

Archiv

S 4483 F

Jan./Febr. · DM 6,50

1/90

pro familia magazin



Sexualität und Behinderung



Inhalt

Frau sein und behindert	1
Die Ideologie vom schönen Körper	2
Vergewaltigung behinderter Frauen	3
Überlegungen zur Sterilisation geistigbehinderter Menschen	6
Exkurs über die Vererbung von Behinderten	8
AIDS – Herausforderung für die Sexualpädagogik mit behinderten Menschen	9
„Damit Auschwitz nicht mehr sei...“	11
Lust am Leben und auch am Körper	12
Studie der WHO zur Sexualität behinderter Menschen	13
Sexualpädagogik in einem Wohnheim	14
Beiträge aus der praktischen Arbeit:	
Bei Pro Familia Bensheim	17
Bei Pro Familia Bremen	18
Bei Pro Familia Berlin	20
Gelebte Partnerschaft Nichtbehinderter/Behinderter	22
Bücher zum Thema	25
Buchbesprechung, Neuerscheinungen	26
Veranstaltungshinweise	27
Hans Harmsens hierarchisches Gesellschaftsmodell	28

Pro Familia Informationen

„Memminger Verhältnisse“ in Rheinland-Pfalz	30
20 Jahre Pro Familia München	32

Titelbild: Bernd Burkhardt, Hannover.

Impressum

pro familia magazin Sexualpädagogik und Familienplanung
Heft 1/90, 18. Jahrgang ISSN 0175-2960

Herausgeber: Pro Familia Deutsche Gesellschaft für Sexualberatung und Familienplanung e. V., Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt a. Main 1, Telefon (069) 550901.

Redaktion (Anschrift siehe Verlag): Jürgen Heinrichs Gerd J. Holtzmeier (Koordination und Layout), Inge Nordhoff (verantwortlich) Kristine von Soden.

Verlag: Gerd J. Holtzmeier, Verlag, Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig, Telefon (0531) 320281 Postgiro: Hannover 383811-307

Satz: Fotosatz Meinecke, 3341 Groß Denkte

Druck: RGG-Druck 3300 Braunschweig

Vertrieb: siehe Verlag

Anzeigen an den Verlag. Gültig ist die Anzeigenpreisliste 1990.

Bezugspreis: Im Abonnement DM 6,50 pro Heft (Ausland DM 7,-) einschließlich Versandkosten und MwSt. Ein Einzelheft kostet 6,50 DM zuzüglich Versandkosten.

Bezugsbedingungen: Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 30. September eines jeden Jahres gekündigt wird. Das Jahresabonnement wird im Januar in Rechnung gestellt, Neu-Abos im laufenden Jahr bei Zustellung des ersten Heftes.

Für Mitglieder der Pro Familia ist der Bezugspreis im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Erscheinungsweise: 6 × jährlich (jeweils Anfang Januar, März, Mai, Juli, September und November).

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Zu diesem Heft

Das öffentliche Bewußtsein für die Probleme Behinderter ist in den vergangenen Jahren gestiegen. Für Rollstuhlfahrer (für viele ein Synonym für Körperbehinderte) gibt es mehr und mehr befahrbare Zugänge zu öffentlichen Gebäuden und Wohnungen, Kinder mit angeborenem Mongolismus (für viele ein Synonym für Geistigbehinderte) werden nicht mehr versteckt.

Und doch gibt es nach wie vor Tabus, zu denen die Sexualität gehört. Darüber wird bestenfalls diskutiert, wenn es um Fragen der (Zwangs)-Sterilisation geht. In diesem Heft werden diese Diskussionen aufgegriffen. Ebenso wichtig: die Einblicke in den Alltag Behinderter und in die Arbeit jener, die sich der sexuellen Probleme Behinderter annehmen. Ein Bereich, der in der Pro Familia-Praxis erfreulicherweise zunehmenden Stellenwert gewinnt.

Behinderte haben es nicht leicht, ihre Sexualität zu leben. Partnerschaft und oft einfach „nur“ gewisse sexuelle Praktiken können gravierende Probleme sein. Probleme übrigens, die jeden von uns einmal betreffen können. Die Zahl derer, die durch Unfall oder Erkrankung unerwartet zu den Behinderten zählen, wächst.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die Sexualität behinderter Kinder und Jugendlicher. Für sie ist Sexualität oft ein doppeltes Tabu. Und für ihre Eltern ist es oft doppelt schwer, ihr behindertes Kind „loszulassen“ auf den Weg ins Erwachsensein. Diese Problematik wird in einer Reihe der in diesem Heft erscheinenden Beiträge deutlich. Besonders bei Elfie Siegel (Seite 18).

Während der Vorbereitungen zu diesem Heft erreichte uns der Brief einer Mutter, in dem steht: „Und jeder in der Gesellschaft, egal wie klug er ist, kann hinter einem herschauen und sagen: So etwas muß es doch heute nicht mehr geben. Als leibliche Eltern ist man Verursacher.“ „Dürfen nicht einmal gelegentlich und wohl auch sehr leise Fragen auftauchen, ob ein behindertes Kind bejaht werden könnte?“ „In einer Gesellschaft, wo Behinderung das ‚Letzte‘ ist, müssen wohl wir Frauen wieder herhalten, dies (das behinderte Kind) der Gesellschaft nicht zuzumuten“.

Fragen, die nachdenklich stimmen müssen in einer Zeit, da die Genforschung auf dem Weg ist, die Vision des „idealen“ Menschentypen zu schaffen. Auch Fragen der Familienplanung, der Bevölkerungspolitik und der Ethik rücken in den Blickpunkt, wenn es um Fragen werdenden Lebens geht. Dabei darf es keinen gesellschaftlichen Druck auf die „Qualität“ entstehenden Lebens geben. Die Entscheidung darüber, ob eine Schwangerschaft abgebrochen wird oder nicht, muß in jedem Fall der werdenden Mutter vorbehalten sein, ganz gleich, ob ein behinderter oder nichtbehinderter Mensch entsteht.

Daß behinderte Menschen ein Recht auf Leben haben, daß die Arbeit mit ihnen notwendig und in besonderem Maße auch innerlich bereichernd sein kann, das zeigen mehrere Beiträge in diesem Heft. Wir danken all denen, die sich mit ihren vielfältigen Erfahrungsberichten daran beteiligt haben.

Die Redaktion

Frausein und behindert:

„Es ist eine ganz andere Realität, in der wir leben“

Wenn eine Frau von den durch unsere Gesellschaft vorgegebenen Schönheitsidealen abweicht, etwa durch eine körperliche Behinderung, dann ist der Blick auf ihre ganze Person verstellt. Sie wird vornehmlich als zu bedauerndes Wesen angesehen, als Frau wird sie meist gar nicht wahrgenommen. Schmerzliche Erfahrungen.

Monika Seifert

Ich habe den Abend noch sehr genau in Erinnerung, als ich Ulrike und Sabine, beide körperbehindert, vor einigen Jahren kennenlernte. Es ging um pränatale Diagnostik und Gentechnologie. Das Thema sollte Schwerpunkt einer Hörfunk-Sendung sein. Ich war beeindruckt davon, wie scharf die beiden Frauen stellvertretend für alle Behinderten die Gefahren dieses „Fort-schritts“ schon zu einem Zeitpunkt sahen, als in der Öffentlichkeit noch wenig darüber diskutiert wurde.

Seitdem sind wir uns in vielfältigen Zusammenhängen, die mit Behinderung und politischem Engagement für Normalisierung der Lebensbedingungen, für Integration und Gleichbehandlung zu tun haben, immer wieder begegnet. Was uns verbindet, ist ein Stück Erfahrung, das wir – wenn auch auf unterschiedlicher Ebene – gemeinsam haben: Eins meiner Kinder ist schwer behindert. Gemeinsam ist uns auch, Frau zu sein. Aber bedeutet die Zugehörigkeit zum gleichen Geschlecht auch gleiche Realität? Eine Problematik, die unter den Betroffenen seit Jahren diskutiert wird. In den Köpfen der Nichtbehinderten ist sie noch längst nicht präsent. Für eine Sendung im SFB¹ haben mir Sabine und Ulrike erzählt, welche Rolle ihre körperliche Beeinträchtigung in ihrer Erziehung gespielt hat und was es heute für sie konkret bedeutet, eine Frau mit Behinderung zu sein:

Schon im Elternhaus werden Weichen gestellt, die das Selbstbild eines Mädchens mit Behinderung beeinflussen. Sabine erinnert sich, daß in ihrer Familie, kaum laut ausgesprochen, die Einstellung vorherrschte: „Sie wird nie eine richtige Frau werden. Aber sie hat Köpfchen!“ Es schien undenkbar, daß sie den „normalen“ Weg einer Frau – das hieß damals Heiraten und Kinderkriegen – gehen würde. Folglich wurden alle Bemühungen darauf gerichtet, sie durch eine gute Ausbildung, ein Studium, in die Lage zu versetzen, als Erwachsene selbständig für sich sorgen zu können.

Bei Ulrike war die Erziehung im Elternhaus nicht so einseitig auf einen „geistigen Ausgleich“ ausgerichtet: „Es war eher eine Ebene, wie kann es laufen, ohne daß es allzu große Probleme macht, also mehr in Richtung Unauffälligkeit: ‚Wenn sie unauffällig ist, ist ja alles in Ordnung.‘ – inclusive aller frauenspezifischen Vorstellungen, die so üblicherweise existieren, daß ein Mädchen stiller sein soll, daß ein Mädchen braver sein soll, daß ein Mädchen nicht so anspruchsvoll zu sein hat. Beruf sollte da sein, aber Qualifikation in irgendeiner besonderen Weise war nicht so wichtig, sondern einfach nur: ‚Sie hat ’nen Beruf, sie kann allein dann irgendwie leben, zurechtkommen, ist abgesichert.‘“

Gleichzeitig bekam sie immer wieder vermittelt, daß ihr viele Bereiche des Lebens versperrt sind, weil sie behindert ist: „Also Muttersein war überhaupt keine Diskussion, war kein Thema. Verheiratetsein war auch kein Thema. Aber ein Kind kriegen sollte ich trotzdem nicht, da sollte ich aufpassen. Es war immer dieser Zwiespalt und das Hin- und Hergerissensein: Attraktivität kein Thema, aber die ganzen Vorsichtsmaßnahmen sollte ich trotzdem einhalten“. Ulrike sieht eine Gefahr darin, daß behinderte Mädchen in einem solchen Familienklima die Einstellung der Eltern übernehmen und schließlich selbst glauben, daß sie gar nicht frei entscheiden können, wie sie leben möchten, ob sie zum Beispiel heiraten wollen oder nicht: „Die gängige Haltung ist einfach, ein Mädchen muß lernen zu verzichten, und zwar so früh wie möglich“.

Diese Vorstellung ist vielfältig spürbar. Von einer Frau wird traditionell erwartet, daß sie für jemanden sorgt und die Verantwortung übernimmt. Wenn sie einen behinderten Mann hat, bedeutet das für sie meist einen Prestigege Gewinn. Man bewundert, wie sie die Aufgabe meistert: „Wenn ein nicht-behinderter Mann eine behinderte Freundin hat“, sagt Ulrike, „ist es umgekehrt. Dann ist es ein Prestigeverlust, und man sagt eher: Er hat wohl keine andere abgekriegt, wie läuft denn das. Es wird für ihn als Zumutung

empfundene“. Entgegen allen Erwartungen hat Ulrike geheiratet. Die Ehe wurde nach zehn Jahren geschieden – weil sie sich auseinanderentwickelt hatten, wie so viele andere Paare auch. Die Behinderung hat dabei die geringste Rolle gespielt.

Beziehungen zu Männern, egal ob behindert oder nicht, gestalten sich für behinderte Frauen oft schwierig. Einer tragfähigen Partnerschaft stehen meist Erwartungshaltungen und Rollenvorstellungen entgegen, die die Männer aufgrund ihrer geschlechtsspezifischen Sozialisation entwickelt haben. Eine wesentliche Ursache sieht Sabine auch in dem an Männernormen orientierten Schönheitsideal der Gesellschaft. Wenn eine Frau von dieser Norm abweicht, ist zugleich der Blick auf ihre gesamte Person verstellt. Sie wird in erster Linie als Behinderte, nicht als Frau gesehen. Zu diesem generellen Problem kommen bei Sabine noch individuelle Erfahrungen aus ihrer Kindheit. Sie ist ohne Vater aufgewachsen. Die ersten Männer, die ihr begegnet sind, waren Ärzte, die ihr bei medizinischen Untersuchungen und Behandlungen Schmerzen zufügten. Das hat ihr Verhältnis zum anderen Geschlecht entscheidend geprägt: „Ich denke, das ist auch was sehr Krüppelspezifisches, was einem erst so langsam klar werden muß, auch daß der patriarchalische Aspekt für Krüppelfrauen noch unter ganz anderen Momenten deutlich wird. Das ist für mich dann auch so entscheidend, das gemeinsam mit anderen Krüppelfrauen aufzudröseln“. Mit nichtbehinderten Frauen ist der Umgang einfacher als mit Männern. Aber auch hier, so die Erfahrungen von Ulrike und Sabine, gibt es Grenzen des Verständnisses: „Es ist eine andere Realität, in der wir leben“.

Zentrale Themen aus dem Alltag von Frauen, wie Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation, Kinderwunsch, gewinnen im Lebenszusammenhang behinderter Frauen eine andere Dimension. Sexualität und Behinderung – das paßt doch nicht zusammen, ist die gängige Meinung. So manche behinderte Frau muß darum erstmals „nachweisen“, ab zum Beispiel eine Sterilisation überhaupt nötig ist. In der Regel haben es Frauen wegen ihrer Behinderung leichter, eine Abtreibung bewilligt zu bekommen oder sich sterilisieren zu lassen – eine Praxis, die Ulrike bedenklich findet: „Es ist für

mich subjektiv eine Erleichterung. Die be- ruht aber darauf, daß ich als Frau, als geschlechtliches Wesen überhaupt nicht wahr- genommen werde, sondern daß einfach ge- sagt wird, was soll ich denn mit 'nem Kind. Das ist doch nur 'ne Belastung. Das, was von einer ‚normalen gesunden Frau‘ als gesell- schaftliche Praxis erwartet wird, das wird von mir umgekehrt erwartet: Ich erfülle meine gesellschaftliche Verantwortung, wenn ich keine Kinder kriege.“ Wenn eine behinderte Frau ein Kind will, für seine Be- treuung aber Hilfen im Alltag braucht, er- fährt sie keinerlei Unterstützung, nur Un- verständnis: „Das geht doch nicht. Das ist zu teuer.“

Nicht als geschlechtliches Wesen wahrgenommen zu werden, das trifft Frauen mit Behinderung am meisten. Erfahrungen die- ser Art berühren eine andere Ebene als die alltägliche Diskriminierung von Frauen. Ul- rike nennt als Beispiel das in Frauengruppen immer wieder diskutierte Problem „Belästi- gung durch Männer“: „Für mich ist es auch eine Art von Diskriminierung, wenn ich überhaupt nicht angemacht werde, weil ich eben als Frau gar nicht wahrgenommen werde. Und das ist insofern heikel, als ich mir natürlich nicht wünsche, ständig ange- macht zu werden und ständig auf dieser Ebene diskriminiert zu werden. Aber das ist 'ne andere Wahrnehmung von Frausein und eben auch ein Negieren meines Frauseins.“

Anmerkungen

¹ Titel: „Du bist doch sehr hübsch – wie schade, daß du behindert bist“, Erfahrungen von Frauen mit einer körperlichen Behinderung“. An dem Gespräch für diese Sendung nahm auch eine Frau teil, deren Behin- derung erst im Erwachsenenalter auftrat. Diese be- sondere Problematik kann im Rahmen dieses Beitrags nicht berücksichtigt werden.

Literatur zum Thema: „Geschlecht: behindert/beson- deres Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen.“ Hrsg. v. S. Boll, Th. Degener u. a. Materialien der AG Spak, Vertrieb: AG Spak Publikationen, Kist- lerstr. 1, 8000 München 90.



Monika Seifert,
Dipl.-Päd. und Journal-
istin in Berlin.
Schwerpunkt: Soziale
Themen, speziell Be-
hindertenprobleme.

„Alle reden von Liebe – wir auch“

Das Bildungswerk des Bundesverban- des für spastische Gelähmte und an- dere Körperbehinderte bietet ein Se- minar unter dem Motto „Alle reden von Liebe – wir auch“ an. Es findet vom 4. bis 6. Mai in Cleeborn bei Heil- bronn statt. Angesprochen sind junge Menschen mit und ohne Behinderung, die in einer Partnerschaft leben oder sonstige Erfahrungen mit Liebe und Sexualität haben.

In der Seminaarauswahl heißt es u. a.:

„Besondere Probleme haben viele junge Menschen mit einer Behinderung. Sie haben es nicht nur schwerer, eine Freundin oder einen Freund zu finden; oft wird ihnen Sexualität gar nicht „zugetraut“, und wer pflegeabhängig ist, hat meist wenig oder keine Möglichkeiten, seine eigene Lust zu erleben bzw. zu befriedigen. Wir wollen über diese Probleme in einer offenen At- mosphäre miteinander sprechen.“

Das Bildungswerk ist über den Bun- desverband zu erreichen: Brehm- straße 5–7, 4000 Düsseldorf.

Die Ideologie vom schönen Körper – Warenästhetik

Unsere Bedürfnisse werden von der Industrie gesteuert. Was bege- hrenswert ist, zeigt uns die Werbung. Wir orientieren uns nicht mehr an In- halten, Werten, wir orientieren uns an der schönen Verpackung, seien es Waren, seien es Menschen.

Ein Behinderter: „Man muß ganz schön klar sehen, daß die äußeren Erscheinungsformen vieler Behinderungen, seien es nun Unstimmigkei- ten der körperlichen Proportionen, eine Skoliose, verkrüppelte Hände oder Füße, das Fehlen von Gliedmaßen, Sprachstörungen oder deren or- thopädische Folgen wie Rollstuhl, Krücken, Schienen, Prothese oder Korsett ganz oder gar nicht mit dem heutigen, von den Massenmedien pu- blizierten und gepriesenen Schönheitsideal vereinbar sind. Und in einer zweigeschlechtlichen Beziehung spielt das ansprechende Äußere des ei- nen Partners für den anderen eine nicht zu unterschätzende Rolle. Ein wichtiger Teil dieses Verhältnisses baut darauf auf: die Sexualität.“

Ursula Eggli, Schriftstellerin, selbst behindert, formuliert es in ihrem Buch „Herz im Korsett. Tagebuch einer Behinderten“ noch schärfer: „Wenn ich dann an die Cerebralgelähmten denke, die zuckend ausschla- gen, wenn sie zärtlich streicheln wollen und lallen, wenn sie liebevolle Worte flüstern wollen möchten. Die klein und verschrumpelt, verzerrt und verküppelt sind statt hübsch und stark und gesund, wie es das Wunschbild vorgaukelt, die Erwartung vorschreibt. Du Spastiker, du Ge- lähmter, Amputierter, du Kleinwuchs, du Krüppel, mißgestalteter Troll, idiotischer Invalider – laß es sein, gib es doch auf, halte dich endlich an die

Vorstellungen, die sich ein jeder von dir macht: Du bist ein geschlechts- loses Wesen, nicht Mann, nicht Frau – geschlechtslos!“

Ihr Bruder Christoph erkannte das Ausmaß seiner Behinderung, als er Liebesbeziehungen anknüpfen wollte:

„Dadurch habe ich gemerkt, daß ich nicht dem Ideal entspreche. Ich habe mich dann vor allem mit Männern verglichen, die gut ausgesehen haben. Ich habe sehr kurze Arme und Beine, und von der Seite sehe ich nicht gut aus, weil man da mein Korsett gut sieht. Zudem hatte ich bis vor zwei Jahren keinen Bart, während meine gleichaltrigen Kollegen alle schon längst einen hatten. Und ich hatte dann auch eine Zeitlang das Be- dürfnis, mich möglichst viel im Spiegel zu sehen und Positionen auszuprobieren, wie ich am besten aussehe, aber meinen Körper habe ich noch nie ganz im Spiegel gesehen. Aber ich weiß auch, daß ich einen dicken Bauch habe, und meine Füße und die linke Hand habe ich nicht gern, weil sie krumm sind. Und das alles wurde mir vor allem dann bewußt, wenn ich mich verliebte. Das war zum erstenmal in Affoltern. Ich verliebte mich in ein behindertes Mädchen, das auch in diesem Heim war und mußte dann einmal zuschauen, wie sie von ihrem Freund abgeholt wurde – sie küßten sich und flirteten, und ich war dabei.“

Der Behinderte hat im Vergleich mit einem Nichtbehinderten verlo- ren. Eine Erfahrung, die viele Behinderte gemacht haben.

Ernst Klee: „Behinderte. Über die Enteignung von Körper und Bewußtsein. Ein kritisches Handbuch“, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M. 1987

Vergewaltigung behinderter Frauen:

Opfer – wehrlos in jeder Hinsicht

Erstmals im deutschen Sprachraum wurde die Problematik des sexuellen Mißbrauchs behinderter Menschen öffentlich thematisiert, und zwar in Ulm auf der Fachtagung der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin in Baden-Württemberg. Eine der Referentinnen, die selbst mit betroffenen Frauen arbeitet, haben wir um einen Beitrag gebeten.

Theresia Degener

Sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen, das ist ein Tabuthema im Tabuthema der sexuellen Gewalt gegen Frauen. Behinderte Frauen passen in das gängige Klischee des Vergewaltigungsopfers nicht hinein. Mit Bemerkungen wie: „Wer würde denn mit so einer schon . . . ?“, oder „Na die kriegt doch sowieso keinen ab. Dann wird sie (es) wohl gewollt haben“, werden die wenigen Berichte vergewaltigter behinderter Frauen als Phantastereien abgetan. Obwohl wir längst wissen, daß Vergewaltigung ausschließlich als Ausdruck patriarchalischer Macht und Gewalt gegen Frauen verstanden und analysiert werden kann, verquicken sich die Themen Sexualität und Vergewaltigung bei behinderten Frauen auf unheilvolle Weise. Weil behinderte Frauen nach gesellschaftlichem Vorstellungsbild geschlechtslose Neutren sind, weil ihnen ein Recht auf Sexualität nicht zugestanden wird, werden sie auch nicht als Vergewaltigungsopfer anerkannt. Wer kein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung hat, kann gar nicht vergewaltigt werden. So einfach ist das.

Es ist daher kein Wunder, daß behinderte Frauen in keiner Statistik über Vergewaltigungsopfer auftauchen und auch in bekannteren Publikationen zum Thema nicht berücksichtigt werden.

Daß behinderte Frauen als Vergewaltigungsopfer nicht anerkannt werden, ist aber keineswegs nur Ausdruck realer Unkenntnis der Lage. Denn diese ist zumindest in Fachkreisen oft sehr wohl bekannt. Auf makabre Weise wurde das z. B. im Zusammenhang mit der in den letzten Jahren verstärkt geführten Diskussion um die Zwangssterilisation sogenannter „einsichtsunfähiger“ geistigbehinderter Menschen (insbesondere aber der Frauen) deutlich. Einige nicht unbedeutende Stimmen begründeten nämlich die Notwendigkeit derartiger (Zwangs-)Sterilisationen mit der Tatsache, daß geistigbehinderte Frauen oft sexuell mißbraucht werden. Wenigstens die Schwangerschaftsfol-

gen eines sexuellen Mißbrauchs könnten mithilfe von „vorbeugender“ Sterilisation abgewendet werden, so das Argumentationsmuster. Wenngleich in dieser Diskussion auf den Begriff „Vergewaltigung“ vorsorglich verzichtet wurde und statt dessen auf den scheinbar harmloser klingenden Terminus „sexueller Mißbrauch“ zurückgegriffen wurde, weist das Argument der „vorbeugenden“ Zwangssterilisation darauf hin, daß die Lage sehr wohl bekannt ist.

