.

Zemp, Ahia (1990). Behinderung: Frau: wir behinderten Frauen – das abgesprochene Geschlecht. Emanzipation. Feministische Zeitschrift für kritische Frauen. 4/1990. (o.O.). URL: <https://www.e-periodica.ch/digbib/view?pid=ezp-001:1990:16::98#435> [Zugriffsdatum: 22. Dezember 2021]. S. 16-20.

URL 1.: [https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk/schattenbericht\\_0-257.html](https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk/schattenbericht_0-257.html) [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 2.: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde/geltungsbereich-und-zweck.html> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 3.: <https://www.inclusion-handicap.ch/de/themen/uno-brk-74.html> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 4.: <https://sonderpaedagoge.quibbling.de/geschichte/wiki/index.php%3Ftitle=Kr%C3%BCppelbewegung.html> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 5.: <https://www.duden.de/rechtschreibung/triebhaft> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 6.: <https://insieme.ch/thema/familie/kinderwunsch-und-elternschaft/> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 7.: <https://ohrenkuss.de/ausgaben/40-abenteuer-liebe.html> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 8.: <https://www.ganz-frau.ch> [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

URL 9.: [https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file\\_de/622/dok\\_projekt-konzept\\_reporterinnen-ohne-barrieren\\_v\\_1\\_0\\_14072020\\_webseite.pdf?lm=1603971705](https://www.inclusion-handicap.ch/admin/data/files/asset/file_de/622/dok_projekt-konzept_reporterinnen-ohne-barrieren_v_1_0_14072020_webseite.pdf?lm=1603971705) [Zugriffsdatum 22. Dezember 2021].

## Anhang

## Anhangs-Verzeichnis

I - Aufgaben der Fachpersonen nach dem Leitfaden von INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz .....	3
II - Darstellung der Mehrfachdiskriminierung .....	5
III – Wahrnehmung der Fachpersonen sexualisierter Verhaltensweisen .....	6
IV – Erkenntnisse aus Kapitel 4 .....	9
V - Differenzkategorien .....	10
VI - Power Flower .....	11
VII - Erinnerst du dich? – Fragen zur Reflexion .....	12
VIII - Der Anti-Bias-Ansatz .....	14
IX - Handlungsebenen des Empowerments .....	16
X - Grundwerte des Empowerments .....	17
XI - Überarbeitete Version des Leitfadens .....	18
Ehrenwörtliche Erklärung .....	21

## I - Aufgaben der Fachpersonen nach dem Leitfaden von INSOS und Sexuelle Gesundheit Schweiz

Im Leitfaden werden zwölf Aufgaben für Fachpersonen beschrieben (vgl. INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55), welche wie folgt lauten; wobei die Nummerierung und die Stichworte eigenständig hinzugefügt worden sind (vgl. Abb.: 2.):

<b>1. Organisationsebene</b>	Die Fachpersonen kennen das Konzept zu Sexualität, Intimität und Partnerschaft sowie das Präventionskonzept der Institution und arbeiten gemäss den darin enthaltenen Leitlinien.
<b>2. Respektieren der Privatsphäre</b>	Die Fachpersonen respektieren die privaten Räume (z.B. eigenes Zimmer, Toilette) der begleiteten Personen. Sie definieren – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – klare Regeln, wie sie sich beim Betreten dieser Räume zu verhalten haben.
<b>3. Definieren von Regeln betreffend den Umgang mit Sexualität</b>	Die Fachpersonen definieren bei Bedarf – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – Regeln bezüglich Nacktheit, körperlicher Nähe und Distanz sowie bezüglich des Auslebens von Zärtlichkeit in den Räumlichkeiten der Wohn- und Lebensgemeinschaft. Die Fachpersonen begleiten und unterstützen die begleiteten Menschen beim Einhalten dieser Regeln.
<b>4. Förderung einer «Kultur des Wohlbefindens»</b>	Die Fachpersonen setzen sich in der Wohn- und Lebensgemeinschaft für eine Kultur ein, die das Wohlbefinden der Menschen mit Behinderung fördert und ihr Bedürfnis nach Privatheit befriedigt. Wie in einer Privatwohnung sollen sie unbeobachtet ihren Bedürfnissen nachgehen können.
<b>5. Persönliche Auseinandersetzung mit Sexualität</b>	Die Fachpersonen setzen sich mit ihrer persönlichen Haltung zu verschiedenen Aspekten von Sexualität, Intimität und Partnerschaft auseinander und sind fähig im Team sowie mit den begleiteten Personen über Fragen von Partnerschaft und Sexualität zu sprechen.
<b>6. Akzeptanz</b>	Die Fachpersonen respektieren und akzeptieren, dass die begleiteten Personen ihre Sexualität nach eigenen Vorstellungen leben.
<b>7. Zugang zu Sexualaufklärung schaffen</b>	Die Fachpersonen stellen die Sexualaufklärung der begleiteten Personen entsprechend ihrem individuellen Entwicklungsstand sicher. Fachpersonen können bei entsprechender Aus- und Weiterbildung Sexualaufklärung selber anbieten oder dafür externe Fachpersonen hinzuziehen. Die Fachpersonen sorgen dafür, dass in den

	Wohn- und Lebensgemeinschaften zielgruppengerechte Informationen zur Sexualaufklärung zugänglich sind.
<b>8. Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten und Empfängnisverhütung vermitteln</b>	Wenn begleitete Personen eine sexuelle Beziehung eingehen möchten, klären die Fachpersonen mit ihnen Fragen der Empfängnisverhütung und sprechen über geschützten Geschlechtsverkehr resp. über das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten.
<b>9. Begleitung von Beziehungen</b>	Fachpersonen begleiten Beziehungen bei Bedarf.
<b>10. Professionelle Weiterbildung</b>	Die Fachpersonen besuchen interne und externe Weiterbildung, um die begleiteten Personen bei Fragen zu Sexualität, Intimität und Partnerschaft kompetent beraten zu können und um eine geeignete Sprache für diese Thematik zu finden.
<b>11. Begleitung bei der Inanspruchnahme externer Dienstleistungen</b>	Die Fachpersonen unterstützen die begleiteten Menschen bei allfälligen Bedürfnissen nach externen sexuellen Dienstleistungen (z.B. Sexualassistenz) im Rahmen der Institutionsregeln. Wenn dies bei einem Teammitglied zu einem Gewissenskonflikt führt, sorgt das Team, resp. die Leitung dafür, dass die nötige Unterstützung von einem anderen Teammitglied übernommen wird.
<b>12. Vertretung der Anliegen gegenüber Dritten</b>	Fachpersonen vertreten bei Bedarf die Anliegen der begleiteten Personen hinsichtlich Sexualität, Intimität und Partnerschaft gegenüber der Institution, den Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen.