Auf Veranstaltungen, auf denen ich in den letzten Jahren zum Thema Vergewaltigung behinderter Frauen sprach, wurde dieser Eindruck bestätigt. Von den anwesenden Frauen, die zumeist in Heimen für Behinderte tätig waren, wußten viele spontan über ein oder zwei „Fälle“ zu berichten.

Nur wenige wagen, das Schweigen zu brechen

Auch von ihnen wurde jeweils der vorsichtiger Begriff „sexueller Mißbrauch“ benutzt. Auf Nachfragen, insbesondere auf die Frage, was sie selbst zum Schutz der Betroffenen unternommen hätten, wurde der Begriff noch weiter relativiert. Der sexuelle Mißbrauch wurde in einen „eventuellen sexuellen Mißbrauch“ umgewandelt. Die Reaktion ist verständlich. Frauen sind nicht gerne Mittäterinnen oder auch nur Mitwisserinnen. Die Reaktion ist lediglich Ausdruck der allgemeinen (bewußten) Tabuisierung des Themas: Vergewaltigung behinderter Frauen. Aber auch behinderte Frauen selbst unterliegen oft den oben benannten Vorurteilen. „Ich dachte, ich wäre die einzige behinderte Frau, der so etwas passiert ist“, heißt es immer wieder, wenn betroffene behinderte Frauen sich treffen.

Einige wenige Frauen haben angefangen, das Schweigen zu brechen, wie z. B. Regina K. (Name geändert), die folgenden Bericht schrieb, was allein schon eine ungeheure Anstrengung bedeutete. Die 40jährige Frau lebt bei ihren Eltern in einem kleinen Dorf im Süddeutschen Raum. Zur Schule wurde

sie wegen der angeblichen Schwere ihrer spastischen Lähmung nie geschickt. Schreiben und Lesen haben ihr die Geschwister beigebracht. Den Bericht selbst mußte sie heimlich schreiben, „sonst würden mich meine Eltern nie mehr raus lassen“. Ein Freund brachte ihn zur Post und spendete die Briefmarken.

„Ich ging jeden Tag gerne alleine auf dem Waldweg spazieren. Ich genoß meine Freiheit in meinem Elektrorollstuhl . . . Er kam von hinten und wollte den Rolli ins Gebüsch lenken, ich reagierte schnell genug und lenkte den Rollstuhl auf die Straße. Er folgte mir und hob mir den Rock hoch . . . Er war einen Augenblick verschwunden, und ich stellte mich herzklopfend auf den Parkplatz und zog die Bremse an. Ich versuchte mich wieder richtig in den Rolli zu setzen und zog den Rock glatt. Da stand er wieder hinter mir, ich erschrak und wußte, daß ich ihm jetzt ausgeliefert war. Er sagte wieder auf englisch, ich sollte mit ihm gehen. ‚Nein‘ sagte ich wieder. Er nahm den Rolli und schob ihn mit aller Kraft bis zum ersten Gebüsch, zog mich aus, holte den Rolli rein und schmiß ihn um. Er machte seine Hose auf . . . ich versuchte mich steif zu machen; aber er war stärker und riß mir die Beine auseinander. Ich schrie um Hilfe, aber nachmittags ist immer alles wie ausgestorben. Er hielt mir Mund und Nase zu, so daß ich dachte, jetzt bringt er Dich auch noch um . . . Plötzlich schaute er auf die Armbanduhr und sprang auf, zog sich und mich wieder an; stellte den Rolli raus und setzte mich rein. Er legte mir irgendeine Hand auf die Schulter und bedankte sich auch noch bei mir! . . . Die ersten zwei Monate glaubte ich völlig verrückt zu werden, und ich glaubte, die einzige behinderte Frau zu sein, der so etwas Unfaßbares passieren kann.“

Frauenhäuser: Meist Keine Zuflucht für Behinderte

Daß Regina ihre Vergewaltigung nie bei der Staatsanwaltschaft angezeigt hat, ist typisch für die Situation behinderter Frauen. Die meisten trauen sich schon nicht ihr Erlebnis öffentlich zu machen. Als wir, eine Handvoll behinderter Frauen, 1981 das Thema für das „Krüppel-Tribunal“ in Dort-

mund vorbereiteten, waren wir erschlagen von der großen Anzahl behinderter Frauen, die sich bei uns als Betroffene meldeten. Die wenigsten von ihnen waren aber bereit, ihre Geschichte zu veröffentlichen. Besonders in Heimen, Werkstätten und/oder Wohnheimen für Behinderte, so scheint es, steht neben der institutionellen Heimgewalt sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen auf dem Wochenplan. Angefangen bei der sexuellen Belästigung durch den Pfleger, dem beim Waschen im Genitalbereich „immer der Schwamm aus der Hand fällt“; über die Drohung: „Die W. ist so zimperlich, die müßte man sich 'mal so richtig hernehmen“ bis zur Vergewaltigung durch Pfleger, Heimleiter, Werkstattleiter aber auch durch männliche Heiminsassen.

Strafrechtliche Konsequenzen müssen diese Gewalttäter noch weniger befürchten als Täter, die behinderte Frauen in „freier Wildbahn“ vergewaltigen. Denn zur allgemeinen Unglaubwürdigkeitshürde kommt für Heiminsassinnen noch die Gefahr der Sanktionierung durch die Heimleitung – die sich im allgemeinen eher um den guten Ruf des Heimes als um den Schutz und die Würde ihrer InsassInnen kümmert – hinzu. Die Möglichkeit, zunächst andernorts Zuflucht zu finden, besteht für die meisten behinderten Frauen nicht. Die meisten der existierenden Frauenhäuser sind nicht behindertenzugänglich, das Netz ambulanter Hilfsdienste noch viel zu klein. Aber selbst wenn ein ambulanter Hilfsdienst in erreichbarer Nähe existiert, kann Hilfe nicht schnell genug einsetzen. Bis die ambulante Betreuung organisiert ist, der Kostenträger zugesagt hat, eine geeignete Wohnung gefunden wurde, wird es in den meisten Fällen für eine Anzeige zu spät sein.

Intimsphäre? Von klein auf gibt's das selten ...

Obwohl Heime und Sondereinrichtungen vermutlich die Orte sind, an denen die meisten Vergewaltigungen an behinderten Frauen stattfinden, und obwohl das Strafgesetzbuch hierfür ein besonders hohes Strafmaß ansetzt (§ 174a StGB sieht für den sexuellen Mißbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken in Anstalten eine Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren vor), wird der Arm des Gesetzes hier nur selten zugreifen. Die, denen nach dem Strafgesetzbuch der größte Schutz eingeräumt wird, sind in der Realität die „sichersten“ Opfer aus Vergewaltigerperspektive. Aber auch betroffenen behinderten Frauen, die außerhalb von Einrichtungen leben, fehlt oft der Mut zu einer Strafanzeige, denn gesellschaftliche Diskriminierung behinderter Menschen sowie die konkrete Sozialisation

vieler behinderter Frauen hinterlassen ihre Spuren in einem negativen Selbstwertgefühl.

Körperbehinderte wie Geistigbehinderte wachsen mit dem Gefühl auf, mit ihnen sei etwas nicht in Ordnung. Von frühester Kindheit an müssen sie öfter zum Arzt und ins Krankenhaus als andere Kinder; erleben Operationen, Therapien und Sonderbehandlungen, die ihnen vor allem ein Gefühl vermittelt: „Mit mir ist etwas nicht in Ordnung!“

Behinderte Mädchen (aber auch Jungen) haben nicht nur keine Intimsphäre, sie erleben auch alltägliche Eingriffe und Verletzungen. So darf an dem Körper eines behinderten Mädchens jedeR herumfummeln: der Arzt, der Pfleger, der Therapeut, etc. Aus der Perspektive des Mädchens stellt es sich so dar: JedeR darf meinen behinderten Körper begutachten, betasten, verrenken, operieren.

Dabei werden allzuoft auch die Geschlechtsteile angefaßt. Aber es wird so getan, als seien sie keine Genitalien, denn Behinderte haben ja keine Sexualität. Diese alltäglichen Eingriffe können ganz minimal sein, aber große Wirkungen haben. So wenn ein behindertes Kind z. B. zu medizinischen Dokumentationszwecken häufig nackt fotografiert wird. Oder wenn es nackt einer ganzen Schar von ÄrztInnen vorgeführt wird.

Die meisten Vergewaltiger werden freigesprochen

Viele körperbehinderte Mädchen entwickeln allein deshalb frühzeitig Ekelgefühle gegenüber ihrem Körper. Ein sexueller Übergriff oder eine Vergewaltigung wird dann als ein Gewalteingriff unter vielen anderen Gewalteingriffen (die ertragen werden müssen) erlebt. Die Wut und Scham, wie sie nichtbehinderte Frauen nach einer Vergewaltigung entwickeln, kommt bei vielen behinderten Frauen erst gar nicht erst auf. Sie hatten ja noch nie auch nur ansatzweise ein Recht auf sexuelle Selbstbestimmung.

Eine Anzeige ist daher die verschwindend geringe Ausnahme, wenn es sich um Sexuelle Gewalt gegen behinderte Frauen handelt. Daran wird sich vermutlich auch nichts ändern, es sei denn, Notrufgruppen und andere Beratungsstellen für Opfer sexueller Gewalt wenden sich in Zukunft auch dieser Opfergruppe zu.

Die wenigen Urteile, die bislang in derartigen Vergewaltigungsfällen erwirkt wurden geben jedoch nur wenig Anreiz, eine erlebte Vergewaltigung anzuzeigen. Wie bei Prozessen nichtbehinderter Frauen wurden die meisten Vergewaltiger freigesprochen. Behinderte Frauen haben jedoch bei Verge-

waltigungsprozessen eine besondere „Be-weishürde“ zu überwinden. Neben dem bereits angesprochenen Unglaubwürdigkeitsklichee kommt Vergewaltigern von behinderten Frauen noch ganz besonders der vom Bundesgerichtshof (BGH) entwickelte Gewaltbegriff des Vergewaltigungsparagraphens zu Gute.

Danach gilt: Sprechen nicht eindeutige Gewaltspuren für die Glaubwürdigkeit der Zeugenaussage der Frau, muß sie beweisen, daß sie sich erheblich körperlich gewehrt hat, damit die Täterhandlung überhaupt als Gewalt angesehen wird. Wie schon der Bericht von Regina zeigt, braucht ein Vergewaltiger bei behinderten Frauen aber oft nicht allzuviel Gewalt anzuwenden, um an sein Ziel zu gelangen. Deshalb sind nur selten Spuren der Gewalteinwirkung vorhanden.

Als widerstandsunfähig (auch der sexuelle Mißbrauch Widerstandsunfähiger steht unter erhöhtem Strafmaß) werden behinderte Frauen in der Gerichtspraxis nur dann qualifiziert, wenn sie a) als Körperbehinderte zu keinerlei Gegenwehr in der Lage sind oder b) als Geistigbehinderte nicht in der Lage sind, „einen Widerstandswilligen“ zu bilden. Kann eine geistigbehinderte Frau „Nein“ sagen, dann ist sie nach Auffassung des Landgerichts Marburg bereits widerstandsfähig und muß ihre gesamte körperliche Kraft aufwenden, um sich gegen eine Vergewaltigung zu wehren. Es sprach den der Vergewaltigung in mindestens vier Fällen angeklagten Arbeitgeber von Moni S. frei, obwohl sie sehr gut begründen konnte, warum sie sich nicht körperlich zur Wehr gesetzt hatte. In der Urteilsbegründung heißt es: „Befragt, warum sie sich dem Angeklagten in keiner Weise körperlich zur Wehr gesetzt habe, hat die Zeugin angegeben, sie habe viel zu viel Angst gehabt, sie habe sich nicht getraut, deshalb sei sie auch nicht wegelaufen. Sie habe nicht gewußt, wie sie sich wehren sollen, sie habe das nicht gelernt. Es sei schließlich auch niemand dagesen, von dem sie hätte Hilfe erwarten können. Die Kinder des Angeklagten seien zur Schule und seine Ehefrau zum Einkaufen gewesen.“

Vor Gericht zum zweitenmal zum Opfer gemacht

Das aber reichte den Richtern nicht aus, um von Widerstand abzusehen. Denn dazu hätte der Täter ihr mit „gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben“ drohen müssen. Der Arbeitgeber hatte zwar gedroht, wenn sie es Bekannten oder Freunden erzählen würde, würde „etwas passieren“, doch diese Drohung empfanden die Richter nicht als erheblich. Monis 16-jährige verhaltensprägende Heimkarriere, ihre Angst, dort wieder

zu landen, nachdem sie gerade mit ambulanter Betreuung in einer eigenen Wohnung lebte, zogen die Richter nicht in Betracht. Verbalisieren konnte Moni S. diese Hintergründe jedoch nicht. Weil sie ihre Ängste nicht abstrakt in Worte fassen konnte, wußte sie auf die Frage, was der Täter mit der Drohung „sonst passiert was“ wohl gemeint habe, nicht zu antworten. Ihr Handicap wurde dem Täter zu Gute geschrieben: „Da der Angeklagte seine Drohung nicht näher konkretisiert hat und selbst die Zeugin . . . daher keine Vorstellung hatte, was damit gemeint war, kann von einer Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib und Leben im Sinne dieser Vorschriften keine Rede sein“. Obwohl die Kammer davon überzeugt war, „daß der Angeklagte die Zeugin . . . in der von ihr geschilderten Weise gegen ihren tatsächlichen Willen sexuell mißbraucht hat“, wurde der Täter freigesprochen. Sein Verhalten fiel nach Auffassung der Kammer in eine Strafbarkeitslücke. Damit wurde Moni S. zum zweifachen Opfer: der Vergewaltigungen und der – von der Kammer sorgsam entwickelten – Strafbarkeitslücke.

Die Unfähigkeit, sich „normal“ im Sinne der Rechtsordnung zu verhalten, wird vergewaltigten behinderten Frauen zur Last gelegt. So muß die stumme Frau ihre Unfähigkeit „Nein“ zu sagen, durch überzeugendes Alternativverhalten ausgleichen; die gelähmte Frau muß ihre physische Kampffähigkeit durch besonders energische Redeweise kompensieren und die geistigbehinderte Frau muß eventuelle Redewandlungen durch kräftiges Zurückschlagen ersetzen.

Der BGH hat in seiner jüngsten Rechtsprechung einer behinderten Frau nun auch die Ehre genommen. Die schizophrene Frau war von ihrem Arzt überrumpelt und vergewaltigt worden. Mangels Beweisen hinsichtlich der Gewaltanwendung wurde der Arzt bereits in der ersten Instanz vom Vergewaltigungsvorwurf freigesprochen, aber wegen Beleidigung der Patientin verurteilt. Der BGH hob das Urteil im Juni vorigen Jahres wieder auf, denn darin, daß der Arzt seine Patientin „als psychisch kaum widerstandsfähig, der Situation nicht gewachsen sowie vor Schreck und Erstaunen zu einer Gegenwehr nicht fähig“ eingeschätzt und ausge-

nutzt hatte, konnte der BGH keine Beleidigung erkennen. Angesichts derartiger Rechtsprechung mutet die Hoffnung auf eine behinderten- (und frauenfreundliche) Interpretation des Vergewaltigungsbegriffs utopisch an.

Theresia Degener, 28 H., Juristin (Refer.), Studium in Frankfurt und Berkeley, California. Seit 1978 in der Frauenbewegung aktiv; seit 1980 in der Behindertenbewegung. Mitautorin von „Geschlecht behindert, besonderes Merkmal: Frau“; 1983; Ag Spak Publikationen, München.



– Anzeige –

Hohe Dunkelziffer

Bei geistigbehinderten Menschen sind die Kommunikationsbarrieren um ein vielfaches höher, wenn sie sexuelle Übergriffe mitteilen oder zur Anzeige bringen wollen. Prof. Dr. Joachim Walter, Freiburg, der auch die Seminarleitung innehatte, wies darauf hin, daß mit einer enormen Dunkelziffer der sexuellen Übergriffe gegen geistig behinderte Menschen gerechnet werden müsse. So hätten erste amerikanische Untersuchungen (Seattle/USA) ergeben, daß bei behinderten Menschen sexueller Mißbrauch durch nahestehende Bezugspersonen sogar prozentual häufiger vorkomme, als bei nichtbehinderten Gleichaltrigen. Eine Umfrage unter den anwesenden Seminarteilnehmer/innen aus der Behindertenarbeit ergab, daß nahezu alle von ein oder zwei „Fällen“ aus Elternhaus oder Wohnheim zu berichten wußten. Dennoch werden sexuelle Übergriffe gegen geistig behinderte Menschen bei Polizei und Justiz, bei Jugend- und Sozialamt und auch in der Fachöffentlichkeit selten aufgedeckt und allenfalls als „außergewöhnlicher Fall“ dargestellt. Da Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Regel gewohnt sind, das zu tun, was andere von ihnen fordern, fällt es aufgrund dieser alltäglichen Abhängigkeit und Fremdbestimmung auch im Bereich der Sexualität schwer, zwischen einer einvernehmlichen Handlung und einem aufoktroierten Fremdwillen zu unterscheiden. Hinzu kommt, daß manche geistigbehinderte Frau fehlende Zuwendung und Bestätigung hin und wieder durch sexuelle Verfügbarkeit erkaufen will. Obendrein wird die Sexualität geistig behinderter Menschen von uninformierten nichtbehinderten Mitmenschen häufig „nur“ als Befriedigung rein körperlicher Bedürfnisse angesehen, so daß schließlich viele Täter sexuelle Übergriffe als unbedenklich und belanglos einstufen: „Geistigbehinderte Menschen verstünden ja nicht, was vorgehe und würden aufgrund des fehlenden Langzeitgedächtnisses sowieso vergessen, was mit ihnen geschehen sei. Zudem hätten sie sichtlich ihren Spaß daran gehabt . . .“.

Karoline Höbner/Joachim Walter

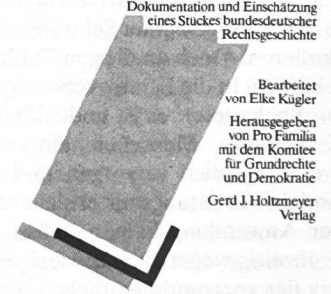
Aus dem Tagungsbericht „Sexueller Mißbrauch im Kindes- und Jugendalter und bei behinderten Menschen“. Fachtagung der Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e. V. Juni 1989 im Behindertenheim Tannenhof/Ulm.

Das aktuelle Buch

MEMMINGEN:

Abtreibung vor Gericht

Dokumentation und Einschätzung eines Stückes bundesdeutscher Rechtsgeschichte



Bearbeitet von Elke Kügler
Herausgegeben von Pro Familia mit dem Komitee für Grundrechte und Demokratie
Gerd J. Holtzmeier Verlag

»Im übrigen wäre es gut, wenn Männer, soweit sie im Rechtsstaat dazu berufen sind, besonders behutsam über die Lage der Frauen urteilen.«

Bundespräsident Richard von Weizsäcker am 24. Mai 1989

Die Verfahren gegen über 100 Frauen und das Urteil gegen den Memminger Frauenarzt Dr. Horst Theissen haben 1989 Aufsehen erregt wie kaum ein anderer Prozeß. Für 1990 ist mit dem Revisionsverfahren zu rechnen. In diesem Buch werden die Vorgänge um die Prozesse und die Reaktionen darauf ausführlich dokumentiert.

Holtzmeier Verlag

224 Seiten, DM 20,-
ISBN 3-923722-36-2

In jeder guten Buchhandlung oder bei der Pro Familia GmbH, Gutleutstr. 139, 6000 Frankfurt.

Überlegungen zur Sterilisation geistigbehinderter Menschen

„Keine Kinder“, so lautet nach Ansicht des Verfassers der Grundtenor eines Gesetzentwurfes der Bundesregierung zur Legalisierung der Sterilisation einwilligungsfähiger Volljähriger. Soll damit ein sozialpolitisches Problem, nämlich unzureichende Hilfen für behinderte Eltern, chirurgisch gelöst werden?

Joachim Walter

Die aktuelle Diskussion

„Man braucht eben mehr als Essen und Trinken, das ist eben das dritte Bedürfnis. Was soll ein Gehirnschaden wohl damit zu tun haben, daß nun alles beeinträchtigt ist? Gefühlsmäßig und bedürfnismäßig lebt doch alles.“ – so die Mutter einer geistigbehinderten Frau. Der allgemeine Normalisierungs- und Liberalisierungsprozeß hinsichtlich Koedukation und Sexualität geistigbehinderter Menschen in Wohn- und Werkstätten sowie in Freizeitclubs hat viele Eltern und Betreuer in den letzten Jahren umdenken lassen. Nur noch selten wird hart nach Männern und Frauen sortiert. Wer aber Sexualität und Partnerschaft bejaht, der muß auch für geistigbehinderte Menschen die Möglichkeit des Geschlechtsverkehrs und die Folgen einer Schwangerschaft einkalkulieren. Doch an diesem Punkt geht die Diskussion in die Kontroverse: Apodiktisch wird behauptet: es ist undenkbar, daß geistigbehinderte Menschen ein eigenes Kind verantwortlich versorgen und erziehen! Und da Verhütungsmittel nicht sachgemäß zur Anwendung kämen, müsse möglichst frühzeitig wegen der schwierigen Problematik der vormundschaftlichen Einwilligung noch vor dem 18. Lebensjahr sterilisiert werden. Ein juristischer Trugschluß. Denn nach §226a des Strafgesetzbuches kann die Einwilligung zur Sterilisation nur vom Betroffenen selbst gegeben werden, völlig unabhängig von dessen Alter oder Geschäftsfähigkeit.

Fünf Thesen für eine sachgerechte Argumentation

Seit 1984 eine Panoramasendung des NDR das heiße Thema „Sterilisation“ aufgegriffen und Der Spiegel (41/1984) sekundiert hatte („Hunderte, möglicherweise Tausende geistig behinderter Mädchen und Frauen werden in der Bundesrepublik steri-

liert“), scheint die bisherige Sterilisationspraxis endgültig vorbei zu sein. Verunsicherung und Rechtsunsicherheiten sind seither beträchtlich. Vielen betroffenen Eltern und Mitarbeitern aus Behinderteneinrichtungen wurde deutlich, daß sie möglicherweise Beihilfe zu einer strafbaren Handlung geleistet hatten, wenn sie wohlmeinend „ihrem Kind“ die Teilnahme am vollen Leben eröffnen wollten und es sterilisieren ließen – ohne dessen Einwilligung.