Abb. 2.: Aufgaben der Fachpersonen (eigene Darstellung nach INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017:55)

## II - Darstellung der Mehrfachdiskriminierung

**Abbildung 1: Empirisch unterlegtes Diskriminierungsmodell zu Geschlecht und Behinderung**

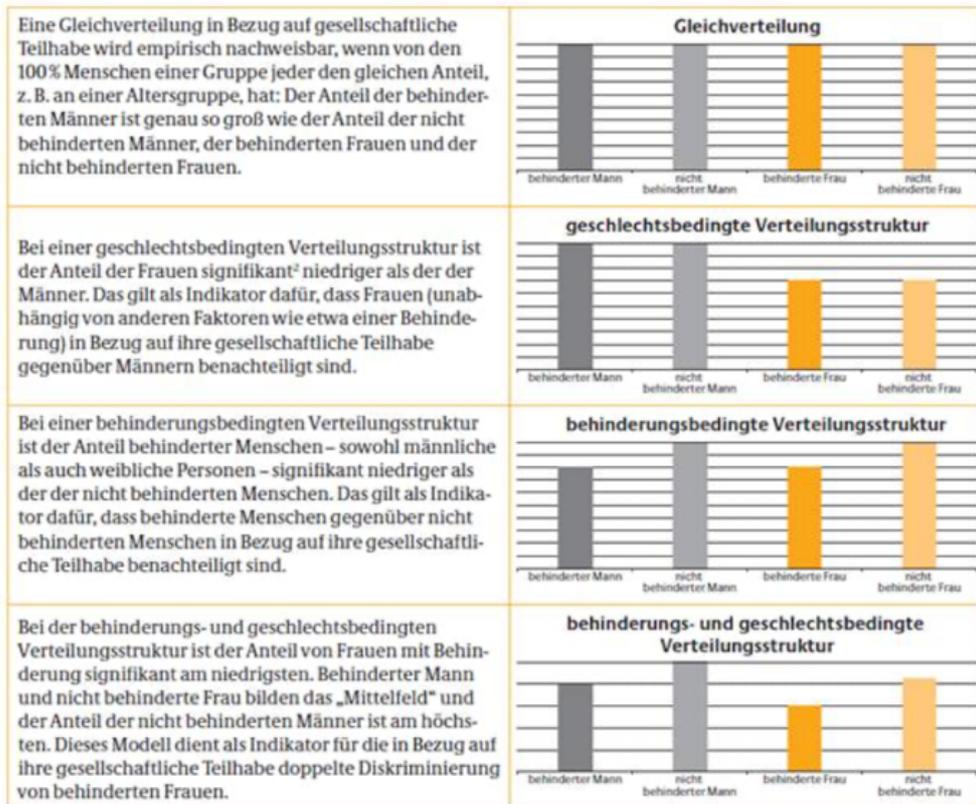


Abb. 5.: Empirisches Diskriminierungsmodell zu Geschlecht und Behinderung (in: BMFSJM 2009: 11ff. in: Thiessen 2011: o.S.)

### III – Wahrnehmung der Fachpersonen sexualisierter Verhaltensweisen

«Im geschlechterbezogenen Vergleich der Bewertung der Verhaltensweisen der Bewohner:innen durch die Betroffenen fällt auf, dass sexuelle Verhaltensweisen von Frauen tendenziell als störender bewertet werden als die der Männer» (Ortland 2016: 77). Nachfolgend werden die Ergebnisse der von Barbara Ortland durchgeführten Studie aufgeführt (vgl. ebd.: 77- 80):

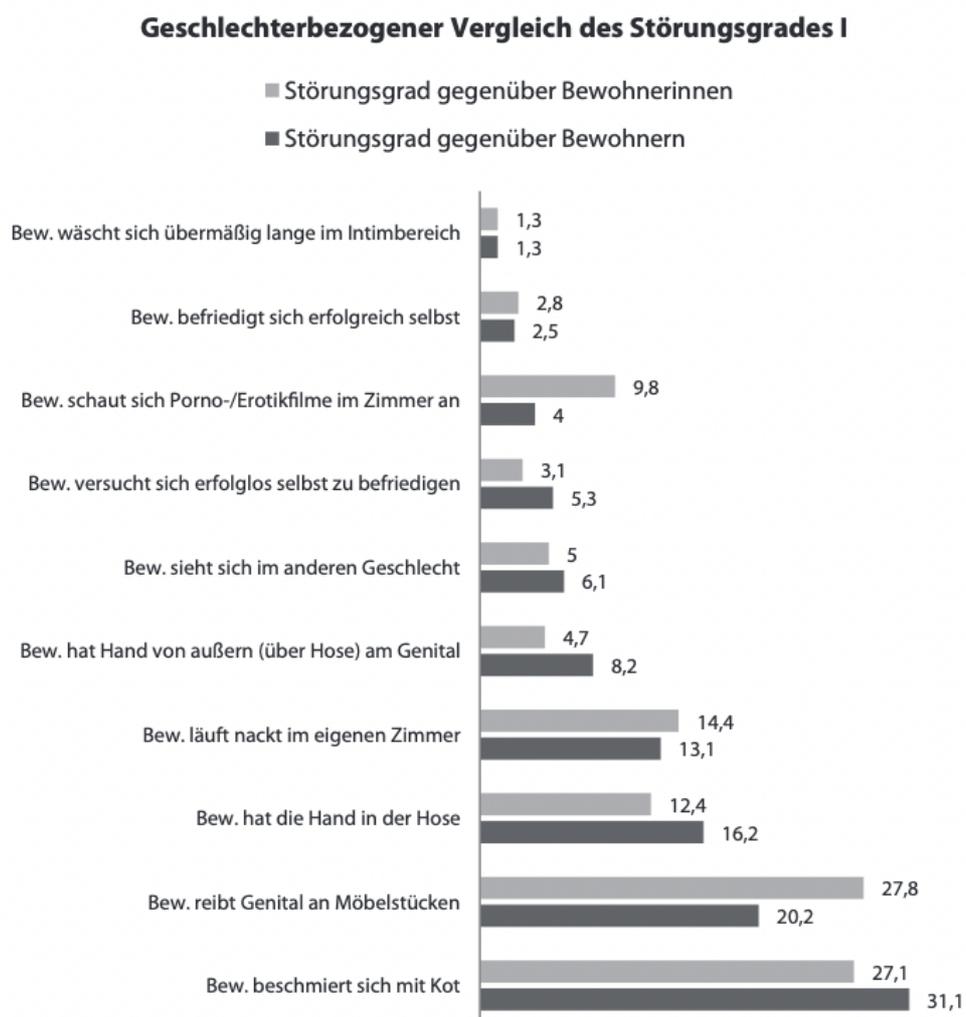


Abb. 6.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation allein/fühlt sich unbeobachtet (in Ortland 2016: 78).

### Geschlechterbezogener Vergleich des Störungsgrades II



Abb. 7.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation mit Mitbewohner:innen (in Ortland 2016: 79).

### Geschlechterbezogener Vergleich des Störungsgrades III

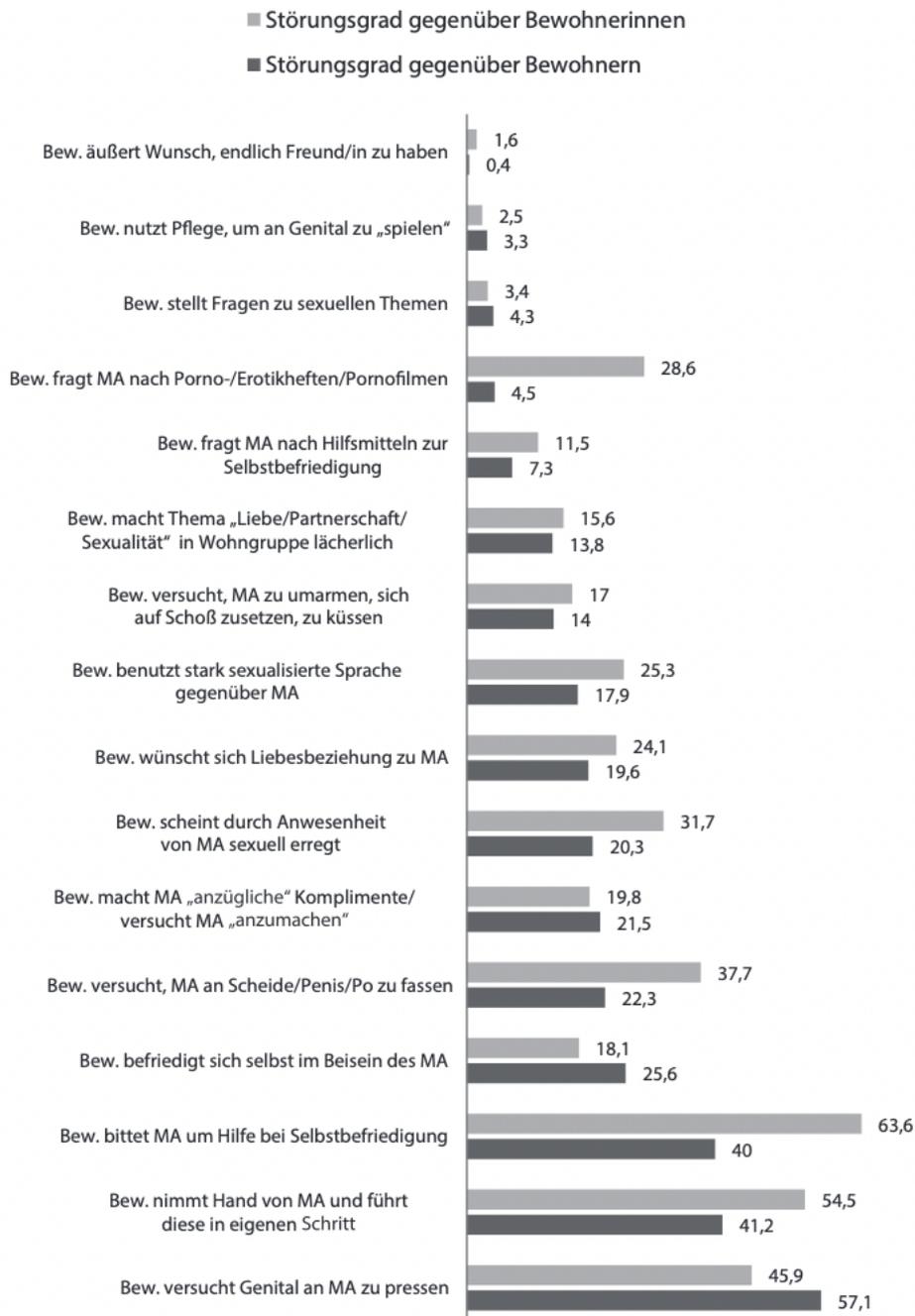


Abb. 8.: Vergleich der Störungsgrade der Mitarbeitenden gegenüber den sexuellen Verhaltensweisen der Bewohner und Bewohnerinnen in Situation mit Mitarbeitenden (in Ortlund 2016: 79)