Allenthalben wird deshalb eine Klärung durch den Gesetzgeber gefordert. Der Entwurf der Bundesregierung für ein neues „Gesetz über die Betreuung Volljähriger“ vom 1. 2. 1989 sieht in §1905 die Legalisierung der Sterilisation einwilligungsunfähiger Volljähriger vor. Ausgangspunkt ist der/die „einwilligungsunfähige Betreute“, dessen/deren Willen nicht erkennbar ist, da aufgrund der Behinderung die Einsicht in die zur Verhandlung stehende Problematik fehle. Dabei fällt in der Fachdiskussion auf, daß einerseits die Freigabe der Sterilisation gefordert wird, um geistigbehinderten Menschen mehr Freiräume zu selbstbestimmter Lebensgestaltung inklusive sexueller Beziehungen gewähren zu wollen. Andererseits wird aber davon ausgegangen, daß die behinderten Menschen munter Kinder in die Welt setzen, zu deren Pflege und Erziehung sie keineswegs und auch auf Dauer nicht in der Lage wären. „Keine Kinder Einwilligungsunfähiger“ kann als Grundtenor des Gesetzentwurfes herausgelesen werden. Das sozialpolitische Problem der unzureichenden Hilfen für behinderte Eltern wird somit chirurgisch gelöst. Die aktuelle Fachdiskussion gipfelt also in die Frage: Wem dient letztlich die Sterilisation geistigbehinderter Menschen?

1. These: Offensichtlich dient die Sterilisation weniger dem psychosozialen Wohl bzw. der Lebensqualität der behinderten Menschen, sondern eher der Beruhigung der Betreuerängste und der Erfüllung des Wunsches nach risikoloser Totalsicherheit. Denn es fällt auf, daß vielerorts dem liberalen Anspruch einer vorgeblich positiven

Grundeinstellung zur Sexualität behinderter Menschen eine repressive Realität gegenübersteht. In Werkstätten und Werkstätten für Behinderte sind häufig geistigbehinderte Frauen anzutreffen, die auf Elternveranlassung hin sterilisiert wurden, aber trotzdem jeglichen Kontakt zum männlichen Geschlecht untersagt bekommen und an koedukativen Freizeitmaßnahmen – wenn überhaupt – nur unter Kontrolle der Eltern teilnehmen dürfen. Ebenso leben in Wohngruppen und Wohnheimen sterilisierte Frauen, die dennoch nicht mit dem Freund allein aufs Zimmer dürfen, da sie nach Meinung der Heimleitung „beziehungsunfähig“ und deshalb „unreif für eine sexuelle Partnerschaft“ seien. Obendrein bestehen nach meiner Erfahrung nur in relativ wenigen Fällen überhaupt vor dem Sterilisationsbegehren der Sorgeberechtigten genitalsexuelle Wünsche oder Paarkontakte der behinderten Menschen. Sexualpädagogische Bemühungen wurden meist nur in minimaler Form einer Sexualhygiene bei Monatsblutung oder bei zu anstößigem Masturbationsverhalten unternommen.

2. These: Es liegt deshalb nahe, daß die mangelhaften sogenannten „Aufklärungsversuche“ mehrheitlich scheitern und angebliche „Einwilligungsunfähigkeit“ von Sorgeberechtigten oder Fachärzten festgestellt wird. Wo aber adäquate Sexualerziehung im Kindes- und Jugendalter unterblieb und auch nicht im Erwachsenenalter kompensatorisch nachgeholt wurde, kann sicherlich prognostiziert werden, daß der Zusammenhang von Zeugung und Verhütungsmaßnahme sowie die Perspektive einer Elternschaft oder Kinderlosigkeit von geistigbehinderten Menschen nicht erfaßt werden kann und somit die Einwilligung zur Sterilisation mangels Einsichtsfähigkeit ausbleiben wird. Aufgrund fehlender Sexualpädagogik auf Dauer einwilligungsunfähig?

3. These: Die meisten geistigbehinderten Menschen sind sexualpädagogisch zugänglich und darum nach intensiver sexualpädagogischer Auseinandersetzung auch in der Lage, die Verhütungsproblematik zu begreifen und dann gegebenenfalls in eine Sterilisation persönlich einzuwilligen. Doch dies erfordert sexualpädagogisch geschulte

Eltern oder Mitarbeiter. Ein einmaliges Gespräch mit einem unbekanntem Facharzt wird erfolglos bleiben.

4. These: Sexualpädagogisch nur schwer zugänglich sind allenfalls geistig schwerstbehinderte Menschen. Aber bei diesem Personenkreis ist zu vermuten, daß die Genitalsexualität selten in einer heterosexuellen Partnerschaft gelebt wird, sondern sich primär in masturbatorischer Befriedigung äußert. Und da diese Menschen obendrein aufgrund ihrer schweren Behinderung rund um die Uhr eine persönliche Betreuung benötigen, kann eine prophylaktische Sterilisation ohne heterosexuelle Kontakte entfallen.

5. These: Probleme machen die verhaltensauffälligen behinderten Menschen. Die meisten vorgebrachten Gründe zu einer Sterilisation angeblich Einwilligungsunfähiger dürfen im Bereich dieser sexuellen Verhaltensauffälligkeiten liegen. Da aber Verhaltensauffälligkeiten grundsätzlich psychologisch-therapeutisch bzw. pädagogisch zugänglich sind, also vorübergehender Natur, kann nicht davon ausgegangen werden, daß dieser Personenkreis „auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird“ (§ 1905).

Elternängste

Die Sorgen und Ängste der Eltern vor einer möglichen Schwangerschaft sind verständlich. In einem Leserbrief an die Lebenshilfezeitung (1985) hat eine Mutter programmatisch den Sterilisationswunsch begründet: „Wie aber verhindert man eine Schwangerschaft, wenn man nicht bereit ist, die Schwangerschaftsunterbrechung von vornherein mit einzukalkulieren? Die Pille ist mehr als unsicher . . . Eine geistigbehinderte Frau soll ja nie ein Kind bekommen. Nicht etwa, um die Geburt ‚unwerten Lebens‘ zu verhindern . . . Man kann diese Diskussion nicht führen, ohne an das Kind zu denken. Wie wird es aufwachsen mit dem Wissen ‚Vater unbekannt, Mutter geistig behindert‘ oder später, wenn es die eigene Mutter in der geistigen Entwicklung schon im Vorschulalter überrundet? . . . Wenn sich also Eltern zur Sterilisation entschließen, tun sie es aus Verantwortungsbewußtsein und nicht aus purer Bequemlichkeit“.

Um den Sorgen der Eltern begegnen zu können, muß geklärt werden, wie es denn überhaupt mit Sexualität und Partnerwunsch geistigbehinderter Menschen aussieht.

Sexualität und Partnerschaft

Was diese Menschen mit Partnerwunsch oder Heirat verbinden und wieweit sie in ihr

Verhalten überhaupt den Genitalbereich einbeziehen, ist bisher kaum empirisch belegt. In der Fachliteratur wird von 10 bis 15 Prozent der mittel- und schwergradig geistigbehinderten Menschen angenommen, daß sie Geschlechtsverkehr haben. Wo aber partnerbezogene Genitalsexualität keine Rolle spielt, können die Risiken einer Schwangerschaft gering veranschlagt werden. Dies muß bei weit mehr geistigbehinderten Paaren unterstellt werden als Eltern- und Betreuerängste hineinprojizieren. Zudem muß allen Befürwortern der Sterilisation Einwilligungsunfähiger die kritische Rückfrage gestellt werden: Könnte nicht hinter dem Sterilisationsbegehren der unbewußte Wunsch und die insgeheime Hoffnung verborgen sein, durch die Sterilisation alle realen und phantasierten Probleme mit der Sexualität des geistigbehinderten Angehörigen für immer behoben, sie sozusagen mit der Durchtrennung der Eileiter oder Samenstränge symbolisch wegoperiert zu haben? Doch eine Sterilisation wird nie sexuelle Verhaltensprobleme lösen oder die pädagogische Verpflichtung zur Sexualerziehung ersetzen können. Das Gegenteil mag zutreffen: eine in früher Kindheit begonnene Sexualerziehung kann möglicherweise eine Sterilisation erübrigen durch korrekte Anwendung anderer Verhütungsmittel oder zumindest die rechtlich erforderliche Einwilligung des betroffenen behinderten Menschen erreichen.

Kinder geistigbehinderter Eltern

Kernpunkt der Elternängste ist der Satz: „Eine geistigbehinderte Frau soll nie ein Kind bekommen“. Für die ablehnende Haltung gegenüber einer Elternschaft werden häufig folgende Gründe angeführt: „Ein Kind muß ausreichend gepflegt und versorgt, erzogen und angeregt werden; dies können Personen mit geistiger Behinderung in der Regel nicht leisten, d.h. das Sorgerecht würde den Eltern entzogen, das Kind vielleicht einer Pflegefamilie oder einem Heim übergeben werden“ (MÜHL 1984).

Der Gesetzentwurf der Bundesregierung nennt ebenfalls „schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes“ (Suicidgefahr, Depressionen) als Sterilisationsgrund. Dabei wird angenommen, diese Beeinträchtigung würde drohen, „weil vormundschaftsgerichtliche Maßnahmen, die mit der Trennung vom Kind verbunden wären, ergriffen werden müßten“ (§ 1905). Offensichtlich wird davon ausgegangen, daß geistigbehinderten Menschen in der Regel nach einer Schwangerschaft und Geburt ihr Kind fortgenommen werden müßte. Ganz anders sah dies das Berliner Landgericht. Im August 1988 machte es die

amtsrichterlich erwirkte Entscheidung des Jugendamts rückgängig und sprach geistigbehinderten Eltern das Sorgerecht für ihre Tochter zu. Aus Artikel 6 des Grundgesetzes („Ehe und Familie stehen unter besonderem Schutz des Staates“) folgte das Landgericht, daß ein Kind grundsätzlich zu seinen leiblichen Eltern gehöre. „Die bloße Erwägung, daß minder begabte Eltern ihren Kindern nicht diesselben Entwicklungsmöglichkeiten bieten können wie normal begabte Eltern, läßt eine Ausnahme von diesem den Naturgegebenheiten Rechnung tragenden Grundsatz nicht zu“. Die Richter begründeten ihre Entscheidung mit der Überlegung, es wäre die Würde des Menschen angetastet, wenn geistigbehinderte Mütter und Väter von vornherein vom Zusammenleben mit ihren Kindern ausgeschlossen würden (Frankfurter Rundschau 23. 8. 88).

Auch in Skandinavien wird in der Frage der Elternschaft behinderter Menschen ähnlich argumentiert. So werden z. B. in Schweden verstärkt Hilfen für geistigbehinderte Eltern angeboten: Haushaltshilfen, Kontaktfamilien, Tagesstättenplätze bei einer Werkstatt für Behinderte. Zudem wurden positive Erfahrungen mit Gesprächs- und Trainingsgruppen für geistigbehinderte Mütter gemacht. Da die Kinder geistigbehinderter Eltern in der Regel nicht behindert sind, geht man davon aus, daß diese Eltern im Prinzip die gleichen Probleme wie nichtbehinderte Eltern haben, jedoch in der für sie ungewöhnlichen Situation mehr Fremdhilfe brauchen.

In der Bundesrepublik sind erst vereinzelte Fälle geistigbehinderter Eltern mit Kind bekannt geworden. Meist fällt es den Betreuern und Eltern sehr schwer, das Selbstbestimmungsrecht geistigbehinderter Menschen dermaßen konsequent gelten zu lassen und zu akzeptieren, wenn diese Menschen trotz eingehender pädagogischer Beratung sich dennoch ein Kind wünschen. Leider ist sozialrechtlich noch nicht geklärt, wer dann die dringend erforderlichen Betreuungskosten der „behinderten“ Familie finanziert. In manchen Wohnstätten wird deshalb stillschweigend und ohne Wissen der Kostenträger das Kind einer behinderten Heimbewohnerin mitversorgt. Wenn aber ausreichende Unterstützungshilfen für behinderte Eltern und ihre Kinder in kleinen Wohngruppen mit ambulanten Betreuungs- und Beratungsangeboten, mit Erziehungspatenschaften oder temporären Pflegefamilien geschaffen würden, wäre ein neues Sterilisationsgesetz überflüssig. Aus diesem sozialpolitischen Grund ungeklärter Kostenregelung der Hilfemaßnahmen und weniger aus Gründen der Erziehungsunfähigkeit werden geistigbehinderte Eltern immer noch dahingehend zu beraten sein, die

Zeugung von Kindern besser zu vermeiden.

Zum Kinderwunsch vieler geistigbehinderter Mädchen und Frauen kann aber aus psychologischer Sicht manches ergänzend bemerkt werden. Betrachtet man die bisherige Normalbiographie geistigbehinderter Menschen, so läßt sich aufsummieren: Fehlende Auseinandersetzung mit Gleichaltrigen, geringe Akzeptanz der Behinderung, Verhinderung des Erwachsenwerdens und fehlende Ablösung aus dem Elternhaus. Die Unerreichbarkeit des normalen Erwachsenenstatus und die daraus resultierende Rolle des ewig unselbständigen „großen Kindes“ impliziert die gesellschaftliche Vorstellung von „Kinderfreundschaft“ anstelle reifer sexueller Erwachsenenpartnerschaft.

Das Ergebnis ist erschreckend: infantile geistig Behinderte in einer infantilisierenden Umgebung. Berücksichtigt man diese biographischen Faktoren, dann wird verständlich, warum viele geistigbehinderte Mädchen so vehement am Kinderwunsch festhalten. Die Erfüllung des Kinderwunsches kann Bestätigung der eigenen Normalität bedeuten und damit die abgelehnte Behinderung kompensieren helfen. Das eigene Kind, so wird unbewußt phantasiert, erwirke die Ablösung von den Eltern und öffne das Tor zur Welt der nichtbehinderten Normalen.

Es hängt sehr viel vom pädagogischen Geschick der Eltern und Betreuer ab, behinderten Menschen behutsam bei der Akzeptanz ihrer Behinderung zu helfen. Ohne diese vorangehende Identitätsklärung wird es nur schwer möglich sein, die Lebensperspektive eines geistigbehinderten Erwachsenen ohne Elternschaft bejahen zu lernen und dann evtl. in eine Sterilisation aus eigenem Willen und eigener Einsicht einzuwilligen. Dies wird aber kaum vor dem Alter von 25 bis 30 Jahren der Fall sein. Doch in diesem Alter wird sich eher herausgestellt haben, ob tatsächlich genitale Kontakte bestehen und wie weit Partnerschaften geistigbehinderter Paare eine gemeinsame Lebensplanung absehen lassen. Partnerschaften erleichtern aufgrund der Eigenmotivation entsprechende sexualpädagogische Beratung als Hinführung zu einer eigenständigen Entscheidung für oder gegen eigene Kinder.

Folgt man der bisherigen Argumentation, so ist eine Sterilisation ohne den erkennbaren Willen des betroffenen geistigbehinderten Menschen allenfalls aufgrund einer strengen medizinischen Indikation mit der stellvertretenden Einwilligung des Betreuers vorstellbar. Diese Sterilisationsindikation kommt aber einem Heileingriff gleich. Und ein Heileingriff ist auch bisher schon mit stellvertretender Einwilligung juristisch

erlaubt. Andere Gründe können nicht überzeugen.

Fazit: Es gibt keinen Bedarf für ein Sterilisationsgesetz behinderter Menschen (§ 1905 BGB-Entwurf)!

Literatur

Hoyler-Herrmann, A./Walter, J.: Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistigbehinderte Erwachsene, Heidelberg 1987

Hiersche, H. D. u. a. (Hrsg.): Die Sterilisation geistig Behinderter, Berlin 1988

Krebs, H.: Partnerschaft, Sexualität und Kontrazeption bei geistigbehinderten Menschen, in: Fortschritte der Medizin 8/1985, S. 26ff

Mühl, H.: Einführung in die Geistigbehindertenpädagogik, Stuttgart 1984

Neuer-Miebach, T./Krebs, H. (Hrsg.): Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt? Marburg 1987

Walter, J. (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung, Heidelberg 1986

Walter, J.: Sterilisation geistig behinderter Menschen aus sexualpädagogischer Sicht, in: Geistige Behinderung 2/1987, S. 87 ff

Prof. Dr. Joachim Walter, 42 Jahre, Professor für Sozialpsychologie an der Evang. Fachhochschule für Sozialwesen in Freiburg i.Br.; Spezialgebiet u.a. Sexualpädagogik, Sexualität geistigbehinderter Menschen.



Exkurs über die Vererbung von Behinderungen

Die wenigsten Behinderungen sind genetisch bedingt, d.h. vererbt. Die Risiken, daß ein Kind behindert sein wird, sind unterschiedlich. Dies zeigt eine Aufstellung, die einem Aufsatz von G., Gerhard Wendt folgt. In letzter Zeit sehen sich sog. Risiko-Eltern wachsendem Druck ausgesetzt, auf Kinder zu verzichten, bzw. „Risiko-Schwangerschaften“ abbrechen zu lassen. An Rechenbeispielen wird demonstriert – wie im Dritten Reich! –, welche Summen behinderte Kinder den Staat kosten (während gleichzeitig Milliarden in die Rüstung gesteckt oder zur Vernichtung der Überschubproduktion in der Landwirtschaft ausgegeben werden).

Achondroplasie (Kleinwuchs)

Heiratet ein kleinwüchsiger Partner einen normalwüchsigen Partner, beträgt das Risiko 50 Prozent. Sind beide kleinwüchsig, liegt das Risiko bei 75 Prozent.

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

Das Risiko ist gering. Eine Diabetikerin sollte sich jedoch vor einer Schwangerschaft ärztlich beraten lassen.

Epilepsie

Das Risiko ist gering, ärztliche Beratung ist jedoch sinnvoll.

Hämophilie (Bluterkrankheit)

Die Behinderung wird nicht vom Vater auf den Sohn vererbt, aber die Frauen aus Hämophilie-Familien können die Erbanlage verdeckt in sich haben. Man heißt sie Konduktorinnen. Heiratet ein Bluter eine gesunde Frau, sind die Töchter alle Konduktorinnen, die Söhne bleiben aber von der Behinderung frei. Die Tochter überträgt also die Hämophilie. Heiratet diese einen gesunden Mann, beträgt das Risiko, daß die Söhne Hämophilie haben, 50 Prozent. Die Töchter aus dieser Ehe sind zu 50 Prozent Überträgerinnen.

Hydrozephalus

Die Ursachen sind in der Regel nicht genetisch (erblich) bedingt.

Lippen-Kiefer-Gaumenspalten

In der Umgangssprache werden diese Behinderungen als Hasenscharte oder Wolfsrachen bezeichnet. Das Risiko liegt bei 4 bis 6 Prozent.

Mongoloismus

Kinder männlicher Mongoloider sind nicht bekannt, Kinder mongoloider Frauen beziffert die Fachliteratur auf nur 25, die nur zum Teil mongoloid sind. Ob das Kind einer schwangeren Mongoloiden auch mongoloid sein wird, läßt sich durch eine Fruchtwasseruntersuchung feststellen.

Mucoviscidose

Mucoviscidose ist die häufigste erbliche Stoffwechselerkrankung. 4 bis 5 Prozent der Bevölkerung sind (gesunde) Überträger. Heiratet ein Behinderter mit Mucoviscidose einen gesunden Überträger, liegt das Risiko, ein behindertes Kind zu zeugen, bei 50 Prozent. Bei der Heirat mit einem Nichtüberträger sind alle Kinder gesund, aber zugleich auch alle Überträger.

Muskelschwund

In einer Ehe, in der bereits ein Kind mit Muskelschwund geboren wurde, ist das Risiko groß, daß ein weiteres Kind auch Muskelschwund hat.

Sehbehinderung oder Blindheit

Vor einer Schwangerschaft kann geklärt werden, ob die Behinderung eine genetische Ursache hat.

Spina bifida

Das Risiko wird mit 7 Prozent angegeben. Ausreichende Erfahrungen liegen aber nicht vor.

Damit diese Aufstellung nicht mißverstanden wird: Wer wollte Eltern verurteilen, wenn sie sich aufgrund vorgeburtlicher Diagnostik für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden? Unmoralisch ist es jedoch, wenn sich Eltern rechtfertigen müssen, weil sie sich für ihr – behindertes – Kind entschieden haben.

Aus Ernst Klee: „Behindert. Über die Enteignung von Körper und Bewußtsein. Ein kritisches Handbuch“, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a.M. 1987

AIDS – Herausforderung für die Sexualpädagogik mit behinderten Menschen

„Einfach wegsehen“ geht nicht mehr . . . !

Seitdem es AIDS gibt, sehen sich auch die Betreuer von Behinderten vor neue Aufgaben gestellt. Es gilt, verstärkt über Liebe, Sexualität und Bedürfnisbefriedigung nachzudenken und die bisherigen sexualpädagogischen Konzepte kritisch zu hinterfragen. Abwarten oder so tun, als wäre „da“ nichts – diese in vielen Einrichtungen praktizierte Haltung ist angesichts der AIDS-Gefahr nur schwer zu verantworten. Dazu die Überlegungen eines in Bethel arbeitenden Arztes.

Ulrich Pfaff

Wenn Mediziner wie ich derzeit über Sexualität nachdenken, fällt ihnen meist AIDS ein. Das ist kein Wunder. Sexualität und AIDS sind in der öffentlichen Diskussion eben stark verquickt.

Dennoch ist die Verbindung zwischen AIDS und Sexualität etwas mißlich, birgt sie doch Gefahr, die – eigentlich glückbringende, kraftspendende – Sexualität ausschließlich oder doch vornehmlich mit Krankheit zu verbinden.

Dem möchte ich allerdings auch positive Aspekte gegenüberstellen: Die AIDS-Diskussion mit all ihrer Hysterie, ihrer Übertreibung hat nach meiner Wahrnehmung auch folgendes bewirkt: lange nicht (noch nie?) ist so breit und so öffentlich über Sexualität, Probleme damit, Weiterentwicklung diskutiert worden wie unter Zeichen von AIDS. Dabei hat es bei weitem nicht nur Verurteilung, Rückschritt etc. gegeben, sondern es sich auch viele konstruktive Diskussionsansätze entwickelt worden. Auch sog. „abseitige“ Verhaltensweisen sind breiteren Kreisen bekannter geworden, infolgedessen kenne ich jetzt mehr Leute (natürlich tun das längst nicht alle) die offensiver auch andere sexuelle Lebensformen akzeptieren können.

Also: AIDS bedeutet auch Chance. Dies gilt auch für Menschen mit geistiger Behinderung. Diese Menschen sind nicht aus der Welt, bzw. sollten es nicht sein. Alle Probleme der Welt wirken auch auf diese Menschen. Entsprechend hat es natürlich auch hier seit Jahren bereits Sexualpädagogik gegeben. Zahlreiche Einrichtungen haben sich mit Konzepten und praktischer Umsetzung beschäftigt, nach meiner Kenntnis die „Lebenshilfe“ am offensivsten.

Auch die Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft sind nicht untätig geblieben und haben mehr oder weniger aktiv über Liebe – Sexualität und Partnerschaft (häufig unter dieser Überschrift) von Menschen mit

geistiger Behinderung nachgedacht bzw. Möglichkeiten versucht zu entwickeln oder zu schaffen.

Nun haben es aber diese sexualpädagogischen Konzepte ebenfalls in den letzten Jahren nicht unbedingt leicht gehabt, der Elan der frühen 70er Jahre ist doch mehr zähem Vorankommen gewichen. In der Mitarbeiterschaft herrschte Ratlosigkeit und Unsicherheit, wie weit man denn gehen dürfe. Zahlreiche Mitarbeiter sind sehr jung, ihrer eigenen Sexualität durchaus nicht sicher, bedürftig der eigenen gezielten Entwicklung.

Gesamtkonzepte gibt es nicht

In den letzten Jahren hat die sehr intensive Diskussion über die Euthanasie im Faschismus, unsere Lehren daraus und auch die Diskussion über Sterilisierung/Zwangssterilisierung von behinderten Menschen allerdings die Diskussion um Sexualität, sexuelle Rechte der behinderten Menschen neu intensiviert.

Die Diskussion über AIDS in den Einrichtungen mit einer hohen Zahl von Mitarbeitern und Leitungsorganen hat diese begonnene Diskussion noch einmal verbreitert, einen weiteren Schub gegeben. Bei aller Hysterie, die hier und da aufkeimte und die Gefahr aufzeigte, daß gerade erst Erreichtes wieder verdrängt würde, die AIDS-Diskussion hat guten sexualpädagogischen Konzepten nicht unbedingt geschadet.

In zahlreichen Einrichtungen sind erneut – zumindest formal zunächst – Rechte auf Sexualität der in ihnen lebenden Menschen bekräftigt worden. So z. B. im Rahmen der Lebenshilfe, verschiedener kirchlicher Einrichtungen (Alsterdorfer Anstalten, Bethel, Neuerkerode etc.), aber auch im Rahmen der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger der Psychiatr. Krankenhäuser.

In zahlreichen Einrichtungen sind sexuelle Probleme sogar erstmals offen ansprechbar gewesen. Auch in kirchlichen

Einrichtungen wird offener, manchmal akzeptierender über Homosexualität gesprochen!

So auch bei uns in Bethel. In den letzten Jahren gab es hier eine intensive Diskussion über sexuelle Rechte von behinderten Menschen im Zusammenhang mit der Sterilisierungsdiskussion.

Als Mediziner bin ich über AIDS zur Beschäftigung mit Sexualität gekommen. Wegen AIDS hat es Arbeitsgruppen gegeben, die sich mit Prävention beschäftigt haben, und über die AIDS-Präventionsvorträge haben viele in Bethel zusätzlich die Notwendigkeit erkannt, sich intensiver mit unseren sexualpädagogischen Konzepten zu beschäftigen, sie voranzutreiben. Dies bedeutet eine deutliche Unterstützung für die, die Sexualpädagogik schon bisher, z. T. recht isoliert betrieben haben.

Das Recht der Menschen mit geistiger Behinderung auf sexuelle Entfaltung und Selbstbestimmung ist mittlerweile formal weit anerkannt, es stehen jedoch häufig sexualpädagogische Unsicherheit und Ratlosigkeit vieler Betreuer, Unklarheiten seitens der Leitungen, fehlende sexualpädagogische Konzeptionen im Alltag der wirklichen Entfaltung entgegen.

Dies wird oft genug „gelöst“ durch „Wegsehen“. Das frühere „Trennen“ und „Wegschließen“ wird „ersetzt“ durch „Alleinlassen“, bestenfalls sexualpädagogisches Einzelkämpfertum. Gesamtkonzepte existieren selten.

Häufig ist Sexualerziehung bisher von Abwarten geprägt, Reaktionen kamen dann, wenn sich „Probleme“ einstellten. Häufig genug ist Sexualpädagogik bisher Vermeidungserziehung.

Häufig genug gibt es gar keine Sexualerziehung. Aber: Keine Sexualpädagogik ist auch eine Art Sexualpädagogik.

Aufgrund der AIDS-Problematik ist ein Umdenken allerdings zwingend. Abwarten, Wegsehen kann man nun eigentlich nicht mehr. Zur HIV-Infektionsvorbeugung ist aktives Handeln nötig: Bezüglich der Empfängnisverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung konnte man sich ja noch mit der 3-Monats-Spritze, der Pille „retten“ auch die – verbotene – Sterilisation war in Diskussion.

Zur wirklichen Infektionsvorbeugung ge-

hört zweifellos offener Umgang mit Sexualität, gehört die bewußte Verhaltensänderung, die realistisch nur über Sexualpädagogik zu erreichen ist. Jetzt ist – zumindest für einen Teil der Menschen – mindestens der aktive Umgang mit dem Kondom auf angemessene Weise zu erlernen.

Doch ohne ständig übende Wiederholung und praktische Demonstration, z.B. am Holzmodell, wird keine Verhaltenssicherheit zu erreichen sein. Sexualpädagogische Maßnahmen müssen den Einzelfall viel stärker berücksichtigen, den Grad der Behinderung, den jeweiligen psychosozialen und sexuellen Entwicklungsstand, das Verhältnis zum Betreuer etc. Dabei ist zu beachten, daß auch die behinderten Menschen ein Recht auf Intimsphäre haben, die sie Scheu vor Eltern oder Betreuern entwickeln läßt. Außenstehende Dritte können oft leichter mit offenerer, eindeutiger Sprache wirksam werden. Auch in Bethel hat sich da die Zusammenarbeit mit *Pro Familia* sehr bewährt.

HIV-Infektionsprävention auch für behinderte Menschen nur mit offener Sexualpädagogik

Allgemein gilt doch – und damit auch für Menschen mit geistiger Behinderung – daß Sexualität ein elementares Grundbedürfnis ist. Dieses Grundbedürfnis solle nicht mehr als unbedingtes nötig eingeschränkt werden können. Ermutigung zu partnerschaftlicher Behutsamkeit und liebender Zuwendung in zärtlichem Körperkontakt (Streicheln, Küssen, Petting) wird Bedeutung gewinnen müssen.

Kritisch bedenken muß man allerdings, daß die meist übliche wertorientierte Geschlechtererziehung als Partnerschaftserziehung im Hinblick auf heterosexuelle Liebesbeziehungen nach monogamem Normenmodell erfolgt. Doch hat sexuelles Erleben und Sexualität für mich nicht nur Beziehungscharakter zum Andern, einem Partner, sondern auch und zunächst etwas mit dem EGO – mit mir, meinem Körperbild, meinem Selbst. Das wird mir besonders deutlich bei Schwerbehinderten mit wenig oder keiner Kommunikationsmöglichkeit zu ändern, die dennoch offensichtlich (Masturbation) sexuelles Leben und – positives – Erleben spüren.

Sexuelle Bedürfnisse entsprechen auch im Behindertenbereich dem real vorhandenen Leben. Es gibt also Homosexualität, es gibt Prostitutionskunden, ja Prostitution, vielfältige andere Bedürfnisse.

Die oben angesprochene, durchaus ethisch gut fundierte, personale Sexualerziehung läuft daher Gefahr, die bezüglich AIDS risikoreichen Sexualpraktiken, den realen sexuellen Erfahrungshintergrund

mancher geistig behinderter Menschen zu übergehen, verdrängend gar nicht wahrzunehmen. Gerade in kirchlichen Einrichtungen – natürlich nicht nur da – kann Sexualität einseitig mit Schuld, Angst vor Krankheit, Gefahr und Tod verbunden werden.

In solcher Situation entsteht, die große Gefahr, daß Betroffene mit wirklich riskanten Verhaltensweisen wegen Angst und Schuld sich verkriechen und für Prävention unerreichbar werden/bleiben. Dies gilt für den Behindertenbereich genauso wie in der übrigen Nichtbehinderten Welt. Vielleicht mit dem Unterschied, daß behinderte Menschen abhängiger von ihren jeweiligen Bezugspersonen sind. Deren Wertvorstellungen sind prägender für sie, damit Angst und Schuldgefühl bei „Verstoß“ auch schwerwiegender.

AIDS-Prävention darf sich nicht auf einmalige Aufklärungsgespräche reduzieren, sondern muß eingebettet sein in eine kontinuierliche Sexualerziehung mit allen Themen wie Körperschema, Sexualhygiene, Menstruation, Zärtlichkeit, Freundschaft, Verliebtsein, Streitkultur, Treue, Fremdgehen, Eifersucht, Trennung, Selbstbefriedigung, Petting, Geschlechtsverkehr, Verhütung, Homosexualität, Schwangerschaft, Geburt, sexueller Mißbrauch, sexuelle Selbstbestimmung, Nein sagen können etc.

Viele Konzepte gibt es für die behinderten Menschen noch nicht. Besonders wichtig wären klar gestaltete visuelle Hilfsmittel mit klarer Aussage – bis hin zu erotischen Video-Filmen. Hier fehlt noch viel.

Wichtig: „Erziehung“ der Erzieher

Viele Betreuer, ganz zu schweigen von den Eltern, die noch größere Schwierigkeiten haben, sich ihre Lieblinge als sexuelle Wesen vorzustellen, sind ratlos, gar ängstlich. Sie setzen auf Behütung und Aufpassen. Sie fragen, ob denn die behinderten Menschen überhaupt betroffen seien? Sie sind es.

Die Lebenshilfe hat das einmal so formuliert – andere sehen das genauso: „Die Personengruppe der geistig behinderten Menschen ist insgesamt nicht mehr und nicht weniger durch AIDS betroffen als alle übrigen Mitglieder der Gesellschaft auch.“

Nicht mehr meint, daß sie keine spezielle Risikogruppe darstellen, von der eine besondere Gefährdung zur Verbreitung der Infektion ausgeht oder für die ein besonderes Risiko der Ansteckung befürchtet werden muß. Sie sind aber auch nicht weniger betroffen, da auch sie sich über die bekannten Ansteckungswege infizieren können“. Es gibt also Handlungsbedarf. Allerdings

sind geistig behinderte Menschen unterschiedlich betroffen. Nur etwa 10 bis 15 Prozent der mittelschwer und schwergradig behinderten Menschen kennen bzw. üben genital-sexuelle Praktiken aus. Nur die können sich daher überhaupt infizieren. Kontakte nach außen sind eher gering. Sexualerziehung ist hier schwierig, aber doch sinnvoll. Wichtig ist ein Gegensteuern gegen Angst vor Sexualität, Mut machen zur Zärtlichkeit etc. Dazu gehört aber auch die Ermutigung, Nein zu sagen zu einem Sexualkontakt, der nicht selbst gewollt ist.

Hauptzielgruppe sind daher die leichter behinderten Menschen, die für die „pädagogischen Bemühungen“ leichter zugänglich sind. Es sind also die sog. „mobileren“ Patienten. Hier gibt es Einzelpersonen, die als Grenzfälle nach „oben“, zur sog. Lernbehinderung hin, versuchen, sich von den stärker behinderten Menschen im Alltag abzugrenzen. Sie haben starke Wünsche nach Gleichberechtigung, anerkannter Zugehörigkeit zur Welt der Nichtbehinderten. Bei zusätzlichen Belastungen der sozialen Entwicklung/Verhaltensproblemen kann sich der gewünschte Zugang über das „Milieu“ anbahnen, da hier solche Kontakte vordergründig leicht möglich scheinen.

Besonders risikoreich sind Kontakte zu drogenabhängigen Prostituierten, wenn behinderte Männer, die keine Freundin haben, diese gelegentlich aufsuchen. Vergleichbar ist die Situation mancher geistig behinderter Mädchen und Frauen, die sich mit sexueller Verfügbarkeit fehlende Zuwendung und Zärtlichkeit, Bestätigung und Anerkennung erkaufen wollen. Es gibt Behinderte, die sich mit Prostitution ihr Taschengeld aufbessern.

Die genannten Fälle risikoreicher Sexualkontakte sind aber nicht Folge einer Steuerungsunfähigkeit oder eines gesteigerten Sexualtriebs (wie das mancher Politiker und oft auch das „gesunde Volksempfinden“ formuliert), sondern sie geschehen häufig aus Mangel an normalen Begegnungsmöglichkeiten und aufgrund defizitärer psychosozialer und sozioökonomischer Lebensbedingungen.

Übermäßige Angst und Panik sind in den Einrichtungen nicht angezeigt. Aber AIDS macht Angst, AIDS ist Projektionsfläche für sexuelle Schuldgefühle, verdrängte Sexualängste, Angst vor AIDS als Strafe Gottes. AIDS-Ängste sind Resultat aus Triebangst, Schuldgefühl und verbotenen Wünschen, auch von Angst vor dem Verlassenwerden, vor Liebesverlust. Außerdem aktualisiert AIDS die Angst vor Sterben und Tod – gerade bei jungen Menschen. AIDS ist also ein kollektives sozialpsychologisches Phänomen und geht insofern alle an. Auch die Erzieher.

Abbau von Angst und Aufbrechen panik-

Lesetip

Seit dem Juni 1989 gibt es von der Bundesvereinigung „Lebenshilfe“ (Postfach 80, 3550 Marburg) eine Broschüre unter dem Titel „AIDS – Keine Angst im Alltag geistig behinderter Menschen“. Ein kompetentes Autorenteam hat eine lesenswerte Schrift vorgelegt, in der medizinische, psychosoziale, sexualpädagogische und rechtliche Aspekte unter besonderer Berücksichtigung geistig Behinderter dargestellt sind. Die konkreten Ratschläge und das ausführliche Literaturverzeichnis sind eine Hilfe für alle, die mit geistig Behinderten zu tun haben. Als sexualpädagogische Arbeitshilfe hat das Team noch ein Plakat „Informationen über Ansteckungshilfen“ sowie ein Faltblatt zum richtigen Kondomgebrauch erarbeitet.

erzeugender Projektionsketten, ja Nachhohlen versäumter Sexualerziehung, Erarbeitung positiver Haltung zur Sexualität, der eigenen wie der „Schutzbefohlenen“ tut not.

Erst dann kann das Hauptziel der Angstverminderung, die Übernahme von Eigenverantwortung gelebter Sexualität angegangen werden. Das Aufzeigen positiver Möglichkeiten einer erfüllten Sexualität ist Ziel.

Wer mit dem eigenen Körper und den persönlichen Bedürfnissen und Gefühlen umzugehen gelernt hat, auch mit den problematischen Momenten, der braucht diese Anteile nicht zu unterdrücken, zu verdrängen oder an anderen Menschen zum Beispiel durch Zwangsmaßnahmen und Ausgrenzung aggressiv abzureagieren.

Das gilt gleichermaßen für behinderte und nichtbehinderte Menschen.

Literatur

„AIDS Enquete“ Kommission d. Dtsch. Bundestags: Stenographisches Protokoll der 47. Sitzung v. 1. 3. 89 BT 0972 0489

Alsterdorfer Anstalten: Umgang mit dem Problem AIDS im Zusammenleben geistig behinderter Menschen Jan 89

Alsterdorfer Anstalten: Partnerschaft und Sexualität im Zusammenleben geistig beh. Menschen Jan 89

Bundesvereinigung Lebenshilfe: AIDS – Keine Angst im Alltag geistig behinderter Menschen Juni 89

J. Walter: AIDS – ein Thema für Menschen mit geistiger Behinderung? Geistige Behinderung 3/89

J. Walter: Sexualität und Geistige Behinderung Heidelberg 1986 2. Aufl.

Verband evangelischer Einrichtungen für Geistig- und seelische Behinderte e.V.: AIDS und Einrichtungen für Menschen mit einer geistigen Behinderung (Ende 88?)

Rosenbrock, Rolf: AIDS kann schneller besiegt werden, USA 1986

Dr. Uli Pfaff, 40 Jahre, verh., 3 Kinder, Internist, Abteilungsarzt am Krankenhaus Mara II, Bethel, Bielefeld. Interessen: Innere Medizin, bes. bei behinderten Menschen, AIDS.

**Der Kommentar:**

„Damit Auschwitz nicht mehr sei . . .“

Gedanken zu einem abgesagten Symposium und zur Diskussion um die sogenannte Früheuthanasie behinderter Neugeborener

Joachim Walter

Anfang Juni 1989 sollte in Marburg ein internationales Symposium „Biotechnik – Ethik – Geistige Behinderung“ stattfinden, zu dem etwa 40 Wissenschaftler eingeladen waren. Unter ihnen der australische Philosoph Peter Singer, der seit Jahren u. a. für „Euthanasie bei mißgebildeten Säuglingen“ eintritt. Die massiven Proteste behinderter Menschen bzw. aus der Krüppelbewegung, Warnungen von Wissenschaftlern und Entzündung bei vielen Lebenshilfe-Mitgliedern hat die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte veranlaßt, zunächst Singer auszuladen und schließlich das ganze Symposium abzusagen. Dieser Vorgang hatte zahlreiche kritische Reaktionen in der Öffentlichkeit zur Folge. Der Bundesvereinigung Lebenshilfe gelang es leider nicht zu verdeutlichen, „daß ein erbittertes Streitgespräch mit einem Befürworter der Euthanasie nicht eine Diskussion über, sondern eine Verteidigung des Lebensrechts behinderter Menschen sein sollte“ (aus der Stellungnahme der Lebenshilfe). In einem taz-Artikel („Lebenshilfe hofiert Todeshelfer“) wurde ihr sogar das Recht auf ihren Namen abgesprochen.

Aus diesem Anlaß entstand eine öffentliche Diskussion um die Thesen Singers, die bisher kaum Beachtung fanden, obwohl schon 1984 bei Reclam/Stuttgart in deutscher Sprache publiziert.

Um was geht es?

In seinem Buch „Praktische Ethik“ (1979) kommt Singer aus Kosten-Nutzen-Erwägungen einer utilitaristischen Ethik zu der Auffassung, daß es „gute Gründe“ dafür gebe, schwer mißgebildete Säuglinge zu „ersetzen“: „Sofern der Tod eines geschädigten Säuglings zur Geburt eines anderen Kindes mit besseren Aussichten auf ein glückliches Leben führt, dann ist die Gesamtsumme des Glücks größer, wenn der behinderte Säugling getötet wird“. – „ . . . die Tötung eines behinderten Säuglings ist nicht moralisch gleichbedeutend mit der Tötung einer Person. Sehr oft ist sie überhaupt kein Unrecht.“ Für Singer sind schwer geschädigte Neugeborene mit der Aussicht eines „elenden“, d. h. „nicht lebenswerten Lebens“ letztlich gar keine „Personen“, denn ihnen würden Selbstbewußtsein und rationale

Kontrolle, Beziehungs- und Kommunikationsfähigkeit fehlen.

In individualistischer Verengung auf pragmatischen Sozialdarwinismus werden die Nutz- und Wertlosen zu „Ballastexistenzen“, denen die Eigenschaft menschlichen Seins abgesprochen und deren Lebenswert und Sinn grundsätzlich infrage gestellt wird. – Ein unglaubliches Ärgernis am 50. Jahrestag des Geheimbefehls Hitlers zur Ermordung behinderter und kranker Menschen („ . . . daß nach menschlichem Ermessen unheilbar Kranken bei kritischer Beurteilung ihres Krankheitszustandes der Gnadentod gewährt werden kann.“ – 1. 9. 1939). Bis Mai 1945 wurden mindestens 120000 Menschen Opfer dieser sogenannten „Aktion T 4“.

Wiederkehr der verdrängten faschistischen Nazi-Euthanasie? Oder verhindert ein typisch deutsches Denk-Tabu den international längst geführten ethischen Diskurs über passive und aktive Sterbehilfe?

Singer, Sohn jüdischer Eltern, die unter der nationalsozialistischen Bedrohung aus Wien emigrierten, zeigte sich sehr befremdet angesichts der massiven öffentlichen Proteste. Und auch die beiden holländischen Wissenschaftler lehnten nach der Ausladung Singers ihre Teilnahme am Symposium ab, da „man in Deutschland nicht frei diskutieren könne und international gültige Spielregeln der wissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht einhalten wolle“.

Es ist zu einfach, Singer als Faschist einzuordnen. Sein utilitaristischer Ansatz einer praktischen Ethik wird zudem weltweit in der Medizinethik, der Gentechnologie und Reproduktionsmedizin geteilt. Behinderung, Krankheit und Leid werden hier für die Betroffenen selbst als unzumutbar und deshalb „lebensunwert“ eingeschätzt („Ein Leben körperlichen Leidens, das nicht durch irgendeine Form von Freude oder durch einen geringen Grad von Selbstbewußtsein gemildert wird, ist nicht lebenswert“ – Singer). Und auch in der Bundesrepublik sieht die renommierte Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht in ihrer „Einbecker Empfehlung“ (1986) Grenzen der ärztlichen Behandlung ausgeschlossen ist, daß das Neugeborene jemals die Fähigkeit zur Kommunikation mit der Umwelt erlangt.“

Doch wer ist in der Lage, dies letztgültig für ein neugeborenes Leben zu entscheiden? Kann überhaupt jemand – und zudem prognostisch – den Lebens(un-)wert eines anderen Menschen einschätzen? Darf überhaupt wissenschaftlich der Einzelfall generalisiert werden? Wo das Lebensrecht behinderter Menschen infrage gestellt wird, ergibt sich eine innere Logik, aus der heraus nur schwer Grenzen zu ziehen sind – „auf dieser schiefen Ebene gibt es kein Halten mehr“ (Titel des Buches über die Nazi-Euthanasie in den Alsterdorfer Anstalten/Hamburg). Aus diesem Grund kann und darf kein wissenschaftlicher Diskurs die Fragestellung nach dem Lebenswert und Lebensrecht Behinderter als solche eröffnen – und sei es auch nur grundsätzlich und theoretisch; „damit Auschwitz nicht mehr sei“ (Adorno). Zugeben ein Wissenschaftsverständnis, das immer auch die gesellschaftlichen Folgen seiner Prämissen reflektiert und zugleich Basis aller pädagogischen und heilpädagogischen Helferberufe ist sein kann.

Für Singer ist diese Position der „Heiligkeit des Lebens“ eine rückständige Gesinnungsethik, die er als religiöse Kategorie allenfalls gläubigen Menschen zugesteht. Und in durchaus logischer Plausibilität deckt er die Widersprüche ethischer Wertung und Güterabwägung in liberalen Gesellschaften auf: Wer z. B. Abtreibungen nach Amniozentese und genetischer Beratung bei Down-Syndrom (Mongolismus) bis zur 12. Woche vor der Geburt zuläßt, müsse die damit implizierte Bewertung als „lebensunwertes Lebens“ auch nach der Geburt akzeptieren: „Mir ist nicht ersichtlich, wie sich die Ansicht verteidigen ließe, Föten vor der Geburt dürften ‚ersetzt‘ werden, neugeborene Säuglinge dagegen nicht“ (Singer).

Singers Zuspitzung ist auch deshalb ärgerlich, weil sie unsere bundesdeutsche Praxis mit unseren moralischen Grundprinzipien konfrontiert. Gibt es wirklich keinen Unterschied? Markiert die ethische Grenze nur die Geburt? Und sind Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft tatsächlich „uneingeschränkte Träger von Grundrechten“ – so die Erklärung der Bundesregierung auf die Anfrage der Grünen zu dem Marburger Symposium. Sind Behinderte dies lebenslang? Vor und nach der Geburt?

Vor kurzem lag dem Europäischen Parlament eine Willenserklärung der französischen „Vereinigung zur Verhütung von Behinderungen in der Kindheit“ vor. Darin wird empfohlen, behinderte Kinder nach der Geburt nicht weiter zu versorgen: „Dies muß geschehen, solange das Kind noch keinen Namen hat und damit noch nicht zur Person geworden ist, nämlich innerhalb von drei Tagen“. Der Entwurf wurde als indiskutabel zurückgewiesen. Diesmal noch? Wie lange?