## IV – Erkenntnisse aus Kapitel 4

<b>Barriere:</b>	<b>Minderung der Barrieren durch folgende Ansätze:</b>	<b>Resultierende Anforderungen an die Fachpersonen der Sozialen Arbeit</b>
Mehrfachdiskriminierung	Intersektionalität - Intersektionale Perspektive	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intersektionale Perspektive</li> <li>- Betrachtung und Beachtung der verschiedenen Differenzkategorien und damit einhergehenden gesellschaftlichen Diskriminierungsmechanismen und Privilegien.</li> </ul>
Subjektive Vorstellungen von Sexualität und Schwangerschaft	Selbstreflexion und vorurteilsbewusste Bildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reflexion der eigenen sexuellen Biografie wie auch der biografischen Zugänge zu Sexualität.</li> <li>- Diskriminierungssensible Auseinandersetzung mit eigenen Vorurteilen und den in der Gesellschaft vorhandenen Macht- und Diskriminierungsverhältnisse, wobei der Anti-Bias Ansatz methodisch genutzt werden kann.</li> </ul>
Prophylaktische Schwangerschaftsverhütung	Subjektzentriertes Empowerment	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anwendung der Grundwerte des subjektzentrierten Empowerments: Kollaboration, Stärken-Perspektive und Subjekthaftigkeit.</li> <li>- Kompetenzdialog als lösungsorientierte Methode, um neue Handlungsansätze erproben und möglicherweise auch etablieren zu können.</li> </ul>
Vermissen von engen Beziehungen	Erschliessen von Netzwerken	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkennen von Bedürfnissen (vgl. Kapitel 6.3).</li> <li>- Rolle der Netzwerkerin oder des Netzwerkers: Anstiften zu Gruppenzusammenführungen, Unterstützung bei der Selbstorganisation wie auch bei der Pflege und Wiederaufnahme sozialer Beziehungen.</li> </ul>

Abb. 9.: Darstellung der ersten Erkenntnisse (eigene Darstellung).

## V - Differenzkategorien

Mögliche, nicht als abgeschlossen zu betrachtende, Auflistung der Differenzkategorien, welche in eine intersektionale Analyse einfließen können nach Degele und Winker (vgl. ebd. 2007: 14).

Kategorien	Identität
Arbeit (Erwerbs-/Reproduktionsarbeit/Ehrenamt)	oben ~ unten, erwerbstätig ~ erwerbslos normalbeschäftigt ~ prekär, bezahlt ~ unbezahlt
Einkommen/Vermögen	reich ~ arm
Bildung	gebildet ~ ungebildet
Soziale Herkunft/Familie/Soziale Netze	bildungsnah ~ bildungsfern; vernetzt ~ isoliert allein lebend ~ in Familie eingebunden
Generativität	kinderlos ~ Elternschaft
Geschlechtszuordnung	männlich ~ weiblich
Sexuelle Orientierung	heterosexuell ~ homosexuell
Nationalstaatliche Zugehörigkeit	drinnen ~ draußen, deutsch ~ ausländisch europäisch ~ außereuropäisch, geduldet ~ illegalisiert
Ethnizität	Weiß ~ Schwarz, dominante Gruppe ~ ethnische Minderheit modern ~ traditionell, westlich ~ nicht westlich
Region	Stadt ~ Land, West ~ Ost
Religion/Weltanschauung	christlich ~ muslimisch fortschrittlich ~ rückständig
Alter	jung ~ alt
Körperliche Verfasstheit/ Gesundheit	gesund ~ krank; leistungsfähig ~ eingeschränkt leistungsfähig
Attraktivität	schön ~ unattraktiv; gepflegt ~ ungepflegt
Bei Bedarf weitere Kategorien	...

Abb. 10.: Differenzkategorien (in Degele/Winker 2007: 14)

## VI - Power Flower

Die unten dargestellte Power Flower (vgl. Rosa-Luxemburg-Stiftung 2016: 41) ist ein methodisches Hilfsmittel, um Privilegien und Diskriminierungen sichtbar zu machen. Die unausgefüllten Blütenblätter symbolisieren, dass auch diese Auflistung als nicht vollständig erachtet wird. Sie kann beispielsweise im Rahmen der vorurteilsbewussten Auseinandersetzung angewandt werden, und gibt eine Übersicht über die eigenen Privilegien und Diskriminierungen, welchen man ausgesetzt ist.

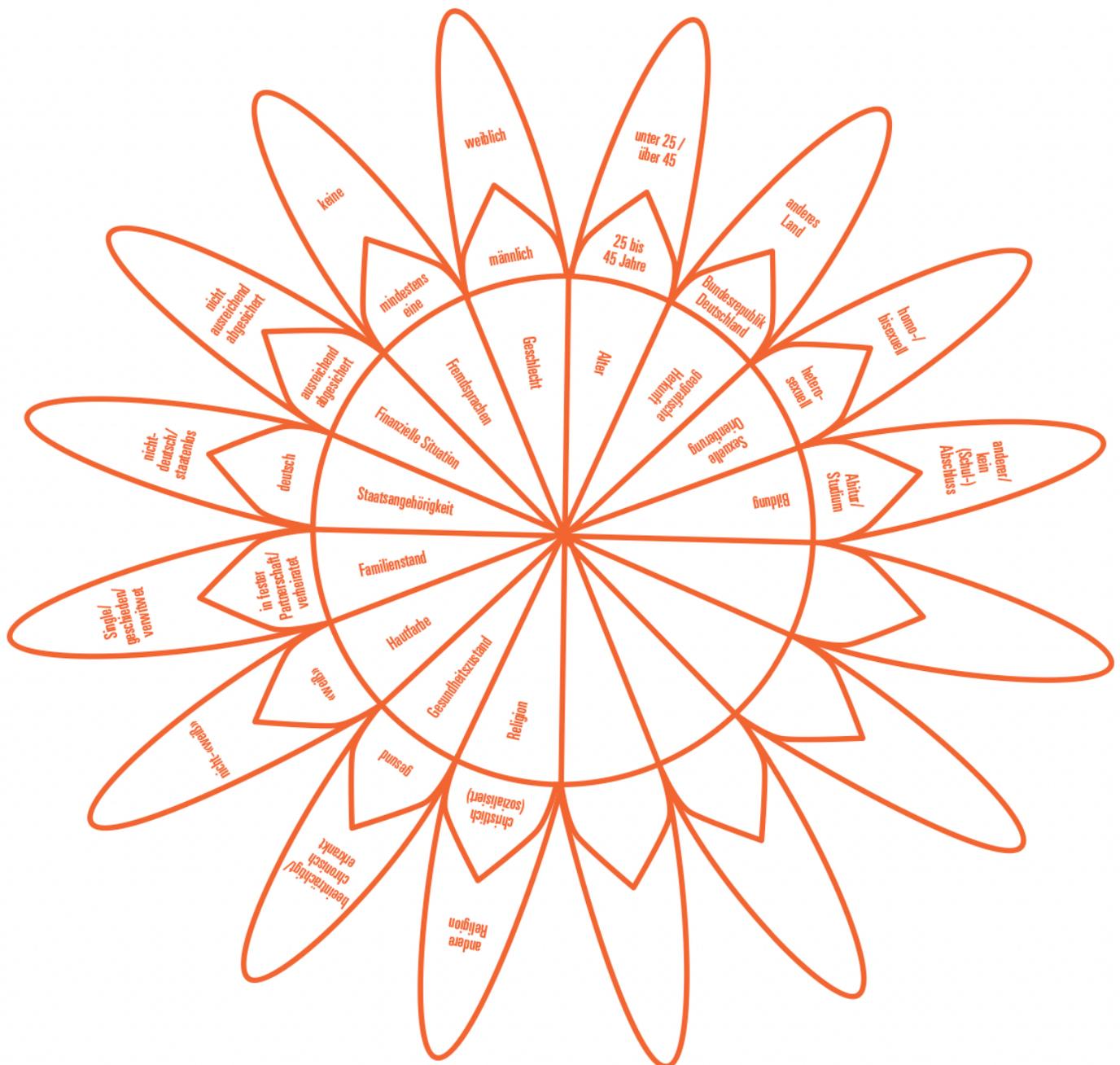


Abb. 11.: Power Flower (in: Rosa-Luxemburg-Stiftung 2016: 41)

## VII - Erinnerst du dich? – Fragen zur Reflexion

Dies ist ein Fragebogen zur Weiterbildung von Fachpersonen, welcher einen Zugang zu der eigenen sexuellen Biografie ermöglichen soll (vgl. Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2014: 20).

<p><b>Erinnerst du dich?</b></p> <p>Mit Hilfe der folgenden Fragen können Sie sich an einige Stationen in der eigenen sexuellen ›Lerngeschichte‹ zurückerinnern. Sie können dazu die Fragen in Gedanken beantworten oder sich einige Antworten aufschreiben. Es ist sinnvoll, die Antworten zu diesen Fragen in kleinen Gruppen zu besprechen. Dies ist eine gute Anregung, überhaupt einmal über sexuelle Fragen miteinander ins Gespräch zu kommen. Dabei gilt aber als oberste Regel: Niemand darf zu einer Antwort gedrängt, noch belächelt werden, denn damit vergrößert sich nur die schon vorhandene Hemmung.</p>	
<p><input type="radio"/> Haben Sie in Ihrer Familie oder auch außerhalb Gelegenheit gehabt, Geschwister oder andere Kinder des anderen Geschlechts nackt zu sehen? Wie war das bei Ihren Eltern? Erinnern Sie sich, was Sie dabei gedacht und empfunden haben?</p> <p><input type="radio"/> Waren Sie bei sogenannten Doktorspielen dabei? Gab es Situationen, in denen Sie ertappt worden sind? Wie haben die Eltern oder andere Erwachsene darauf reagiert?</p> <p><input type="radio"/> Welche Vorstellungen hatten Sie früher über Geburt und Zeugung? Wie und durch wen sind Sie aufgeklärt worden? Können Sie sich an besondere Aufklärungsgespräche erinnern? Wer führte sie mit Ihnen?</p> <p><input type="radio"/> Welche Gefühle und Erinnerungen haben Sie, wenn Sie an die Zeit Ihrer Pubertät denken? Wie sind Sie mit den körperlichen Veränderungen klargekommen? Wie haben Eltern und Geschwister darauf reagiert?</p> <p><input type="radio"/> Sind Sie auf die erste Regelblutung/den ersten Samenerguß vorbereitet worden? Wie sind Sie mit diesem Erlebnis fertig geworden?</p> <p><input type="radio"/> Wie war das mit der Selbstbefriedigung? Sind Sie selbst darauf gekommen oder haben Sie von anderen davon gehört und es dann auch einmal ausprobiert? Sind Sie einmal beim Onanieren überrascht worden? Hatten Sie Schuldgefühle, so etwas zu machen? Wie denken Sie heute darüber, den eigenen Körper zärtlich zu berühren?</p> <p><input type="radio"/> Erinnern Sie sich an die ersten Zärtlichkeiten, Schwärmereien, Verehrungen und Freunde/Freundinnen?</p> <p><input type="radio"/> Wie war Ihr erstes sexuelles Erlebnis? Der erste Kuß, Händchenhalten, Petting? Waren Sie eher aktiv oder passiv?</p>	<p><input type="radio"/> Hatten Sie Hemmungen bei der Kontaktaufnahme mit Frauen/Männern?</p> <p><input type="radio"/> Wie war das beim ersten Geschlechtsverkehr? Wie alt waren Sie, wie alt Ihre Partnerin/Ihr Partner? Hatte sie/er schon Vorerfahrungen?</p> <p><input type="radio"/> Haben Sie dabei verhütet? Welche Erfahrungen haben Sie überhaupt mit Verhütungsmitteln?</p> <p><input type="radio"/> »Orgasmus« – brauchen Sie ihn? Wie erleben Sie ihn? Wie wünschen Sie sich ihn? Können Sie über Ihre Wünsche reden?</p> <p><input type="radio"/> Haben Sie mit gleichgeschlechtlichen Partner/-innen lesbische/homosexuelle Erfahrungen gemacht?</p> <p><input type="radio"/> Was bedeutet Ihnen eine hetero- bzw. homosexuelle Beziehung? Was finden Sie gut oder weniger gut daran?</p> <p><input type="radio"/> Kennen Sie Gefühle der Eifersucht? Haben Sie Erfahrungen mit Trennungen gemacht? Was halten Sie überhaupt von einer Doppelbeziehung? Was halten Sie von einem Seitensprung?</p> <p><input type="radio"/> Ihr Körper: Finden Sie ihn schön? Können Sie ihn selbst berühren? Kennen Sie Ihren genitalen Bereich? Mögen Sie Ihren Körper oder schämen Sie sich vor anderen? Vor wem besonders?</p> <p><input type="radio"/> Gibt es Situationen, in denen Sie Sexualität schon als Gewalt erlebt haben? Kommt es vor, daß Sie Angst haben im Zusammenhang mit sexuellen Erlebnissen?</p> <p><input type="radio"/> Was meinen Sie: Welche Bedeutung haben all diese Erfahrungen für Ihre heutige Einstellung zu Sexualität? Haben Sie bestimmte Normen bzw. Leitvorstellungen? (»Das tut man nicht ...!«, »Wenn ich das täte, bekäme ich Schuldgefühle!« usw.)</p> <p><input type="radio"/> Sind Sie zufrieden mit Ihrer Sexualität, so wie Sie sie heute leben? Gehört Sexualität zu Ihrem Alltag? Und was bedeutet sie für Sie? Werden Ihre Bedürfnisse nach Wärme, Geborgenheit und Zärtlichkeit erfüllt?</p> <p><input type="radio"/> Gibt es sexuelle Wünsche, die Sie sich noch nicht erfüllt haben? Haben Sie schon einmal versucht, etwas an der Situation, wie Sie Sexualität erleben, zu verändern, um zufriedener zu sein? (Wünsche, Hoffnungen, »Wenn doch nur ...«)</p> <p>(vgl. auch Walter 1992, S. 215ff.)</p>