Erfahrungen mit der Sexualität Behinderter

Dennoch: Lust am Leben und auch am Körper!

Behinderte Menschen sind in ihrer sexuellen Entwicklung oft doppelt und dreifach behindert. Nicht nur aufgrund ihrer körperlichen oder geistigen Defizite, sondern ebenso durch die Vorurteile der Umwelt. Mangelnde Zärtlichkeit im Kleinkindalter, die Annahme, „solche Menschen spürten ja doch nichts“, führen nicht selten zu Verkümmierungen, zu Asexualität und schweren zusätzlichen Schäden. Dabei brauchen gerade Behinderte besonders einfühlsame Begleitung, Ermutigung und Anleitung in ihrer Entwicklung als Sexualwesen Mensch. Wie sehr es dabei auf die Haltung des Betreuers ankommt, zeigt folgender Beitrag.

Helmut Kentler

Eine Spina-bifida-Selbsthilfegruppe von Jugendlichen hat mich eingeladen. Die jungen Leute wollen mit mir über ihre sexuellen Probleme sprechen. Der Arzt, der die Gruppe betreut und ebenfalls da ist, hat mich vorher aufgeklärt: Sie wurden mit einer „offenen“ Wirbelsäule geboren, wurden operiert, aber zurückgeblieben sind meist Lähmungen von der Hüfte abwärts. Ich hatte solchen Schiß vor dieser Begegnung, daß ich gleich zweimal an der Autobahnausfahrt, die mich zu ihnen führte, vorbeigefahren bin. Als ich das erzähle, sagen sie, dann wollten sie sich erst einmal vorstellen. Mir fällt auf, daß stets nach Namensnennung und Berufsangabe der Satz folgt: „Ich bin Spina bifida“. Zum Schluß bin ich an der Reihe, sage meinen Namen, erzähle von meinem Beruf, und dann füge ich hinzu: „Ich bin schwul“. Erst sind sie verduzt, dann lachen sie. Das Eis ist gebrochen. Wir tauschen uns zuerst einmal darüber aus, worin wir den Sinn solcher Etikettierungen sehen. Dann reden sie sehr offen über ihre Probleme.

Ein Neunzehnjähriger fragt: „Unten empfinde ich ja nichts – aber wenn jemand meinen Hals und meine Schultern streichelt, fahr ich so ab, daß ich denke, so muß der Orgasmus sein. Bin ich trotzdem ein ganzer Mann?“ Ich kann aus voller Überzeugung mit einem Ja antworten, denn ich habe mich mit den Veränderungen des sexuellen Empfindens in den letzten dreihundert Jahren gründlich beschäftigt. Ich bin sicher, daß zwischen der Freifrau von Stein und Goethe nie etwas Genitales vorgekommen ist, daß sie aber Orgasmen erlebten, wenn er ihre Hand liebte und sie sein Knie streichelte. Die Menschen früherer Zeiten waren in ihrem sexuellen Erleben noch nicht so auf ihre Genitalien beschränkt wie wir. Erst mit der Ausbreitung der Industrialisierung und der großstädtischen Lebensformen mußten die

Menschen ihren Körper für Berührungen unempfindsam machen und zum Arbeitsinstrument umformen, so daß die rasche genitale Befriedigung vorrangig wurde. Der junge Mann hat sich etwas Wertvolles bewahrt oder neu gelernt: Ganzkörpersexualität. Ihm fehlt nichts an seiner Männlichkeit.

Eines der Mädchen fragt, ob es wohl „trotzdem“ ein Kind bekommen kann oder ob „das“ erblich sei. Der Arzt nennt die Prozentzahl: So und so häufig kommt es vor, daß das Kind das Leiden erbt. „Aber“, fügt er hinzu, „man kann das heute schon sehr frühzeitig untersuchen und eventuell eine Abtreibung durchführen“. Betretenes Schweigen. Dann sagt ein anderes Mädchen: „Wenn ich das so bedenke . . . Wenn das meine Mutter schon hätte machen können, dann gäbe es mich wohl gar nicht!“

Das habe ich an dieser Gruppe so bewundert: ihren ungebrochenen Lebenswillen, ihre Lust am Leben, trotzdem. Aber mit diesem Problem sind wir nicht fertig geworden: Wenn schon, dann wollen sie gesunde Kinder – aber sie sind froh, daß ihre Eltern sie leben ließen.

Am meisten machen ihnen die Ausscheidungsvorgänge zu schaffen. Ihren Stuhlgang haben die meisten zu beherrschen gelernt, aber die Urinausscheidung . . . „das tröpfelt nun einmal dauernd“, sagt ein Junge. Ich versuche, ihnen klarzumachen, daß frischer Urin nicht ekelhaft ist; zur Not kann er als Desinfektionsmittel dienen, und es gibt Menschen, die ihn sogar erotisch besetzen und sich anpinkeln lassen, wenn sie Sex machen. Sie sagen, darüber müßten sie weiterreden, wenn sie unter sich sind; jetzt komme ihnen das zu fett . . .

Im August dieses Jahres war ich wie schon oft auf einer Freizeit für Familien mit geistigbehinderten Kindern. Vormittags sind die Geistigbehinderten in kleinen Gruppen; sie werden betreut von Schülerinnen und Schülern, Studentinnen und Studenten, die meist noch nie mit Geistigbehinderten zu

tun hatten. Und das ist gut so, denn weil sie recht unbefangen mit ihnen umgehen, entdecken sie oft ganz neue Zugangsmöglichkeiten. Da können so manche der Behinderten lange gewohnte Mechanismen aufgeben und mehr aus sich herauskommen. Ihre kleinen Fortschritte sind manchmal erstaunlich. Ich bin hauptsächlich dazu da, solche neuen Ansätze zu beobachten, die Eltern aufmerksam zu machen und ihnen zu raten, wie sie weitermachen können. Einige der immer wiederkommenden Familien kenne ich schon acht Jahre.

Ein vierzehnjähriger Junge hat so schwere Gehirnschäden, daß er bisher immer nur in seinem Bett gelegen hat, auf dem Rücken, die Augen geschlossen – zum Füttern und Sauer machen wird er aufgenommen, dann hängen Kopf und Glieder herunter wie bei einer Puppe. Wir haben ihn dennoch in eine Gruppe geholt: er soll wenigstens nicht alleine sein.

Da liegt er auf einer Matratze. Eines morgens komme ich in den Gruppenraum. Vor ihm steht Renate; sie ringt die Hände, und die Tränen laufen ihr über die Backen. „Gott, wie kannst du das nur zulassen – ein so junger Mensch und kann nicht sehen, nicht laufen“, zürnt sie. Renate leidet an einem Down Syndrom (Mongolismus). Als ich auf sie zugehe, schießen auch mir die Tränen in die Augen. Das versteht sie. Ich sage: „Vielleicht kannst du ihm ein bißchen helfen“. Wir ziehen den Jungen aus, bis auf die Turnhose, unter der noch die Windel ist. Dann zeige ich Renate eine indische Streicheltechnik. Ich empfehle ihr, das jeden Tag je zwanzig Minuten lang, nach dem Frühstück und vor dem Mittagessen, zu wiederholen. Die ersten Male muß ich noch etwas verbessern, dann kann sie es und ist hingebungsvoll bei der Sache. Am vierten Tag kommt Renate ganz aufgeregt zu mir: „Er hat die Augen aufgemacht!“ Nach elf Tagen merkt sie, daß er ihr mit den Augen folgt, wenn sie im Zimmer herumgeht. Wir beide heulen vor Glück und beginnen dann mit ihm ein Bewegungstraining.

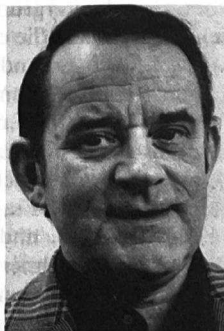
Das ist das Schlimme bei Geistigbehinderten: Sie haben meist viel zu wenig Zärtlichkeit bekommen, und dadurch haben sie schwere zusätzliche Schäden erlitten. Es kommt zu oft vor, daß die Eltern nicht mehr mit ihrem Kind knuddeln, wenn sie erleben, daß es nicht reagiert; sie denken: Es hat ja doch nichts davon. Ich bringe den Eltern Streichel- und Massagetechniken bei, damit ihr Kind Hautkontakt verspürt und genügend „affektive Zufuhr“ bekomme. Wenn ein Kind seinen Körper nicht spürt, wenn es keine Zärtlichkeit vermisst, weil es sie nie bekommen hat, darf man sich nicht wundern, wenn das Kind asexuell wird, und das bedeutet, daß es keine eigenen Bedürfnisse und Interessen entwickelt, daß es geistig

noch mehr zurückbleibt. Ich habe oft sogar bei Geistigbehinderten im Jugendalter noch erlebt, daß sie große Entwicklungsschritte machten, wenn eine „sexuelle Nachreife“ möglich war. Ein von mir betreutes Mädchen, das anfangs kaum lesen, schreiben und rechnen konnte, hat den qualifizierten Hauptschulabschluß geschafft und macht jetzt eine Lehre, nachdem sie einen vollsinnigen, allerdings sehr einfach strukturierten Freund gefunden hatte und die Eltern erlaubten, daß sie mit ihm zusammen leben darf. Ihre Partnerschaft hat jetzt nur noch selten eine Betreuung nötig.

Bei Down-Syndrom-Jungen kann man oft erleben, daß sie sich auf dem Boden länger als eine halbe Stunde schweißüberströmt hin und herwälzen; sie versuchen zu onanieren und kriegen die Technik nicht heraus. Ich halte das für menschenunwürdig. Ich ziehe einen Handschuh an, dessen Mittelfinger-Kuppe abgeschnitten ist, und erkläre dem Jungen an meinem Mittelfinger: Das ist dein Glied, der Handschuhfinger ist die Vorhaut, dann mußt du so machen – und zeige es. Ich gebe ihm den Handschuh und lasse ihn an seinem Mittelfinger üben. Dann ermuntere ich ihn, sich in sein Bett zurückzuziehen, sage aber auch, daß er Ausdauer haben muß und geduldig weiter machen soll. Selbstverständlich kann ich mir dieses Lernen auch lustvoller vorstellen, aber erstens ist das Gesetz dagegen und zweitens finde ich es sinnvoller, wenn der Junge sich selbst kennen lernt, so unabhängig von mir wie nur irgend möglich.

Immer wieder bekomme ich zu hören, wenn bei Geistigbehinderten die Sexualität geweckt würde, dann zeigten sie das ungeniert in der Öffentlichkeit; man fürchtet sogar, sie würden dann zu Sexualverbrechern. Das ist totaler Unsinn.

Selbstverständlich brauchen Geistigbehinderte mehr Begleitung in ihrem Sexualleben als andere. Aber sie können sehr offen und zuverlässig sein, beispielsweise im Umgang mit empfängnisverhütenden Mitteln. Welche Mädchen rufen mich um Mitternacht an: „Ich habe endlich einen neuen Freund; aber was mach' ich denn nun, daß ich nicht Aids kriege?“ Bei Geistigbehinderten habe ich das erlebt. Ihre Eltern können stolz auf sie sein.



Helmut Kentler, Professor für Sozialpädagogik an der Universität Hannover.

Sexualität und körperbehinderte Menschen

Ergebnisse einer Studie, die die Weltgesundheitsbehörde (WHO) finanzierte.

„Es ist grausam, schwerbehinderten Menschen sexuelle Aktivität zu verweigern“.

Dieser Satz ist nur eine der vielen deutlichen Aussagen, die auf insgesamt drei Workshops (zwei in England, einer in Irland) von körperbehinderten Menschen gemacht wurden. Veranstalter war die „Family Planning Association“ in London. 29 Teilnehmer zwischen 19 und 60 Jahren sprachen (zum Teil mithilfe von Buchstabentafeln) von ihren Beobachtungen und Problemen, diskutierten und stellten danach (leider!) keine Forderungen auf, sondern gaben lediglich Empfehlungen. Die reichen von der dringlichen Bitte um Zugänglichkeit öffentlicher Gebäude (die Veranstalter hatten zum Beispiel erhebliche Probleme, rollstuhlgerechte Tagungs- und Unterbringungsräume zu finden) über die Hoffnung auf sensiblere und nicht völlig entmündigende Betreuung bis hin zum Wunsch nach Aufklärung, Anleitung und sogar Mithilfe beim Onanieren durch Verwandte, Heimpersonal oder ambulante Betreuer.

Gut wäre es, so heißt es in dem Bericht über die Studie, wenn körperbehinderte Menschen so ausgebildet werden, daß sie in dem immer noch tabuisierten Bereich der Sexualität andere Behinderte beraten können. Außerdem sollen Schwerbehinderten mehr technische Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden. Wo ein Hebebett gebraucht wird, muß es nicht als Einzel-, sondern kann eben auch als Doppelbett geliefert werden.

Der Bericht der Veranstalter ist allen Teilnehmern zugesandt worden. Die Veröffentlichung sollte nicht ohne ihre Zustimmung erfolgen. Eine Teilnehmerin schreibt dazu: „Was meinen eigenen bescheidenen Beitrag angeht, so muß ich sagen, daß ich ziemlich schockiert war, als ich meine intimsten Gedanken für alle zugänglich schwarz auf weiß las. Aber keine Angst, das war nur meine erste Reaktion. Für mich war das Beste am Workshop, daß dadurch eine Menge Dinge in die richtige Perspektive gerückt worden sind. Ich habe sogar schon versucht, mit unterschiedlichem Erfolg das Gelernte in die Praxis umzusetzen“.

Der Bericht zeigt vor allem, daß Sexualität eine fundamentale Lebenskraft (so heißt es im Vorwort) ist – für Nichtbehinderte und erst recht für Behinderte.

Inge Hektor

Sexualpädagogik in einem Wohnheim:

„Na klar weiß ich, wie's läuft“

Das Zusammenleben in einem Wohnheim für Frauen und Männer mit geistiger Behinderung wirft eine Fülle von Fragen gerade im Bereich Partnerschaft und Sexualität auf. Im folgenden Beitrag schildert der engagierte Heimleiter, wie er mit Kollegen sexualpädagogische Maßnahmen erprobt. Ein Erfahrungsbericht.

Klaus von Kampen

Wer wir sind

Unser Wohnheim ist mit 50 Plätzen für Frauen und Männer mit einer geistigen Behinderung das größte Haus der Wohnanlage der Heilpädagogischen Hilfe e. V. in Osnabrück. Die BewohnerInnen leben in fünf geschlechtsgemischten Wohngruppen, die sich alle selbst versorgen. Sie gelten als mittel bis schwer geistig behindert. Die meisten von ihnen werden wohl auf Dauer hier wohnen bleiben. Einige wenige werden innerhalb der sehr differenzierten Wohnanlage in andere Häuser umziehen können.

Bedingung für die Unterbringung in unserem Wohnheim ist die Beschäftigung in der Werkstatt für Behinderte, da tagsüber nur in Ausnahmefällen (bei Krankheit und Urlaub) eine Betreuung gewährleistet ist. Dies bedeutet, daß alle BewohnerInnen auch außerhalb des Hauses noch verschiedene Sozialkontakte haben, vor allem innerhalb der Werkstatt und des dort angesiedelten Freizeitwerkes. Zu den Aktivitäten des Freizeitwerkes gehört u. a. eine Disco, die regelmäßig freitags in den Kellerräumen unseres Wohnheimes stattfindet. Freundschaften und Partnerschaften können sich somit in vielen Bereichen ergeben.

Wie alles anfing

Für die MitarbeiterInnen war es nur selten notwendig gewesen, sich mit den BewohnerInnen inhaltlich über bestimmte Probleme auseinanderzusetzen, wenn sie nicht selbst initiativ wurden. Dies änderte sich, als vor ca. 2 ½ Jahren von einem Kollegen und mir erste zaghafte Versuche unternommen wurden, auch für unsere geistig behinderten BewohnerInnen Erwachsenenbildungsangebote anzubieten. Zuerst haben wir in Form von Tagesveranstaltungen versucht, interessante Themen aus dem unmittelbaren Wohnbereich zu bearbeiten. Später haben wir die Angebote auf Fortbildungswochenenden ausgeweitet und u. a. zu

folgenden Themen gearbeitet:

- Wohnen und Gemütlichkeit/Gestaltung des Wohnraumes
- Freizeit - Was ist das eigentlich?/Was mache ich damit?
- Typisch Mann - Typisch Frau/Unsere Rollen in den Wohngruppen
- Konflikte - Konfliktlösungen
- Kommunikation und Kommunikationsstörungen.

Im Zuge der intensiven Aids-Diskussion bildete sich auch in unserem Wohnheim eine Arbeitsgruppe von MitarbeiterInnen mit dem Ziel, sich selbst zu informieren und dann nach Methoden und Möglichkeiten zu suchen, diese Informationen auch an andere MitarbeiterInnen und die BewohnerInnen weiterzugeben. Daß wir uns damit auf absolutes Neuland eingelassen hatten, merkten wir erst später.

„Von vorne anfangen“

Relativ schnell waren wir uns in der gesamten Wohnanlage darüber einig, daß als erste Maßnahme Kondome in allen Wohnheimen und Wohngruppen kostenlos für die BewohnerInnen verteilt werden sollten, und daß die jeweiligen MitarbeiterInnen mit den Männern und Frauen den Gebrauch der Kondome einüben sollten.

Auch in unserem Wohnheim wurden die Kondome in den Wohngruppen frei zugänglich ausgelegt. Die MitarbeiterInnen, die auch in unserer heiminternen Arbeitsgruppe aktiv waren, versuchten, mit den BewohnerInnen den Gebrauch zu üben und über den Hintergrund aufzuklären. Hier zeigten sich dann die ersten Schwierigkeiten auf zweifache Art und Weise:

1. Eine Untersuchung, die ausschließlich darin bestand, den Gebrauch des Kondoms richtig zu erlernen, reichte nicht aus. Die Gespräche kamen sofort auf grundsätzliche Fragen zu Sexualität und Partnerschaft, und dort gibt es bei den meisten BewohnerInnen Diskrepanzen zwischen Theorie und Praxis, d. h.: jede/r Bewohner/in lebt seine Sexualität, weiß

aber fast nichts darüber. So schläft ein Bewohner mit seiner Freundin, glaubt aber fest, daß die Kinder vom Klapperstorch in den Weiher seiner Heimatstadt geworfen werden. Im Gespräch über Verhütung mit einem Paar in unserem Heim über Verhütung stellte sich heraus, daß sie einer Mitbewohnerin aus der Pflenschachtel zwei Pillen entwendet und beide je eine genommen hatten. Das Thema Verhütung war für sie damit erledigt.

Uns wurde deutlich, daß bei der Vermittlung der Aids-Problematik Sexualität von Anfang an thematisiert und erarbeitet werden mußte. Nur vermittelt zu bekommen, wie ein Kondom zu benutzen ist, ist für die wenigsten ausreichend.

2. Daraus ergab sich das zweite Problem, denn Sexualität war in der konkreten Arbeit bisher nur sehr selten thematisiert worden, und nun sollten die MitarbeiterInnen auch noch offensiv dieses Thema angehen. Das war und ist für viele eine Überforderung, zumal Material für die Sexualpädagogik mit geistig behinderten Erwachsenen kaum vorhanden ist und sich die MitarbeiterInnen mit ihrer eigenen Sexualität nicht heraushalten können.

Für unsere Arbeitsgruppe ergaben sich somit zwei Ansatzpunkte für die konkrete Arbeit:

- Material und Methoden zu suchen und zu erarbeiten für die Vermittlung der Thematik bei unseren BewohnerInnen,
- Sensibilisierung und Angstabbau bei den MitarbeiterInnen im Wohnheim.

Unsere Diareihe entsteht

Zuerst versuchten wir, anhand von Literaturlisten Material zur Sexualpädagogik bei geistig behinderten Erwachsenen zu sammeln. Sehr schnell merkten wir, daß es eine ganze Reihe theoretischer Abhandlungen zu dieser Problematik gibt. Einen Großteil der Literatur und Materialien haben wir gesichtet und geeignete Medien angeschafft. Ferner haben wir aus unseren eigenen Erfahrungen Literatur und Bildmaterial zusammengetragen, welches unserer Ansicht nach für die Arbeit mit Geistigbehinderten geeignet erscheint.

Vor allem die visuellen Materialien waren uns zu abstrakt und zu unverhältnismäßig dargestellt. Eine Diareihe mit schematischen Darstellungen der Geschlechtsorgane setzt ein Abstraktionsvermögen voraus, das bei unseren Bewohnerinnen nicht gegeben ist. Die Verbindung zwischen Zeichnung und Wirklichkeit ist für die meisten nicht herzustellen. Ebenso erschienen uns die angebotenen Filme als nicht geeignet, da sie Sachverhalte mit großer Schnelligkeit darstellen und es für geistig behinderte Menschen kaum möglich ist, den Inhalten so zu folgen, daß ein Gespräch im Anschluß daran effizient wäre.

Angesichts dieser Erfahrungen entschlossen wir uns, eine eigene Diareihe zu entwickeln. Dabei kam es uns vor allem darauf an, die Inhalte so realistisch darzustellen, daß sie eindeutig identifizierbar und damit auf eigene Erfahrungen übertragbar werden. Die Fotosuche gestaltete sich sehr schwierig, da es kaum Darstellungen z.B. des menschlichen Geschlechtsverkehrs gibt, die keinen pornographischen Hintergrund haben. Ferner sollte die Diareihe alle Bereiche menschlicher Sexualität darstellen, wie wir sie auch in unserer Arbeit täglich erleben. So ist im Laufe der Zeit eine Reihe entstanden mit insgesamt 50 Dias zu folgenden Bereichen:

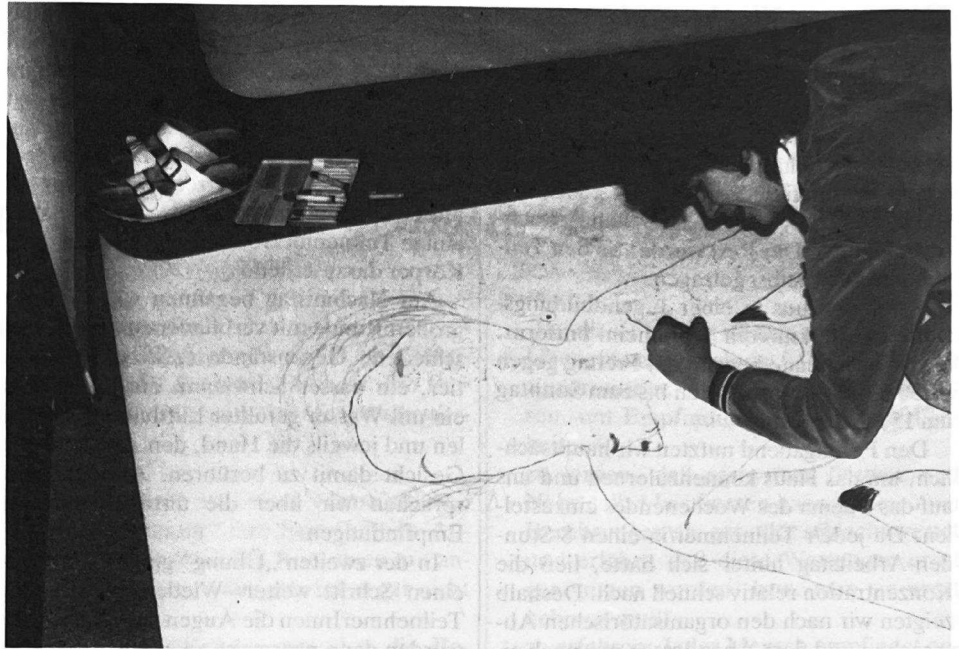
- I. Geschlechtsorgane von Mann und Frau
- II. Selbstbefriedigung
- III. Verhütungsmittel
- IV. Gegenseitige Befriedigung von Mann und Frau
- V. Geschlechtsverkehr/Homosexualität
- VI. Schwangerschaft und Geburt

Die Reihe ist nicht gedacht, um sie in einem „Durchgang“ zu zeigen. Sie soll vielmehr ein Angebot sein, das jede/r Benutzer/in so zusammenstellen kann, wie er/sie es für seinen/ihren Arbeitsbereich als sinnvoll erachtet.