Abb. 12.: Erinnerst du dich? (in: Bundesvereinigung Lebenshilfe e.V. 2014: 20)

Diese Fragen hat Barbara Ortland formuliert, um eine Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualerziehung zu ermöglichen (vgl. Ortland 2020: 193).

### **Reflexion der eigenen Erfahrungen in Bezug auf Sexualerziehung**

Die individuellen, bewussten oder unbewussten, sexualerzieherischen Konzepte sind maßgeblich durch die eigenen Erfahrungen geprägt. Nehmen Sie sich für die nachfolgenden Fragen etwas Zeit und besinnen Sie sich auf ihre eigene Sexualerziehung.

- Denken Sie bitte an Ihre Kindheit/Jugendzeit: Welche Situationen der Sexualerziehung fallen Ihnen ein (Elternhaus, Schule, Freundeskreis...)?
- Was waren die Situationen oder Erlebnisse, die Sie am meisten geprägt haben?
- Können Sie sich an Sexualerziehung durch Ihre Eltern oder nahe Bezugspersonen erinnern? Welche Inhalte wurden thematisiert? Wie haben Sie Ihre Eltern in der Situation wahrgenommen? Wie angenehm/unangenehm war die Situation für Sie?
- Hatten Sie in der Schule Sexualerziehung als Unterrichtsthema? In welchem Fach wurde Sexualerziehung unterrichtet? Was waren die Inhalte? Hatten Sie den Eindruck, dass es um ›Ihre‹ Themen geht? Wie haben sich die Mitschülerinnen und Mitschüler verhalten? Wie haben Sie die Lehrkräfte erlebt?
- Welche Rolle haben Geschwister in Ihrer Sexualerziehung gespielt?
- Wie bedeutsam war der Austausch mit Freunden oder Freundinnen für Sie?
- Haben Sie Medien (Zeitschriften, Fernsehen etc.) als Informationsquelle genutzt? Als wie hilfreich haben Sie die Medien empfunden?
- Hatten Sie insgesamt das Gefühl, durch die verschiedenen ›Quellen‹ der Sexualerziehung subjektiv ausreichend auf die Veränderungen in der Pubertät und Ihre ersten sexuellen Kontakte vorbereitet zu sein? Haben Sie sich in Ihrer sexuellen Entwicklung eher allein gelassen gefühlt?
- Was hätten Sie sich anders gewünscht?
- Welche Rolle spielen Ihre eigenen Erfahrungen nun in der Sexualerziehung von jungen Menschen (Schülerinnen und Schülern oder eigenen Kindern)?

Abb. 13.: Reflexion der eigenen Erfahrungen in der Sexualerziehung (in: Ortland 2020: 193)

## VIII - Der Anti-Bias-Ansatz

«Anti-Bias ist eine gute Möglichkeit aufzuzeigen, was wir anderen Menschen eigentlich antun, was wir uns gegenseitig antun. Und man braucht dieses Bewusstsein, weil man diese Prozesse von Diskriminierung erlernt» (Gramelt 2010: 161), schreibt ein Teilnehmer einer Weiterbildung nach dem Anti-Bias-Ansatz (vgl. ebd.).

Der Anti-Bias-Ansatz ist ein pädagogisches Konzept, welches ursprünglich zur vorurteilsbewussten Kindererziehung konzipiert worden ist (vgl. ebd.:11). Jedoch kann dieser Ansatz auch in der Erwachsenenbildung und der Weiterbildung von Fachpersonen angewandt werden (vgl. ebd.: 12f.). Ein Teil der für die Erwachsenenbildung konzipierten Anwendung des Anti-Bias-Ansatzes ist die Auseinandersetzung mit Diskriminierungen. Der Anti-Bias-Ansatz sieht vor, Diskriminierungen auf folgenden drei Ebenen zu analysieren und zu bearbeiten, mit dem Ziel, Diskriminierungen zu verhindern (vgl. Gramelt 2010: 161):

- «Die Auseinandersetzung mit der eigenen Person in Bezug auf Prägung und Vorurteile» (ebd.), da diese als Ursprung diskriminierender Verhaltensweisen gesehen werden. Dies geschieht mittels Reflexion der eigenen Biografie wie auch der Analyse der Gesellschaft und deren Struktur.
- «Die Auseinandersetzung mit dem Phänomen Diskriminierung» (ebd.) wobei primär die Auseinandersetzung mit den eigenem diskriminierenden Verhaltensmuster im Zentrum steht und sekundär die dahinterliegenden gesellschaftlichen Mechanismen fokussiert werden. Anschliessend sollen neue Handlungsoptionen entwickelt werden, um die diskriminierenden Verhaltensweisen zu verringern bis dahin, diese langfristig «zu verlernen» (ebd.).
- «Die Antizipation von Gesellschaft» (ebd.) beschäftigt sich mit einer utopischen Konzeption von Gesellschaft. Dazu wird in Gruppen versucht, die Wünsche und Bedürfnisse aller anwesenden Personen zu erfassen, um dann durch Aushandlung und Kompromisse eine gemeinsame Utopie zu skizzieren (vgl. ebd.: 161f.).

Eine vorurteilsbewusste Auseinandersetzung kann durch die Verwendung des Anti-Bias-Ansatzes methodisch angeleitet werden, wobei spezifisch diskriminierende Verhaltensmuster bearbeitet werden können, wie beispielsweise betreffend den professionellen Umgang mit der

Partner:innen-Wahl auf einer Wohngruppe oder auch allgemein betreffend Sexualität. Werden diese drei beschriebenen Schritte auf die Rolle der Fachpersonen in der Begleitung und Unterstützung von Frauen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen bezogen, ermöglicht dieser Ansatz die geführte Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen Biografie und Identität als auch die Auseinandersetzung mit, im Sinne einer intersektionalen Betrachtungsweise, diskriminierendem Verhalten und Vorstellungen.

## IX - Handlungsebenen des Empowerments

Die vier Handlungsebenen des Empowerment-Ansatzes nach Seiler und Kasper (vgl. 2014: 33):

1. Die subjektzentrierte Ebene fokussiert die Arbeit mit dem Individuum. Die Person soll Selbstvertrauen und Lebenszuversicht entwickeln, und dadurch zu der Überzeugung gelangen, eigene Angelegenheiten erfolgreich selbst bewältigen zu können (vgl. ebd.).
2. Die gruppenorientierte Ebene bezieht sich zusätzlich auf das soziale Netzwerk der Person. Es wird auf das Zusammenschliessen von Gruppen, die Organisation neuer Beziehungen oder die Wiederherstellung bereits vorhandener Beziehungen fokussiert, mit dem Ziel dadurch Ressourcen betreffend dem Sozialen, der Hilfe und Unterstützung zu aktivieren (vgl. ebd.).
3. Die institutionellen Ebene bezieht sich primär auf die Lebens- und Alltagsbedingungen in Einrichtungen, welche die Lebensrealität vieler Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigung darstellen. Ziele sind der Abbau von Hierarchien und Bürokratien und die Etablierung demokratischer Beteiligungs- und Entscheidungsprozessen (vgl. ebd.: 33f.).
4. Die sozialpolitische und gesellschaftliche Handlungsebene steht für Adressat:innenbeteiligung und -orientierung von Angeboten und Politik. Es wird gefordert, dass die Anliegen der Klient:innen partizipativ in der Planung und Ausgestaltung der Angebote Gehör finden, wie auch gegenüber machtvollen Instanzen geltend gemacht werden (vgl. ebd.: 33.).

## X - Grundwerte des Empowerments

Hier folgt eine Darstellung der Grundwerte des Empowerments nach Seiler und Kasper (vgl. 2014: 27 – 29):

Kollaboration	Die Kollaboration verdeutlicht den Gedanken der Gleichberechtigung der Klient:innen und der Fachpersonen. Es gilt, die Dringlichkeit der Probleme der Klient:innen anzuerkennen und diese gemeinsam auf demokratischer Basis zu bearbeiten. Die Zusammenarbeit soll durch eine wertschätzende, die Menschenwürde achtende, professionelle Haltung geprägt werden (vgl. ebd. 27f.).
Stärken-Perspektive	Die Beachtung der Stärken und Kompetenzen der Klient:innen steht hier im Fokus. Eine Methode, um diese erfassbar zu machen, ist der Kompetenzdialog, wobei die Fachpersonen entwicklungsfördernde Bedingungen in der Biografie der Klient:innen ausfindig machen (vgl. ebd.: 28).
Subjekthaftigkeit	Die begleitete Person soll als souveränes und autonomes Individuum anerkannt und gewürdigt werden. Dementsprechend muss das Unterstützungssetting individuell und in Kooperation auf die Person abgestimmt werden. Dabei sind die Fachpersonen aufgefordert, eine empathische, nicht-abwertende sondern annehmende Grundhaltung einzunehmen, welche die subjektiven Wirklichkeitserfahrungen und Bedürfnisse der Klient:innen anerkennt (vgl. ebd.: 29).
Kontextorientierung	Die (marginalisierten) Klient:innen müssen immer im Kontext ihrer Umwelt erfasst werden, um so den exklusiv subjektzentrierten Blick überwinden zu können (vgl. ebd.: 29).
Solidarische Professionalität und Parteinahme	Die Klient:innen sind als Teil marginalisierter Personengruppen in der Wahrung ihrer Rechte und der Übernahme der damit einhergehenden Verantwortung zu unterstützen. Diese Unterstützung kann in Form von System- und Gesellschaftskritik sein, bis hin zur solidarischen Organisation in Fachgewerkschaften (vgl. ebd.: 29).

Abb. 14.: Die Grundwerte des Empowerments (eigene Darstellung nach Seiler/Kasper 2014: 27-29)

## XI - Überarbeitete Version des Leitfadens

In dieser Darstellung wurde im Vergleich zum Anhang I die dritte Spalte hinzugefügt. In dieser findet sich die erkenntnisbasierte überarbeitete Version der jeweiligen Punkte.