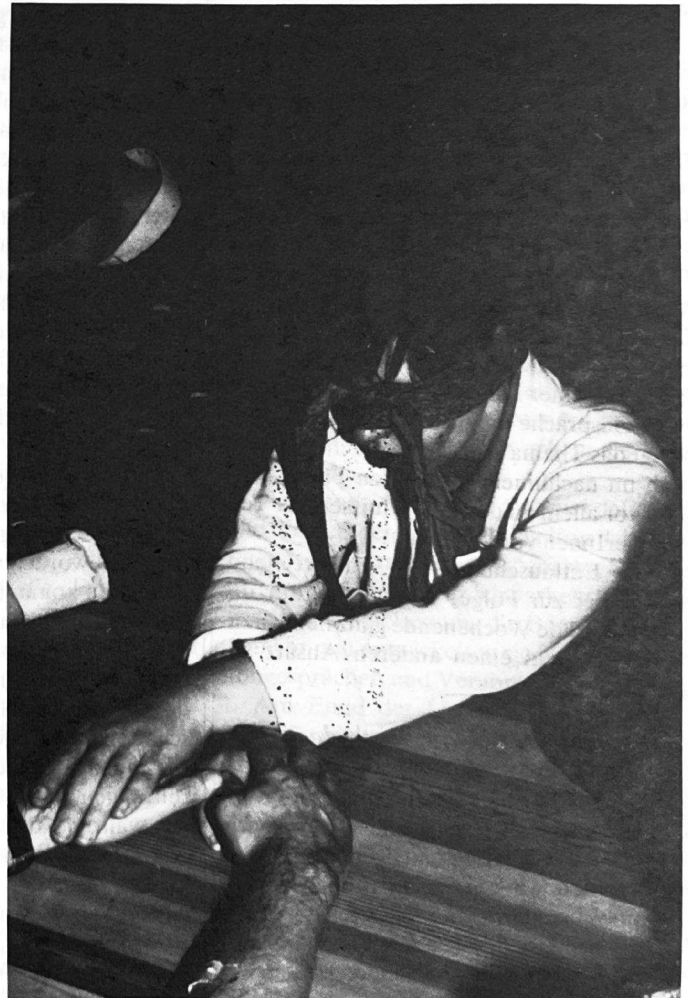
Die Einführung der Diareihe hat unter den anderen Mitarbeiterinnen eine Diskussion in Gang gesetzt, inwieweit solche Darstellungen nicht Bedürfnisse wecken, die bisher nicht sichtbar waren. Ebenfalls stellte sich die Frage, wie denn eigentlich die Sexualität Behinderter zu verstehen sei. Dies hat uns dazu veranlaßt, grundsätzlich Stellung zu nehmen, da sonst die gesamte Diareihe und auch unsere weitere Arbeit nicht klar einzuordnen sind.

Wir akzeptieren die menschliche Sexualität als eine Lebenskraft, die im Menschen grundgelegt ist und die

- der individuellen Selbstentwicklung und dem persönlichen Lustgewinn
- der Fähigkeit, zwischenmenschliche Beziehungen einzugehen und aufrechtzuerhalten und
- der Fortpflanzung dient.



Aus den Übungen des zweiten Wochenendes (siehe Seite 16).



Auf diesem Hintergrund ist es für uns eine Selbstverständlichkeit, daß die BewohnerInnen unseres Wohnheimes ihre Sexualität ausleben können und sollen, d.h. wir akzeptieren heterosexuelle Beziehungen, auch wenn sie nicht immer unseren Vorstellungen (lebenslange Partnerschaft, Ehe usw.) ent-

sprechen. Ebenso bejahen wir die auto- und homosexuellen Praktiken, auch wenn es uns schwerfällt, diese Praktiken in allen Bereichen zu verstehen und nachzuvollziehen. Unerlässlich ist eine ständige Begleitung und Gesprächsbereitschaft auf seiten der MitarbeiterInnen. ▶

Unser erstes Wochenende

Mit der fertigen Diareihe im Koffer und dem Gefühl, gut ausgerüstet zu sein, starteten wir zu unserem ersten sexualpädagogischen Fortbildungswochenende. be- zugschußt wurde diese Fortbildung, genau wie alle bisherigen, von der Ländlichen Erwachsenenbildung. Der Rest wurde von den TeilnehmerInnen selbst getragen.

Wir trafen uns in einer Jugendbildungsstätte ca. 100km vom Wohnheim entfernt. Das Wochenende begann am Freitag gegen 17.30 h, und wir arbeiteten bis zum Sonntag um 15.00 h.

Den Freitagabend nutzten wir hauptsächlich, um das Haus kennenzulernen und uns auf das Thema des Wochenendes einzustellen. Da jede/r Teilnehmer/in einen 8-Stunden-Arbeitstag hinter sich hatte, ließ die Konzentration relativ schnell nach. Deshalb zeigten wir nach den organisatorischen Absprachen und dem Abendessen nur noch einen Spielfilm, der in das Thema einführte.

Das weitere Programm war mehr oder weniger auf den Einsatz unserer Diareihe abgestellt. Wir wollten möglichst viel Wissen mit Hilfe der zur Verfügung stehenden Bilder vermitteln. Schnell merkten wir, daß wir in der Großgruppe auf unüberwindliche Hindernisse stießen. Das Sprechen über Sexualität, schon über den eigenen Körper, war mit so vielen Tabus behaftet, daß auch das Arbeiten in kleinen geschlechtsgetrennten Gruppen, besonders bei den Männern, sehr schwierig war. In der Frauengruppe waren nach einer längeren Anlaufzeit intensivere Gespräche möglich. Unser Ziel, unbedingt das Thema Aids anzusprechen, erwies sich im nachhinein als an den Fähigkeiten und vor allem an den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen vorbeigeplant.

Die Enttäuschung war entsprechend, hatte aber zur Folge, daß wir uns für das dann folgende Wochenende ganz neu vorzubereiteten und einen anderen Ansatz zu grundlegten.

Unser zweites Wochenende

Um den Fortbildungscharakter des Wochenendes deutlich zu machen, waren wir wieder in ein Bildungshaus gefahren. Diesmal wollten wir aber nicht primär Wissen vermitteln, sondern über Körpererfahrungen die eigenen Gefühle erkennen und gute und schlechte Gefühle unterscheiden lernen.

Durch „Spiele und Übungen“ zum Thema wollten wir Erfahrungen möglich machen, um dann darüber zu sprechen. Am Freitagabend haben wir nach der Einstiegsphase nur noch einen einführenden Videofilm gezeigt.

Nach einigen „Spielen zum Aufwärmen“ fanden die TeilnehmerInnen sich am Sams-

tagvormittag in Paaren zusammen und malten ihre Körperumrisse gegenseitig auf große Tapetenrollen. Dann vervollständigte jede/r seinen Umriß so gut sie/er konnte mit den typischen Geschlechtsmerkmalen. Ein gegenseitiges Vorstellen der Bilder erfolgte dann in geschlechtsgetrennten Gruppen. Hier wurde schon deutlich, wie schwer es für einige TeilnehmerInnen war, ihren eigenen Körper darzustellen.

Am Nachmittag begannen wir, in einer großen Runde mit verbundenen Augen verschiedene Gegenstände (z.B. ein Plüschtier, ein nasser Schwamm, ein Holzstück, ein mit Wasser gefüllter Luftballon) zu fühlen und jeweils die Hand, den Arm und das Gesicht damit zu berühren. Anschließend sprachen wir über die unterschiedlichen Empfindungen.

In der zweiten „Übung“ gingen wir dann einen Schritt weiter. Wieder wurden den TeilnehmerInnen die Augen verbunden. Sie wurden dann paarweise an einem Tisch einander gegenübergestellt, ohne zu wissen, wer der Partner ist. Dann sollten sie sich gegenseitig die Hände fühlen und versuchen herauszufinden, ob es sich bei ihrem Gegenüber um eine Frau oder einen Mann handelt, ob der – oder diejenige verheiratet ist usw. Gleichzeitig sollten sie unterschiedlich intensive Berührungen versuchen, um so zu spüren, was ihr Partner am liebsten hat.

Hier zeigten sich, vor allem bei den weniger stark beeinträchtigten BewohnerInnen, große Schwierigkeiten. Sie waren kaum in der Lage, ohne anzügliche Bemerkungen das Streicheln auszuhalten, und auch nicht bereit, einen Wechsel der Partner mitzumachen.

Das anschließende Gespräch machte deutlich, daß Berührungen in der Vergangenheit überwiegend sexualisiert wahrgenommen worden waren. Viele der TeilnehmerInnen konnten nicht klar differenzieren zwischen guten und schlechten Berührungen, sondern empfanden die Nähe als unangenehm. Dies war überraschend, da gerade diese TeilnehmerInnen über intime Freundschaften berichteten.

Am Samstagabend wurde das Thema Berührungen spielerisch weitergeführt, indem wir während der gemeinsamen Party verschiedene Rollenspiele einübten und vorführten. Dabei ging es um gute und schlechte Berührungen im Alltag. So gab es Rollenspiele zu „Anmachensituationen“ im Wohnheim, im Werkstattbereich und in der Disco.

Die Erfahrungs- und Erlebnisberichte des Samstags aufnehmend, arbeiteten wir am Sonntagmorgen mit einem Teil unserer Dias und mit dem Verhütungsmittelkoffer von Pro Familia. Dabei war entscheidend, daß wir nur die Fragen der TeilnehmerInnen aufgriffen und nicht, wie beim ersten Wo-

chenende, unsere Inhalte unbedingt vermitteln wollten. Dies wurde auch in der abschließenden Reflexion positiv hervorgehoben.

Was hat's gebracht und wo soll's hingehen?

Die bisherige Arbeit hat gezeigt, daß wir auf dem richtigen Weg sind. Es fällt den BewohnerInnen und den MitarbeiterInnen leichter, über das Thema Sexualität zu sprechen. Ansatzweise ist zu sehen, daß sich auch das Verhalten der BewohnerInnen verändert. Sie werden sicherer im Umgang mit der Thematik und können von sich aus Tabus aus ihrem Elternhaus, aus Schule und Werkstatt benennen. Die Qualität der Auseinandersetzung ist anders geworden. Es ist für die TeilnehmerInnen an den Fortbildungswochenenden nicht mehr notwendig, sich sprachlich zu distanzieren. Sie wissen, daß Sexualität ein Thema ist, über das geredet werden darf.

Für die MitarbeiterInnen, die nicht in unserer Arbeitsgruppe mitarbeiten, ist es aber weiterhin schwierig, die Thematik aufzugreifen und zu bearbeiten. Aus diesem Grunde haben wir uns entschlossen, für MitarbeiterInnen eine Fortbildungswoche zu diesem Thema anzubieten, denn diejenigen, die geistig behinderte Männer und Frauen betreuen, bestimmen entscheidend deren Verhältnis zur Sexualität mit.

Außerdem werden wir weitere Wochenenden und Wochen für BewohnerInnen anbieten, um den angefangenen Prozeß des Mündigwerdens in diesem Bereich nicht wieder einschlafen zu lassen. Wichtig ist in diesem Zusammenhang auch die Erfahrung, daß durch das offensive Angehen dieser Thematik andere Probleme deutlich werden, die wir vorher nicht gesehen haben. Der sexuelle Mißbrauch von behinderten Menschen ist das Problem, das uns seitdem überall begegnet.

Auch als MitarbeiterInnen mußten wir lernen einen großen Teil von uns und unserem Umgang mit Sexualität offenzulegen. Es hat sich gelohnt, denn Lernende sind in dieser Arbeit alle.



Klaus von Kampen, 34 Jahre, Dipl. Theol., Sozialarbeiter, arbeitet als Heimleiter im Wohnheim für Männer und Frauen mit einer geistigen Behinderung.

Pro Familia Bensheim:

Distanz und Nähe – ein wichtiger Lernbereich

Geübt in der Arbeit mit Schulklassen, hat eine Mitarbeiterin der Pro Familia Bensheim gemeinsam mit einem Kollegen Neuland betreten: Gezielte Sexualpädagogik mit 17- bis 20jährigen behinderten Schülern und Schülerinnen an einer Schule für Praktisch Bildbare. Ein Praxisbericht, der zeigt, daß man als Pädagoge in diesem wichtigen Bereich eine Menge hinzulernen kann, durch Versuch und Irrtum.

Petra Girolstein

„Hallo . . . du . . . Eis essen . . .?“ Matthias (18) grinst in den „Telefonhörer“. Klein, kräftig und stolz vor sich hin kichernd hört er, wie Britta (19) am anderen Ende der „Leitung“ antwortet: „Ja . . . wir . . . heute Eis!“

Matthias ist mongoloid, und auch Britta ist geistig behindert. Beide sitzen in verschiedenen Ecken ihres Klassenzimmers und halten Spielzeugtelefone in der Hand. Sie haben soeben die erste Verabredung ihres Lebens getroffen. Dieser Tag zählte zu den Höhepunkten unserer Veranstaltungsreihe in der Schule für Praktische Bildbare.

Insgesamt zehnmal gestalteten mein Kollege und ich, das „Sexualpädagogen-Team“ der Pro Familia-Beratungsstelle in Bensheim, jeweils einen Vormittag lang den Unterricht in zwei Klassen der Werkstufe zum Thema „Sexualität“. Geübt in der Pro Familia-Schulklassenarbeit, waren die Veranstaltungen mit geistig Beeinträchtigten doch ein neues Feld für uns, für das bisher wenig Orientierungshilfen oder Erfahrungsberichte vorlagen. So waren wir bei der Konzeption und Durchführung weitgehend auf das Lernen aus Versuch und Irrtum angewiesen.

Der Veranstaltungsreihe gingen ein Elternabend und planende kooperative Gespräche mit den KlassenlehrerInnen voraus. Die beiden Klassen bestanden aus jeweils acht SchülerInnen im Alter von 17 bis 20 Jahren. Die Spannweite der Beeinträchtigungen reichte von relativ leichten Auffälligkeiten wie vermindertes Aufnahmevermögen und langsames Lernen, vergleichbar mit sogenannten „Lernbehinderten“, bis zu schweren körperlichen und geistigen Behinderungen bei SchülerInnen, die sich nicht ohne fremde Hilfe fortbewegen können und nur unartikuliert oder gar nicht sprechen.

Dieser Spannweite entsprechend verfügen einige SchülerInnen über altersgemäße partnerschaftliche sexuelle Erfahrungen,

während andere in einem vermeintlichen „Kindchen-Dasein“ ihre Sexualität in Autoerotik, homosexuellen Kontakten mit anderen Behinderten oder scheinbar gar nicht ausleben.

Einige Jugendliche verstanden die Beschäftigung mit dem Thema „Sexualität“ als Aufforderung, öffentlich zu onanieren oder andere anzufassen. Wir lernten:

1. Geistig Behinderte haben ein anderes Verhältnis zu Distanz und Nähe. Sie verhalten sich in der Regel eher distanzlos und grenzüberschreitend (und erfahren selbst häufig Grenzüberschreitungen).
2. Geistig Behinderte sind in der Lage, einen angemesseneren Umgang mit Distanz und Nähe zu lernen.

Wahrnehmungsspiele

„Grenzen“ und „Distanz und Nähe“ wurden zur wichtigsten Überschrift unserer Arbeit. So galt eine der ersten Unterrichtsstunden dem „Angenehm-unangenehm-Spiel“:

Jeweils zwei SchülerInnen stehen sich gegenüber. Die eine Seite wird als die „Macher-Seite“, die andere als die „Bestimmer-Seite“ festgelegt, so daß der Platz, an dem die Jugendlichen stehen, ihre jeweilige Rolle definiert. Der „Macher“ wählt aus einer Sammlung weicher, rauher, harter, kalter, spitzer, faseriger oder glatter Gegenstände (z.B. verschiedene Tücher, Fell, Schlüssel, Eiskugeln, Strohhalme usw.) einen aus und berührt den „Bestimmer“ an Armen, Händen oder Gesicht schnell oder langsam, rauh oder zart. Der „Bestimmer“ kann sich dies gefallen lassen und „angenehm“ sagen, oder das Spiel sofort unterbrechen, indem er „aufhören“ oder „unangenehm“ sagt. Der „Macher“ wählt dann einen neuen Gegenstand aus, bis die beiden ihre Plätze wechseln und das Spiel mit vertauschten Rollen weitergeht. Sind die Regeln klar, so können auch die Partner der Zweier-Paare ausgetauscht werden, so daß jeder mit jedem einmal „Macher“ oder „Bestimmer“ sein kann.

Ziel dieser Übung waren:

- Über ein anderes als das Medium Sprache zu vermitteln, um was es geht: um Anfasen, um Empfindungen, um Körperlichkeit;
- zu lernen, daß man über Distanz und Nähe selbst bestimmen kann, indem man Berührungen als gut oder schlecht wertet und erfährt, daß diese Wertungen ernst genommen werden, bzw. man sie ernst nehmen muß;
- zu erfahren: Jeder Mensch empfindet anders, und ich muß seine individuelle Reaktion respektieren.

Die SchülerInnen – auch die „schwächsten“ – nahmen die Regeln sehr schnell auf und waren mit Eifer bei der Sache. „Angenehm“ und „unangenehm“ waren von nun an Metaphern, die immer wieder auftauchten und von allen benutzt und verstanden wurden.

Der Tag, an dem die Jugendlichen sich „telefonisch“ verabredeten, begann mit einem Rollenspiel: Mein Kollege und ich spielten verschiedene Begrüßungsszenen. So fielen wir uns überschwänglich um den Hals oder schauten uninteressiert in die andere Richtung oder faßten uns an die Kleidungsstücke.

Die Szenen waren klar als Spiel definiert, und die SchülerInnen halfen eifrig dabei, zu zeigen, wie man es „richtig“ macht. Schließlich hatten die Rollen sich verkehrt: Die Jugendlichen spielten uns die Begrüßungsszenen vor und entwickelten sie weiter zu Telefongesprächen und Verabredungen.

Am Ende der Unterrichtsreihe wollten wir die wichtigsten Verhütungsmittel vorstellen. Es herrschte Ratlosigkeit über die Methode der Wahl, denn nur „Zeigen“ und „Erklären“ hätte die Klasse gelangweilt und überfordert. Ein aus der Not geborenes Marionetten-Spiel wurde zum vollen Erfolg: Hans und Lene unterhalten sich darüber, daß sie gerne miteinander schlafen würden und daß sie Verhütungsmittel benutzen müssen, um kein Kind zu zeugen. Sie spazieren auf dem Tisch, auf dem die unterschiedlichen (für die Jugendlichen in Frage kommenden) Verhütungsmittel ausgelegt sind: Pille, Dreimonatsspritze, Kondom, Spirale. Sie erklären sich gegenseitig die verschiedenen Methoden und sprechen beim Kondom auch über Aids. Die SchülerInnen saßen wie

gebannt um den Tisch herum und verfolgten gespannt das Spiel, das sie immer wieder lachend, tadelnd, beifällig oder fragend kommentierten.

Neben diesen – aus zehn Vormittagen ausgewählten – erfolgreichen Phasen sollen auch die Mißerfolge unserer Arbeit nicht verschwiegen werden. So schlug der Versuch fehl, durch Körperübungen (z.B. gegenseitige Massage mit einem Igelball) ein positives Gefühl für den eigenen Körper zu entwickeln. Die Regeln, stets auf angenehme und unangenehme Gefühle zu achten, konnte nicht eingehalten werden.

Einige SchülerInnen hielten Körpergrenzen (wie Brust und Genitalien) nicht ein, während andere sich schämten und nicht berührt werden wollten. Auch wir spürten die Dissonanz zwischen dem Anspruch, positive Körpergefühle zu vermitteln und den unangenehmen Gefühlen durch zu große Nähe. Für diese Übung fehlte uns die Vertrautheit mit den Jugendlichen; sie überforderte uns alle.

Die Arbeit an der Schule für Praktisch Bildbare war anstrengend, doch gut und lehrreich nicht zuletzt für uns. Für die Konzeption der nächsten Veranstaltungsreihe mit geistig Beeinträchtigten wissen wir

1. Ein zeitlich großzügiger Rahmen mit „Luft“ zwischen den einzelnen Veranstaltungen ist unabdingbar, damit langsames, schrittweises Vorgehen besser möglich wird.
2. Mit den Klassenlehrern sollten enge Kooperation und klare Absprachen selbstverständlich sein. Die Anwesenheit dieser Bezugspersonen während der Veranstaltungen ist zumindest am Anfang sehr wichtig, um z.B. unartikulierte Sprache zu übersetzen, um Mißverständnisse zu klären, die im Zusammenhang mit der individuellen Lebenssituation der Beeinträchtigung stehen, um ggf. zu trösten und zu schlichten.
3. Der Elternabend zu Beginn der Veranstaltungen sollte von dem Angebot eines weiteren Elterntreffens im Verlauf der Unterrichtsreihe oder einer Elternsprechstunde ergänzt werden.
4. Die Entwicklung und der Einsatz vielfältiger Methoden, die über verbale Kommunikation hinausgehen, sind notwendig.
5. „Grenzen“ stehen immer wieder im Mittelpunkt der Arbeit. Eigene Grenzen, Verletzungen oder Schwierigkeiten im Umgang mit geistig Behinderten sollten im Beratungsstellenteam in der Supervision Platz haben und reflektiert werden können.

Wir beschränkten uns in der Veranstaltungsreihe zunächst darauf, mit dem Lebensumfeld der geistig behinderten SchülerInnen (mit Eltern und Lehrern) vertraut zu

werden und für sie passende sexualpädagogische Inhalte und Methoden zu finden.

Viele Fragen sind ungelöst. Wie z.B. soll man mit der Forderung nach Sterilisation (von seiten der Eltern), mit dem Wunsch nach Familiengründung (von seiten der Jugendlichen) oder der Vermutung des sexuellen Mißbrauchs der Behinderten umgehen?

Die Fragen bleiben offen und werden auch in Zukunft unsere Arbeit mit geistig Beeinträchtigten begleiten.

Petra Girolstein, 28 Jahre, Dipl. Sozialpädagogin. Als Praktikantin im Anerkennungs-jahr bei der Pro Familia Beratungsstelle in Bensheim in den Bereichen 218-Beratung und Sexualpädagogik.



Die Sexualität Behinderter und ihre psychosexuellen Entwicklung: Ein doppeltes Tabu

Pro Familia Bremen bietet seit einigen Jahren für MitarbeiterInnen im Behindertenbereich einwöchige Seminare zur sexualpädagogischen Weiterbildung an. Diese Veranstaltungen sind immer sofort ausgebucht. Der Grund dafür ist sicher darin zu sehen, daß sich die Behindertenpädagogik in der Entwicklung befindet: Das Thema Sexualität Behinderter ist in der Theorie sehr wichtig geworden. Die Praktiker sind auf dem Weg, das Thema in ihre Arbeit zu integrieren. Denn bisher war das Ansprechen von Sexualität, also die Sexualpädagogik, in vielen Konzepten nicht enthalten.

Elfie Siegel

Zwei Gedanken, die mich als Leiterin dieser Seminare in meiner Praxis begleiten, stelle ich hier thesenartig vor:

Das doppelte Tabu

Bei dem geschilderten Interesse an Austausch spielt es eine große Rolle, daß das Tabu, wenn es um die Sexualität Behinderter geht, ein doppeltes ist. Fortschrittliche MitarbeiterInnen stoßen bei ihren Kollegen, bei Eltern, bei Arbeitgebern Behinderter auf Schwierigkeiten. Da ist noch einiges nachzuholen.

Erstens: Gerade erst – das Jahr der Behinderten ist noch im Gedächtnis – hat es die Öffentlichkeit zur Kenntnis genommen, daß es im gesellschaftlichen Bewußtsein Behinderte geben darf. Im Alltag wird mühsam damit begonnen, öffentliche Einrichtungen „behindertengerecht“ auszustatten. Von einer Selbstverständlichkeit im Umgang mit Leuten, die nicht dem durchschnittlichen Standard mit ihren Körpern und ihren Möglichkeiten entsprechen, sind wir jedoch noch weit entfernt. Das Tabu gegenüber allem „Nichtnormalen“ besteht weiter.

Zweitens: Außerdem gibt es – ganz allgemein gesehen – noch immer das Tabu um die Sexualität. Es wird nicht entschärft da-

durch, daß die Medien sich marktschreierisch um Sexualität zu kümmern scheinen. Dadurch wird eher noch das Tabu verschärft, über Sexualität reflektieren zu können. Wir alle wissen, daß eine Wirklichkeit suggeriert wird, die nicht existent ist. Sexualität wird als etwas geschildert, das in vielfältiger Sicht an besondere Attribute gekoppelt ist.

So erlebe ich, daß die Mehrheit der Seminarteilnehmer sich unfähig fühlt, Sexualität anzusprechen oder auf sexuelle Äußerungen angemessen zu reagieren. Oft können sexualpädagogische Themen nicht im Kollegenkreis thematisiert werden. Viele haben kein Bewußtsein über ihre eigene sexuelle Entwicklung, haben nie gewagt, ihre Geschichte zu überdenken. Ich habe es mehr als einmal erlebt, daß selbst in langjährigen Psychotherapien Sexualität kein Thema sein durfte!

Wenn es also um die Sexualität Behinderter geht, haben wir es mit dem Aufeinander-treffen von zwei Tabus zu tun.

Wenn das stimmt, dann ist es kein Wunder, daß die Nachfrage nach Seminaren zur sexualpädagogischen Weiterbildung für Mitarbeiter in der Behindertenarbeit besonders groß ist.

Neben der Reflektion der eigenen sexuellen Geschichte sind in diesen Seminaren die großen Sachthemen: Sensibilisierung von Körperwahrnehmung, Vor- und Nachteile

der verschiedenen Verhütungsmittel für Behinderte, Kinderwunsch und Diskussion und Information zur Sterilisation Geistigbehinderter (*Pro Familia* Bremen hat nach einem längeren Diskussionsprozeß aller MitarbeiterInnen „Thesen zur Diskussion um die Sterilisation geistig behinderter Menschen“ entwickelt. Das Papier kann angefordert werden!)

Hier will ich keins dieser Themen vertiefen. Dagegen stelle ich einige Überlegungen dazu vor, warum behinderte Jugendliche in ihrer psychosexuellen Entwicklung besonders behindert werden. Und zwar gehe ich auf den Ablösungsprozeß von den Eltern ein. Ich denke, daß diese Ausführungen (verändert) auch auf gettoisierte Behinderte anzuwenden sind, will mich aber ausschließlich auf Jugendliche und junge Erwachsene konzentrieren, die bei ihren Eltern wohnen oder lange gewohnt haben.

Wer einmal mit einer Gruppe betreffender Eltern gearbeitet hat, weiß, wie alleingelassen sich Eltern mit ihren behinderten

Kindern fühlen. Bietet man sich als GesprächspartnerIn an, muß erstmal die Konfrontation mit der Frustration dieser Eltern ausgehalten werden. Sie sind mit ihrer Erziehungsarbeit wenig anerkannt, und sie wissen es. Sie fühlen sich alleingelassen und haben sich mit ihren Kindern zurückgezogen. Dadurch entsteht oft ein besonders symbiotisches Mutter-Kind-Verhältnis. Für Nichtbetroffene ist dann leicht, über das glückhafte überbeschützende Verhalten von Eltern Behinderter zu diskutieren . . .

Zum Ablösungsprozeß behinderter Jugendlicher von ihren Eltern

Dies war mir wichtig vorzuschicken, bevor ich jetzt darauf komme, warum (geistig)behinderte Jugendliche in ihrer psychosexuellen Entwicklung besonders behindert sind.

Zu einer gelungenen psychosexuellen Entwicklung sind die Schritte von den Eltern weg und eine Orientierung auf andere Menschen, andere Werte wichtig. Dazu gehört oft zunächst ein Abwerten der eigenen Familie/Eltern. Diesen Prozeß des *Auseinander-Setzens* können behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene oft nicht leisten. Überhaupt sind sie mehr oder weniger darauf angewiesen, daß die Eltern sie bei ihren Schritten „ins Leben“, ins Erwachsenwerden begleiten. Für die Eltern ist es aber schwer möglich, diese Schritte von ihnen weg einzuleiten, zu begleiten. Einerseits fällt es ihnen – wie anderen Eltern auch – schwer, den Abnabelungsprozeß ihrer Kinder zu unterstützen. Andererseits ist es schier unmöglich, die Kinder auf dem Weg von ihnen weg zu begleiten. Das eine schließt das andere aus.

Dadurch, daß behinderte Jugendliche oder junge Erwachsene oft nicht diesen Prozeß von ihren Eltern weg selbständig machen können, fehlen ihnen wichtige Erfah-

„Es wird ja sowieso keinen Partner finden . . . !“

Die mangelnde Sexuaufklärung ist nicht nur ein Problem von Eltern Behinderter. Hier kommt jedoch ein behindertenspezifisches Problem hinzu, daß nämlich Eltern Behinderter ihr Kind nicht aufklären, weil sie denken: „Es wird ja sowieso keinen Partner finden“. Eltern meinen tatsächlich, ihr Kind werde keine sexuellen Gefühle und Wünsche entwickeln, wenn sie nicht davon sprechen. Sie sind dann ganz erstaunt, daß sie die Wünsche nur steigern, weil das Unbekannte, Verschwiegene, Tabuisierte ja besondere Sensationen verspricht.

Eine behinderte Ehefrau schilderte mir einmal sehr anschaulich, daß mangelnde (oder fehlende) Aufklärung mit der Ablehnung der Behinderung in Zusammenhang steht: „Ein Thema war bei uns immer tabu, die Sexualität. Ich wurde von meinen Eltern nie aufgeklärt. Als ich in das Rehabilitationszentrum kam und dort die Berufsschule besuchte, wurden wir gut aufgeklärt. Als ich das freudestrahlend meiner Mutter erzählte, daß ich jetzt aufgeklärt sei, sagte sie nur: „Na, dann weißt du ja, was du nicht zu tun hast.“

Doch damit ist die Geschichte noch nicht zu Ende: „Als ich dann verheiratet war und mal wieder zu einem Frauenarzt gehen wollte, um die Bestätigung zu bekommen, daß ich auch wirklich gesunde Kinder bekommen kann, bekam ich diese Bestätigung auch von diesem Arzt. Ich war überglücklich und rief sofort meine Mutter an und erzählte es ihr. Ihre Antwort auf diese für mich sehr schöne Nachricht: „Wenn das geschieht, dann ist das mein Tod.“

Eine behinderte Frau (Muskelschwund) berichtet, ihre Eltern und Geschwister glaubten, sie hätte nie sexuelle Gefühle, wisse nicht mal, was das sei. Treffe sie sich zu Hause mit einem (nicht-behinderten) Mann, stürze immer wieder ein Familienmitglied ins Zimmer, nicht, um „sexuelle Handlungen“ zu verhindern, nein, aus Ahnungslosigkeit, weil niemand daran denkt, sie könnte sich küssen oder gar mit Petting beschäftigen.

Ihr Verhältnis zur Sexualität ist folgerichtig angstbesetzt: „Petting im Rollstuhl ist bereits schwierig, noch dazu, wenn man ein

Stützkorsett tragen muß. Läßt man es sich ausziehen und zieht es irgendwie anders wieder an, fällt es später sofort zu Hause der lieben Mutter auf. Einer Mutter, die nichts wahrhaben will, solche Momente zu schildern, ist für meine Begriffe schlimmer als vor einem Mann nackt zu liegen und sich zum erstenmal überhaupt hinzugeben“.

Wo Sexualität negativ besetzt ist (auch kein behindertenspezifisches Problem), werden Liebe und Sexualität zum Gegensatz erklärt: „ . . . ich leide nicht sonderlich darunter, daß ich mich nicht auf dem Sex-Gebiet abreagieren kann, aber ich sehne mich danach, in den Arm eines Mannes genommen zu werden, der mich irgendwie trösten kann, der meine Hand hält, der mich streichelt, der an mich denkt, für mich da ist, mit dem ich über alles reden kann, der versucht, mich zu verstehen“.

Besonders die Eltern geistig Behinderter tun sich schwer, anzuerkennen, daß ihr „Kind“ ein Mensch mit sexuellen Bedürfnissen ist. Manchmal sollen sogar Psychopharmaka die sexuellen Bedürfnisse eindämmen: „Unser behinderter Sohn, 24 Jahre alt, wird mit seinen Problemen nicht mehr fertig. Er möchte auch eine Freundin, er möchte heiraten und ein Baby haben wie seine Schwester und sein Schwager. Es kommt kein anderer Gedanke bei ihm auf, er redet den ganzen Tag ununterbrochen darüber. Ich versuche immer wieder, es ihm auszureden, aber dann bekomme ich zur Antwort: „Sag’s doch gleich, daß wir dumm sind und uns niemand will“. Mein Sohn ist nicht sehr behindert und sehr unglücklich über seine Situation. „Wenn ich gewußt hätte, daß ich so bin, dann hätte ich lieber gar nicht leben wollen“, ist ein häufiger Ausspruch von ihm. Das bedrückt mich natürlich sehr. Wie könnte man ihm helfen? Welche Erfahrungen haben Sie? Gibt es ein Mittel, das die sexuellen Wünsche etwas dämpfen kann, ohne ihm gesundheitlich zu schaden und die übrigen Reaktionen zu stark zu beeinträchtigen?“

Aus: Ernst Klee: Behindert. Über die Enteignung von Körper und Bewußtsein. Ein kritisches Handbuch, Fischer Taschenbuch, Frankfurt a. M. 1987

rungen haben wir *ohne* unsere Eltern gemacht, und zwar dieses Austesten: „Wer bin ich? Wer sind die anderen? Wer bin ich in bezug auf die anderen?“ Dieser wichtige Prozeß auf dem Weg ins Erwachsenwerden und zur Definition der eigenen geschlechtsspezifischen Individualität lief zumeist in der sogenannten Peergroup. Da haben wir Aufregendes, Freudiges, Trauer und Enttäuschungen erlebt. Auf unserem Weg zu erfahren, wer wir sind, war dies alles wichtig. Viele Geistigbehinderte (und auch Körperbehinderte) haben gar keine oder wenig Gelegenheit, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten in einer Peergroup „auszutesten“. Und zwar meine ich dieses spannende Ausprobieren, das nie unter den Blicken von Eltern, Betreuern, Erziehern und wie sie alle heißen stattfinden kann.

Zum Tabu, das in unserer Gesellschaft um die Sexualität besteht, kommt noch das immer wieder beobachtbare Tabu um die Sexualität der jeweils anderen Generation. Gemeint ist: Mütter und Väter können sich oft nur schwer damit abfinden, daß ihr Kind Sexualität hat und/oder der sexuelle Partner eines anderen ist. Umgekehrt können viele „Kinder“ kaum gefühlsmäßig realisieren, daß ihre Eltern sexuelle Wesen sind. Die Realisation über den Kopf geht vielleicht gerade noch. Aber das innerpsychische Bewußtsein ist hier bei den allermeisten von uns überfordert. (Eine Seminarteilnehmerin erzählte mir, daß sie als Kind und noch als Jugendliche sehr stolz auf ihre Eltern war, weil „sie es nur einmal gemacht“ hätten – sie war nämlich Einzelkind).

Also: Wollten wir dieses sexuelle Tabu zwischen den Generationen annehmen, hätten wir die zweite, warum es Eltern schwerfallen muß, ihr Kind bei seiner sexuellen Entwicklung zu unterstützen.

Möglicherweise ist dies eben Ausgeführte ein Grund dafür, warum es sich manche Eltern behinderter junger Erwachsener nicht vorstellen könnten oder wollen, daß ihre Kinder sexuelle Wesen sind und daß sie alles dafür tun, um ihre Kinder daran zu hindern, sexuelle Erfahrungen zu machen.

Ich möchte mit diesen Ausführungen ein paar „Anreißer“ zum Diskussionsprozeß bei der Beschäftigung mit dem Thema Sexualität Behinderten geben. Vieles kann weiter ausgeführt, begründet und diskutiert werden. Zum Beispiel bleibt die Überlegung, wozu das sexuelle Tabu gut ist, welche Existenzberechtigung es hat, und so weiter . . .

Elfie Siegel, Sexualpädagogin bei der Pro Familia Bremen, Weiterbildung für Multiplikatoren im Suchtbereich, im Behindertenbereich, zur Kinder- und Jugendsexualität und in der Altenarbeit.

Pro Familia Berlin

Konzept zur Integration

Eine Ärztin, eine Sozialpädagogin und eine Sozialarbeiterin haben bei der Pro Familia Berlin eindrucksvolle Konzepte und Arbeitsformen zur Integration Behinderter entwickelt. Ein Versuch, den ganz unterschiedlichen Bedürfnissen und Problemen geistig und/oder körperlich behinderter Menschen in vielfältiger Form zu entsprechen.

„Man kann nicht über Sexualität von geistig Behinderten reden, ohne die Betroffenen, soweit sie die Voraussetzungen dafür haben, selbst zu befragen, ohne ihre Meinungen, Wünsche, Sehnsüchte zu kennen, ohne ihre Bedürfnisse behutsam zu erforschen und wachsam zu beobachten.“
(Silvia Görres – Überlegungen einer betroffenen Mutter)

Ausgelöst durch die politische Diskussion über Gesetzgebung, die die Sterilisation bei Menschen mit geistiger Behinderung neu reglementieren sollen, wurde *Pro Familia Berlin* um Stellungnahme gebeten. So nahmen wir verstärkt an Öffentlichkeitsveranstaltungen wie Podiumsdiskussionen, Elternabenden . . . teil, und intensivierten die Kontakte zu bestehenden Eltern- und Arbeitskreisen. In diesem Zusammenhang stellten wir fest, daß umfassende Sexual- und Sexualpädagogische Beratungsangebote und Fortbildungen in Berlin stark unterrepräsentiert sind. Unsere täglichen Erfahrungen und Beziehungen wiesen in diesem Bereich große Defizite an Information, Beratung, Auseinandersetzung und Orientierung auf. Speziell Angehörige und Betreuungspersonen (Eltern, Erzieher, Lehrer, Psychologen, Ärzte) wünschten und wünschten sich Unterstützung und Hilfe beim Umgang mit individuellen Lebenssituationen der von ihnen abhängigen Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Die bisherigen Mitarbeiterinnen konnten die Erweiterung der Arbeit ohne zusätzliche personelle Aufstockung nicht leisten, eine daraufhin beantragte ABM-Stelle wurde im September 1988 bewilligt.

Unser Interesse ist es, bei dieser Arbeit nicht „auszusondern“, vielmehr dazu beizutragen, behinderten Menschen in die allgemeine Gesundheitsversorgung zu integrieren. Für behinderte Menschen gilt, daß sie zweifach von gesellschaftlicher Tabuisierung betroffen sind: „Einerseits werden sie in gesellschaftliche Randbereiche abgedrängt, zum anderen ist die Tabuisierung *behinderter Sexualität* noch krasser als die der *normalen Sexualität*. In der Sexualpädagogik wollen wir durch Wissensvermittlung und Selbsterfahrung/Reflexion präventiv, aufklärend und entwicklungsfördernd wirken. Hierbei erleben wir in der Auseinandersetzung die Suche nach einer selbstbestimmten Identität. So sind z. B. die Förde-

rung von Kreativität, Phantasie und Kritikfähigkeit und das Entwickeln eigener Maßstäbe wichtige Ziele.

Unsere Arbeit hat die Aufgabe, Selbstbestimmung realisieren zu helfen. Dem liegt eine bejahende Einstellung der sexuellen Vielfalt zugrunde, was eine größtmögliche Freizügigkeit in der Zulassung dieser Bedürfnisse mit einschließt. Der geistig und/oder körperlich behinderte Mensch erfährt allerdings Begrenzung durch seine Behinderung und seinen äußeren Lebensrahmen (Elternhaus, Vormundschaft, Heim . . .). Wir wollen gemeinsam mit dem Umfeld (Eltern/Betreuer) und dem Behinderten die potentielle Möglichkeit schaffen, seinen Fähigkeiten und Wünschen entsprechend Sexualität zu erleben und leben zu können. Wir sind uns dessen bewußt, daß dieser Anspruch in seiner Gesamtheit nicht verwirklicht werden kann, sondern nur Teilbereiche verändert werden können. Daraus ergeben sich für uns folgende Arbeitsformen:

Sozialmedizinische Sprechstunde:

Neben unseren bisherigen Sprechstunden haben wir seit Anfang Januar 1989 eine zusätzliche spezielle Sprechstunde eingerichtet. In dieser Zeit beraten wir nach vorheriger Anmeldung schwerpunktmäßig medizinisch, z. B. Gyn. Beratung und Untersuchung, Humangenetische Beratung, Verhütungsberatung, Schwangerschaftsbetreuung (Ausnahmen), hier wird den Betroffenen mehr Raum für ihre individuellen Ansprüche gegeben.

Sexualpädagogische Reihen für geistig und/oder körperlich behinderte Menschen:

Das hier erarbeitete Konzept orientiert sich an der Individualität und alltäglichen Wirklichkeit der einzelnen Teilnehmer und begrenzt sich in seiner Erreichbarkeit im verbal-nonverbalen Zugang zu ihnen. Dadurch unterliegen zielgruppenspezifische Arbeitsmethoden und Materialien laufenden Veränderungen. Das inhaltliche Vorgehen verknüpft den Lernaspekt mit dem Lebensaspekt. Nicht Anstrengungen, sondern Spiel steht im Vordergrund. Unsere Vorbedingungen an die jeweilige Institution sind: – mindestens fünf aufeinander aufbauende Veranstaltungen u. a., um dem Entstehen einer gewissen Vertrautheit in der

Gruppe Raum zu geben, Themen in Wiederholungen zu festigen. – Mitarbeit, d. h. Einbeziehung der Betreuer zumindest in der Vor- u. Nachbereitung (Zukunftsziel ist Weiterführung und Vertiefung der erarbeitenden Themen). Dieser Arbeitsbereich bringt viel Freude und Intensität und motiviert MitarbeiterInnen der Institutionen zur intensiveren Zusammenarbeit. Inzwischen geben wir Anleitung zu Sexualpädagogischen Reihen, die sie selbst in ihrem Arbeitsfeld einsetzen. Die Tätigkeit hält uns in einem Stadium des fort dauernden Ausprobierens. Hier einige reflexive Gedanken: „– was nimmt der/die Behinderte wahr, wo sind ihre/seine Grenzen und wo unsere –, unsere Abgrenzung gegenüber dem Auftraggeber und seinem Anspruch, seiner Erwartungshaltung. These „Wir sind die *Experten*, wir sollten in kurzer Zeit die Defizite, die durch die tabuisierte Sexualität entstanden sind, abdecken“; Gegenthese „*Betreuer müssen* lernen ihr eigenen *Expertentum* zu erkennen, annehmen und zulassen, was natürlich Unterstützung und Hilfe von Außen mit einschließt“.

Einzelberatungen

Individuelle Probleme, die in den Einzelberatungen zur Sprache kommen, sind u. a. Sehnsucht nach Partnerschaft, Kennenlernen des eigenen und gegengeschlechtlichen Körpers. Kinderwunsch, medizinische Fragen (med. Eingriffe), z. B.: ich kann kein Kind bekommen, warum? – Warum bekomme ich die Spritze? (Dreimonats-spritze). – Ich habe Angst vor Aids! Das Gespräch muß die Gesamtheit der Person in ihrer Behinderung mit ihren Fähigkeiten und Grenzen erreichen.

Beratungssprechstunden in den Einrichtungen (z. B. Jugendwerkheim, Schule)

Eine Mitarbeiterin von uns steht in einem bestimmten Zeitraum für Gespräche zur Verfügung, d. h. der/die Betroffene kann in ihrer/seiner Institution direkt eine Gesprächsmöglichkeit finden. Diese Sprechstunde entwickelte sich aus dem Bedürfnis der Betroffenen, aus vorhergegangenen Sexualpädagogischen Reihen, Elternabenden und der vertrauensvollen Zusammenarbeit mit der Institution.

Elternarbeit

Eltern, denen wenig Zeit zur eigenen Reflexion gegeben ist, da sie ihre ganze Kraft und Liebe der Versorgung und Erziehung ihrer Kinder zur Verfügung stellen, wird hier die Möglichkeit gegeben, sich selbst einzubringen. Unser Anliegen ist es, ihnen Stärke zu vermitteln, offen ihre Situation anzugehen, zu bejahen oder zu verändern.

Wir versuchen, sie zu unterstützen und ihnen Mut zu machen, die Sexualität d. h. Identitätsfindung ihrer Kinder zuzulassen. Wir erleben dabei häufiger, daß der für die Kinder notwendige Ablösungsprozeß von

den Eltern „behindert“ wird. Diffuse Trennungsängste, die durch die alles erfüllende Lebensaufgabe entstehen, können ein Erwachsenwerden der Kinder verhindern; das Kindsein manifestiert sich. Bei Elternabenden wurde immer wieder die Erfahrung gemacht, daß gestellte Fragen nicht immer auf Informationen hinzielen, sondern auf Lösungsmöglichkeiten für emotionale und normative Konflikte. Auf dieser Ebene liegen u. a. die Hemmungen z. B. Beratungsangebote wahrzunehmen oder kognitiv aufgenommenes Wissen umzusetzen.