<p><b>1. Organisations-ebene</b></p>	<p>Die Fachpersonen kennen das Konzept zu Sexualität, Intimität und Partnerschaft sowie das Präventionskonzept der Institution und arbeiten gemäss den darin enthaltenen Leitlinien</p>	
<p><b>2. Respektieren der Privatsphäre</b></p>	<p>Die Fachpersonen respektieren die privaten Räume (z.B. eigenes Zimmer, Toilette) der begleiteten Personen. Sie definieren – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – klare Regeln, wie sie sich beim Betreten dieser Räume zu verhalten haben.</p>	
<p><b>3. Definieren von Regeln betreffend den Umgang mit Sexualität</b></p>	<p>Die Fachpersonen definieren bei Bedarf – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – Regeln bezüglich Nacktheit, körperlicher Nähe und Distanz sowie bezüglich des Auslebens von Zärtlichkeit in den Räumlichkeiten der Wohn- und Lebensgemeinschaft. Die Fachpersonen begleiten und unterstützen die begleiteten Menschen beim Einhalten dieser Regeln.</p>	<p>Die Fachpersonen definieren bei Bedarf – wenn möglich zusammen mit den begleiteten Personen – Regeln bezüglich Nacktheit, körperlicher Nähe und Distanz sowie bezüglich des Auslebens von Zärtlichkeit in den Räumlichkeiten der Wohn- und Lebensgemeinschaft. <i>Dabei lassen sie ihre subjektiven Vorstellungen von Sexualität nicht einfließen. Analog dazu wird die Begleitung und Unterstützung bei dem Einhalten dieser Regeln definiert.</i></p>
<p><b>4. Förderung einer «Kultur des Wohlbefindens»</b></p>	<p>Die Fachpersonen setzen sich in der Wohn- und Lebensgemeinschaft für eine Kultur ein, die das Wohlbefinden der Menschen mit Behinderung fördert und ihr Bedürfnis nach Privatheit befriedigt. Wie in einer Privatwohnung sollen sie unbeobachtet ihren Bedürfnissen nachgehen können.</p>	
<p><b>5. Persönliche Auseinandersetzung mit Sexualität</b></p>	<p>Die Fachpersonen setzen sich mit ihrer persönlichen Haltung zu verschiedenen Aspekten von Sexualität, Intimität und Partnerschaft auseinander und sind fähig im Team sowie</p>	<p>Die Fachpersonen setzen sich, <i>vorurteilsbewusst und die verschiedenen intersektionalen Einflüsse beachtend</i>, mit der persönlichen Haltung zu Sexualität</p>

	mit den begleiteten Personen über Fragen von Partnerschaft und Sexualität zu sprechen.	auseinander, und sind fähig im Team sowie mit den begleiteten Personen über Fragen von Sexualität und Partnerschaft sprechen.
<b>6. Akzeptanz</b>	Die Fachpersonen respektieren und akzeptieren, dass die begleiteten Personen ihre Sexualität nach eigenen Vorstellungen leben.	Die Fachpersonen <i>unterstützen akzeptierend und empowernd</i> die begleiteten Personen <i>bei der Ausformulierung und Realisierung</i> ihrer Vorstellungen <i>des Auslebens</i> von Sexualität.
<b>7. Zugang zu Sexualaufklärung schaffen</b>	Die Fachpersonen stellen die Sexualaufklärung der begleiteten Personen entsprechend ihrem individuellen Entwicklungsstand sicher. Fachpersonen können bei entsprechender Aus- und Weiterbildung Sexualaufklärung selber anbieten oder dafür externe Fachpersonen hinzuziehen. Die Fachpersonen sorgen dafür, dass in den Wohn- und Lebensgemeinschaften zielgruppengerechte Informationen zur Sexualaufklärung zugänglich sind.	
<b>8. Informationen über sexuell übertragbare Krankheiten und Empfängnisverhütung vermitteln</b>	Wenn begleitete Personen eine sexuelle Beziehung eingehen möchten, klären die Fachpersonen mit ihnen Fragen der Empfängnisverhütung und sprechen über geschützten Geschlechtsverkehr resp. über das Risiko sexuell übertragbarer Krankheiten.	<i>Die Fachpersonen unterstützen die begleiteten Personen empowernd bei der Ausformulierung und Vertretung ihrer Bedürfnisse</i> betreffend Empfängnisverhütung <i>und stellen bei Bedarf Informationen und Beratung zu der Empfängnisverhütung, geschütztem Geschlechtsverkehr und den Risiken sexuell übertragbarer Krankheiten zur Verfügung.</i>
<b>9. Begleitung von Beziehungen</b>	Fachpersonen begleiten Beziehungen bei Bedarf.	Die Fachpersonen <i>unterstützen bedürfnisorientiert die begleiteten Personen bei dem Erhalt und (Wieder-)Herstellen von sozialen Netzwerken</i> und begleiten bei Bedarf Beziehungen.
<b>10. Professionelle Weiterbildung</b>	Die Fachpersonen besuchen interne und externe Weiterbildung, um die begleiteten Personen bei Fragen zu Sexualität, Intimität und Partnerschaft kompetent beraten zu können und um eine geeignete Sprache für diese Thematik zu finden.	

<b>11. Begleitung bei der Inanspruchnahme externer Dienstleistungen</b>	<p>Die Fachpersonen unterstützen die begleiteten Menschen bei allfälligen Bedürfnissen nach externen sexuellen Dienstleistungen (z.B. Sexualassistenz) im Rahmen der Institutionsregeln. Wenn dies bei einem Teammitglied zu einem Gewissenskonflikt führt, sorgt das Team, resp. die Leitung dafür, dass die nötige Unterstützung von einem anderen Teammitglied übernommen wird.</p>	
<b>12. Vertretung der Anliegen gegenüber Dritten</b>	<p>Fachpersonen vertreten bei Bedarf die Anliegen der begleiteten Personen hinsichtlich Sexualität, Intimität und Partnerschaft gegenüber der Institution, den Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen.</p>	

Abb. 15.: Überarbeitung des Leitfadens (eigene Darstellung in Anlehnung an INSOS/Sexuelle Gesundheit Schweiz 2017: 55)