Multiplikatorenarbeit

Erstrebte wird die Verbesserung der sozialen Kompetenz im Umgang mit sexuellen Themen und den möglichen Konfliktsituationen, sowie Sensibilisierung der Wahrnehmung eigener Einstellung und persönlicher sexueller Sozialisation. Einige Ziele der Multiplikatorenarbeit: – Sensibilisierung für die eigene Entwicklung, Ängste und Schwierigkeiten, die im Zusammenhang mit Sexualität und Behinderung auftreten können. – Erkennen von Zusammenhängen zwischen Reaktion auf Behinderung und eigenem Umgang mit Sexualität – Einfühlungsvermögen für unausgesprochene Fragen der Behinderten zu schaffen und mit der entsprechenden Empathie darauf einzugehen. – Annehmen der eigenen Rolle. – Vermittlung von relevantem Sachwissen. – Vermittlung sexualpädagogischer Methoden und Medien, sowie deren Um- und Einsetzbarkeit.

Das Essentielle dieser Arbeit ist die Verknüpfung von kognitiven und emotionalen Aspekten und ein Verständnis von Sexualität auf dem Hintergrund soziokultureller Zusammenhänge, geprägt durch das soziale Bezugssystem.

Wir haben unterschiedliche Konzepte für die Multiplikatorenarbeit entwickelt. – Offen ausgeschriebene Fortbildung, d. h. MitarbeiterInnen aus dem Behindertensbereich unterschiedlicher Institutionen werden angesprochen. – Interne Fortbildung eines Arbeitsteams. – Praxisberatung. – Krisenintervention. Bei Konzeption und Durchführung der einzelnen Fortbildungsveranstaltungen gehen wir, von unseren herausgearbeiteten Prinzipien und Zielen aus, die – als Handlungsanweisungen umgesetzt (Methoden) sehr flexibel und verteilt zur Anwendung kommen. – Fortbildung orientiert sich an den Bedürfnissen der TeilnehmerInnen. – Sexualität zieht sich als zentrales Thema durch alle Arbeitsbereiche. – Sexuelles Erleben ist ein Bereich menschlicher Erfahrungen, der alle betrifft (TeilnehmerInnen und TeamerInnen), daher ist für uns Selbsterfahrung ein wesentlicher Bestandteil. – Fortbildung im Team hat Auswirkungen auf Kommunikation und Zusammenarbeit des

Teams. Unser Sexualpädagogisches Konzept entwickelt sich auf induktive Weise weiter (fortlaufender Rückkoppelungsprozeß).

Praxisberatung und Krisenintervention

MitarbeiterInnen aus den unterschiedlichsten Institutionen stehen oft vor Entscheidungskonflikten, deren Lösung erschwert wird durch eigene Nähe zum Problem, durch tatsächliche oder antizipierte Erwartungen (Bewohner, Eltern, Kollegen, Leitung) und durch Befürchtungen im Hinblick auf die Folgen von Entscheidungen. Praxisberatung ist problemorientiert, d. h. wir arbeiten spezifisch an eingegrenzten Fragestellungen aus der aktuellen Arbeits- und Temasisituation.

Durch unsere Praxis wird uns die Notwendigkeit von präventiver Arbeit immer deutlicher. In dem wachsenden Vertrauen, das uns entgegengebracht wird, werden auch Themen zugelassen, die bisher verdrängt und vor der Öffentlichkeit bedeckt gehalten wurden. Hierzu gehören insbesondere die Themen Sterilisation bei Minderjährigen und nichteinsichtsfähigen Menschen mit geistiger Behinderung und das Thema sexueller Mißbrauch und Gewalt. Das Thema Mißbrauch, das zunehmend in das öffentliche Bewußtsein gerät, und von dem sich viele persönlich wie fachlich überfordert fühlen, motivierte uns, einen Arbeitskreis „Sexueller Mißbrauch und Gewalt im geistig behinderten Bereich“ zu initiieren. Sexueller Mißbrauch und Vergewaltigung von behinderten Menschen ist ein Tabu im Tabu zum Thema „Sexuelle Gewalt“. Behinderte Menschen tauchen in keiner hierzu entwickelten Statistik auf. Für geistig und/oder körperlich behinderte Kinder und Erwachsene gibt es kaum Möglichkeiten, über das an ihnen Ausgeübte zu reden. Dafür gibt es verschiedene Gründe, z. B. das Fehlen von Vertrauenspersonen, die ihnen Glauben schenken, die Abhängigkeit von Bezugspersonen in allen Lebensbereichen, genau so, wie fehlendes Sprachvermögen (geeignetes Vokabular).

Leider fehlt es uns an Zeit! Wir wünschen uns viel! Für mehr Öffentlichkeitsarbeit (Medienarbeit, Mitarbeit im Arbeitskreis Betreutes Wohnen für Mutter und Kind, überregionale Kontakte zu pflegen, Teilnahme an Kongressen). Und an finanziellen Mitteln fehlt es auch (zur Herausgabe einer Broschüre, Weiterentwicklung von Arbeitsmaterialien, Personalmittel) und letztendlich an individueller Zeit, um im Sinne des zu Anfang gestellten Zitats Fragen zu erkennen, zu verinnerlichen und eine Antwort zu finden.

Monika Hallstein (Sexualpädagogik)
Dr. Ingrid Kämmerer (Medizin)
Petra Winkler (Sozialarbeit)

Partnerschaft

„Wir lernten uns ohne Erwartungen kennen, und wir nahmen einander an.“

Gibt es das überhaupt, eine glückliche Partnerschaft zwischen einem Behinderten und einer Nichtbehinderten? Es gibt! Welche inneren und äußeren Voraussetzungen da sein müssen, damit eine solche Beziehung gelebt werden kann, schildert dieser Dialog, der in der Zeitschrift „Das Band“ (Heft 3/4-89) erschienen ist.

Jochen Stelzer
Ursula Schmitt

Bevor Sie das Nachfolgende lesen und auf sich wirken lassen, möchten wir Ihnen einige Fragen stellen: Glauben Sie, daß Partnerschaft zwischen „ungleichen“ Partnern möglich ist? Glauben Sie, daß eine glückliche Partnerschaft gelebt werden kann, wenn einer der Partner in Abhängigkeit vom anderen steht? Glauben Sie, daß man mit einer permanenten Belastung für einen der Partner ein gemeinsames Leben aufbauen und führen kann? – Fragen, die noch nichts mit Behinderung zu tun haben und in die sich jeder hineindenken oder die er aus seiner eigenen Erfahrung beantworten kann.

Für Ursula und für mich bedeuten diese existentiellen Fragen aber die Suche nach tragfähigen, gültigen, wirklichkeitsnahen Antworten für unser gemeinsames Leben, für ein gemeinsames Leben, das immer und in zunehmendem Maße unter der übergroßen Belastung meiner progressiven Muskeldystrophie (Muskelschwund) steht, dem dritten, ungeliebten Partner in unserer Beziehung!

Der trügerische Glaube an vorhandene Antworten auf die oben genannten Fragen ist keine solide Basis für eine belastungsfähige Partnerschaft.

Ganz im Gegenteil: Dieser Glaube führt in eine scheinbare Sicherheit, schon auf alle Partnerschaftsfragen eine gültige Antwort zu wissen. Eine Partnerschaft kann kaum mit vorgefaßten Meinungen und „Schubladendenken“ gelebt werden! Wir müssen uns immer aufs neue den täglichen Anforderungen stellen und immer nach besseren Antworten suchen.

*

Ursula (28 Jahre) und ich, Jochen (37 Jahre), möchten im folgenden zum Nachdenken über Partnerschaft, Erwartungen, Lebensplanung, Sich-Kennenlernen, Angste, Liebe, Zukunft und Vergangenheit einladen.

Begegnungen und Kontakte mit dem sozialen Umfeld – und das bedeutet für jeden Menschen etwas anderes – sind die ersten Voraussetzungen für ein Kennenlernen von Menschen. Die Voraussetzungen für diese Begegnungen wiederum sind nicht ein Leben in einem selbstgebauten Schneckenhaus, in einer überbehüteten, fremdbestimmten Lebenssituation, sondern treffen nur ein, wenn man es schafft, aus sich und aus seiner Wohnung herauszugehen – mit dem Ziel, am gesellschaftlichen, sozialen und kulturellen Leben teilzunehmen und sich einzubringen. Jeder muß den ersten

Schritt auf diesem Weg tun, um Menschen kennenzulernen, um sich kennenzulernen, um mit einer Behinderung, einer Benachteiligung umgehen zu lernen!

Es geht darum, sich anzunehmen, so wie man ist! Und das gilt nicht nur für einen Behinderten! Sich täglich aufs neue der Welt der Nichtbehinderten stellen zu wollen und stellen zu müssen, macht stark, selbstsicher und zeigt uns unsere Grenzen und unsere Möglichkeiten auf. Ich kommuniziere – mit der Umwelt, mit den Menschen und mit mir. Je mehr Menschen ich durch diese aktive Lebenshaltung begegne, desto mehr Chancen habe ich, diese Begegnungen zu vertiefen und daraus Bekanntschaften, Freundschaften, Partnerschaften und Liebe wachsen zu lassen. Je größer mein „Kontaktradius“ ist, umso wahrscheinlicher ist es, einen „Schnittpunkt“ mit einer Stelle auf der „Kreislinie“ zu finden; das heißt: es begegnen mir mehr Menschen, von denen ich sagen kann, daß sie auf meiner Wellenlänge schwimmen. Daher ist die Frage: „Wie finde ich meinen Partner – wie suche ich ihn?“ absolut an der Wirklichkeit vorbei gestellt und spiegelt eine falsche Erwartungshaltung wider. Man findet keinen Partner, so wie man ein verlorengegangenes Schlüsselbund findet, und man sucht auch keinen Partner, so wie man eine passende Krawatte zu einem Hemd sucht. Es ist eine „Entwicklungsgeschichte“ im wahrsten Wortsinn. Ein Weg von Bekanntschaft über Freundschaft bis hin zu einer Liebes- und Partnerschaftsbeziehung.

– Anzeige –

Pro-Familia-Zentrum Kassel sucht ab Januar 1990

Frauenärztin oder Ärztin mit gyn. Erfahrung

zur Durchführung von ambulanten Schwangerschaftsabbrüchen und gyn. Nachuntersuchungen von 1–2 Tagen pro Woche, ca. 10–15 Stunden, Vergütung entspr. BAT. Bewerbungen bitte an:

Pro Familia, Frankfurter Str. 133a, 3500 Kassel
(Tel. 05 61/2 74 13)

Autonomes Frauenhaus Stuttgart sucht zum
1. April 1990 qualifizierte

päd. Mitarbeiterin

für den Kinderbereich als Vertretung für
Erziehungsurlaub.

30 Stunden wöchentlich, BAT 4 b.

Bewerbungen an:

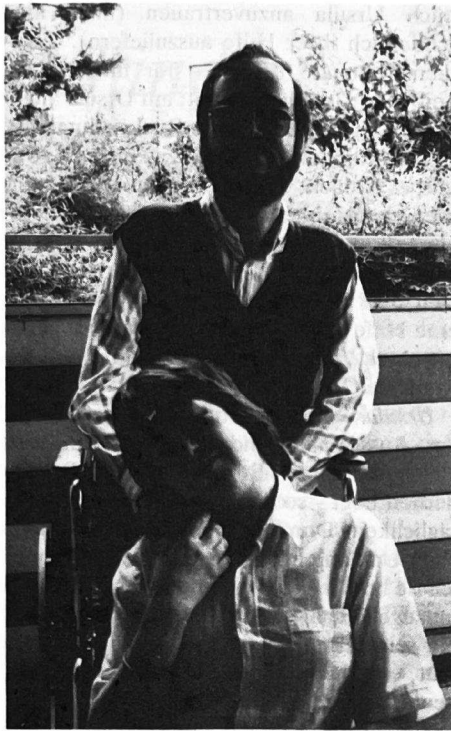
Frauen helfen Frauen e. V., Postfach 50 03 25,
7000 Stuttgart 50

Jochen: Meine Behinderung stand lange Zeit als ein Alibi für meine Angst, mich als Mann mit Gefühlen, Sehnsüchten, ungelebten Zärtlichkeiten zu empfinden. Mit Ausreden konnte ich mich und andere belügen und schützte mich vor ablehnendem Verhalten. Erwartungen und Angst vor Ablehnung stießen sich; ein Konflikt, der mir sehr zu schaffen machte. Irgendwie war es, als ob eine Scheuklappe vor dem Verstand hing. Stur rollte ich auf das Ziel los: Freundin/Partnerschaft. Was sich neben und hinter mir abspielte und an Möglichkeiten vorhanden war, sah ich nicht. Mit meinen Erwartungen und vorgefaßten Meinungen blockierte ich mich selbst und legte mir riesige Hindernisse in den Weg. Enttäuschungen waren vorprogrammiert und stellten sich prompt ein. Erst als ich diesen Mechanismus von lähmenden Erwartungen – treibender Sehnsucht – schützenden Ausreden durchschaute, konnte ich freier und unvoreingenommener mit meinem Partnerschaftswunsch umgehen.

Ursula: Man sollte in dem Partner immer zuerst den ganzen Menschen sehen und erst zuletzt die „Schwachstellen“ oder, wie ein Seminarteilnehmer bemerkte, „... den Strickfehler im sonst so perfekten Pullover“. Das setzt zweierlei voraus und hinterfragt zwei Standpunkte. Erstens: Wie weit habe ich als Behinderter meine Behinderung akzeptiert und stehe zu ihr? Zweitens: Kann ich als Nichtbehinderter mit Behinderten angstfrei und ohne Hemmungen umgehen? – Ich könnte mir vorstellen, daß die zu starke Bewertung der Behinderung die Beziehung unnötig belastet, wenn man diese Frage nicht positiv für sich geklärt hat. Das soll bitte nicht heißen, daß man seine Krankheit, Behinderung oder sein Anderssein verleugnen soll! Es soll heißen, daß es für den nichtbehinderten Partner umso leichter ist, mit diesem „Strickfehler“ fertig zu werden, je natürlicher und selbstverständlicher der Behinderte selbst damit umgeht.

Jochen: Nun mal konkret, wie war das, als wir uns vor sieben Jahren begegneten?

Ursula: Aus Interesse besuchte ich eine Veranstaltung des Dritte-Welt-Kreises einer Nachbargemeinde. Wenn ich mich auch nur noch dunkel daran erinnern kann, wurde ich nach dem „offiziellen“ Teil zu einem Nachgespräch ins Pfarrhaus eingeladen. Mit Bestimmtheit kann ich aber sagen, daß Jochen mir damals nicht wegen seines Rollstuhl auffiel, sondern daß mir seine Art zu reden, seine Gelassenheit und sein Aussehen durchaus sympathisch waren. Um mit Jochen weiterhin in Kontakt zu bleiben, begleitete ich ihn, ich auf dem Fahrrad, er in seinem elektrischen Rollstuhl, nach Hause. Es überraschte mich, daß wir uns auf Anhieb so gut verstanden. Nachdem wir unsere Adressen ausgetauscht hatten, „mußte“ ich



Jochen ganz impulsiv zum Abschied umarmen. Vielleicht ist es ja auch interessant, zu erfahren, wie du diesen Abend im Gedächtnis hast.

Jochen: Wenn ich mich an den Abend erinnere, dann steht im Mittelpunkt „unser Abschied“. Mich machte recht stutzig, daß Ursula mich so ohne „Notwendigkeit“ bis nach Hause begleitete. Die Art, wie wir uns unterhielten und wie wir uns in den wenigen Minuten näher kamen, machte mich unsicher und aufgeregt zugleich. Und als Ursula mich zum Abschied herzlich umarmte, brachte das meine Gefühle arg durcheinander. Es verblüffte mich, wie schnell herzliche Nähe entstanden war. In den folgenden Monaten und Jahren entwickelte sich ein guter kameradschaftlicher Kontakt, den wir durch Briefe, Anrufe und Verabredungen pflegten. Immer wieder verblüffte mich die stärker werdende Nähe, Offenheit, Sensibilität für das Leben des anderen. Mein Rollstuhl, genauer meine Behinderung, war bei den unterschiedlichen Kontakten kaum ein Hindernis, und die Art, wie Ursula mit mir „umging“, machte es mir leicht, diese sich vertiefenden Kontakte auch aktiv mitzugestalten. Da wir beide einen ganz schön bewegten und ausgefüllten Alltag lebten, fand sich immer reichlich Schreib- und Gesprächsstoff und dadurch die Chance, sich ein Stück weiter und besser kennenzulernen. Für mich war das ganz wichtig, denn mit dem „Kopf“ fühle ich mich gleichwertig mit Ursula, was körperlich nicht der Fall ist.

Ursula: Wenn ich in Marl war, besuchte ich Jochen auch zu Hause, aber mich störte immer, daß er nicht allein war. Er teilte sich

im Haus seiner Eltern ein Zimmer mit seinem jüngeren, gleichfalls behinderten Bruder. Die Situation änderte sich, als Jochen nach langem Suchen eine eigene, rollstuhlgerechte Wohnung bekam. Ich besuchte Jochen nun häufiger, aber die Sache hatte einen „Schönheitsfehler“: Statt der Familie waren jetzt Zivildienstleistende da. Wir waren viel zu selten für uns, der anwesende ZDL „behinderte“ uns beim Vertiefen unserer Freundschaft und ließ kaum eine intime Atmosphäre entstehen. Es war immer ein dritter Mann in der Wohnung! – Irgendwann faßte ich mir ein Herz und blieb bis nach Dienstsluß des ZDL bei Jochen.

Jochen: So im Rückblick kann ich feststellen, daß das Wagnis einer eigenen Wohnung eine wesentliche Voraussetzung für neue Lebensmöglichkeiten war. Obwohl ich eingestehen muß, daß ich zum damaligen Zeitpunkt an eine feste Partnerschaft nicht mehr recht glaubte und mir keine funktionierende Zweierbeziehung mit einer Zukunftsperspektive ausmalen konnte. – Unbemerkt und ohne daran aktiv zu arbeiten, legte ich meine „Scheuklappen“ ab und machte mich freier für „unvorbelastete“ Kontakte. Ich entkrampfte mich und lernte Seiten meiner Persönlichkeit kennen, die vorher brach lagen und unbekannt in mir schlummerten. Ein deutlicher Reifeprozess, der mich stärkte, selbstsicherer und freier machte! Die Abnabelung vom Elternhaus und das eigenverantwortliche „Stehen auf den eigenen Beinen“ scheint mir eine, wenn nicht die wesentliche Voraussetzung für den Start in eine Partnerschaft zu sein.

Irgendwie konnte ich nicht richtig einschätzen, wie eine Frau mit mir und mit meinem Muskelschwund umgehen würde. Die immer umfangreicher werdenden Hilfen und der eingeredete, sich verkleinernde Aktionsradius führten mich bei meinen Überlegungen immer wieder zu dem Punkt: Kann und darf ich einer Frau eine solchermaßen belastende Partnerschaft zumuten? Kann es eine gleichwertige Partnerschaft mit mir überhaupt geben, wenn die spezifischen Anforderungen so ungleich verteilt und einseitig sind? Und immer wieder stieß sich mein anerzogenes Männerbild mit all den eingeredeten Erwartungen an der Erkenntnis, daß aich diese Erwartungen nicht erfüllen kann. – Bin ich als behinderter Mann überhaupt attraktiv für Frauen? Kann ich die Konkurrenz zu den vielen nichtbehinderten Männern bestehen? – Ohne es zu merken, schob ich den Frauen meine „Meßlatte“ unter und definierte Erwartungen von Frauen an Männer. – Meine „Meßlatte“ war eine männliche „Meßlatte“ und ich ließ unbeachtet den Frauen kaum Raum, sich selbst in eine Beziehung einzubringen. Dabei dachte ich mit fester Überzeugung, partnerschaftsfördernde Ansichten und Einsichten in eine

Beziehung einbringen zu können. – Mittlerweile ist mir klar, daß ich durch meine Erwartungen, durch „meine Meßlatte“, Kriterien für einen Menschen definierte und ihm so keine Chance gab, er selbst zu sein. Erst recht spät ging ich einen wesentlichen Schritt in Richtung Partnerschaft. Wenn ich das auf einen Nenner bringen soll, stehen dafür die Umschreibungen „Lebensplanung/Partnerschaft“ und „Sexualität/Gefühle zulassen“. Beide Umschreibungen haben auch mit Ursula zu tun.

Ursula: Wir gingen unsere Partnerschaft mit keinem festen Konzept an, jeder muß lernen, immer wieder neu lernen und sich überprüfen. Die früheren Partnererfahrungen, sofern sie diesem Anspruch gerecht wurden, lagen eher lastend als helfend auf uns. Nicht ohne Reibungsverluste versuchten wir, Schritte auf den anderen hin zu gehen, schwankten zwischen dem übermächtigen Wunsch nach Nähe und der blockierenden Angst vor vereinnahmender Nähe, in der sich der Einzelne aufgibt oder unterdrückt fühlt. Die täglichen Belastungen, die sich aus dem Muskelschwund ergeben, lassen die Waage oft stärker auf Jochens Seite hin ausschlagen, vieles „dreht“ sich um Jochen und ich tue mich mit dieser „herausgehobenen“ Rolle schwer. Durch die notwendigen Hilfeleistungen ist einer der Partner häufiger Mittelpunkt: Takt, Feingefühl und Einfühlungsvermögen sind da besonders gefordert!

Jochen: Ursula und ich lernten uns intensiver kennen, als ich meine eigene Wohnung bezog. Regelmäßige Besuche, viele Gespräche und das damit verbundene Kennenlernen schufen Nähe und Vertrautheit, aus der sich ganz langsam ein Weg von Freundschaft hin zur Partnerschaft abzeichnete. Ich denke, es war sehr wichtig und wesentlich, daß Ursula mich in meinem Alltag sah und erlebte, wo meine Stärken und meine Schwächen lagen, wie umfangreich ich auf Hilfestellungen angewiesen bin, in welchen Lebensbereichen sich der Muskelschwund besonders negativ auswirkt. Ursula erlebte all das mit und brachte sich nach und nach ein, schaute den Zivildienstleistenden über die Schulter und übernahm kleine Hilfestellungen. Mir war das zuerst unangenehm, Ursula sah „Jochen den Behinderten“, so wie er tatsächlich lebt, als pflegebedürftiger Mann. Zudem traute ich einer Frau nicht so recht zu, die schweren körperlichen Hilfestellungen leisten zu können. Mehr als einmal unterschätzte ich Ursula, was ihr weh tat und was sie in ihren Möglichkeiten nicht zum Zuge kommen ließ. Mir mangelte es in diesem Punkt an Vertrauen ohne daß mir dies bewußt war. Erst nach und nach, durch Ursulas Einsprüche, erkannte ich meinen Fehler und änderte mein Verhalten. Zudem baute sich in mir eine Art von Angst auf,

mich Ursula anzuvertrauen (mich ausschließlich ihrer Hilfe auszuliefern). Zivildienstleistende bedeuten für mich „Freiheit“ und Unabhängigkeit; auf Ursula angewiesen zu sein, bedeutete Rücksichtnahme, „Einschränkung“, Abhängigkeit. Es war und es ist nicht einfach, meine Aktivitäten, meinen bisherigen Lebensplan, meine Neigungen und meine Schwächen mit Ursulas Möglichkeiten in Einklang zu bringen. Wie weit darf ich gehen, wenn ich von Ursula eine Hilfe erbitte? Steht Ursula nicht all zu oft unter „Zugzwang“? Wo ist ihre und wo ist meine Grenze?

Ursula: Was ist eigentlich das Besondere, das Ausschlaggebende einer solchen „ungleichgewichtigen Beziehung“? Die Besonderheit liegt – so denke ich oft – in der Alltäglichkeit. Durch Jochens selbstverständlichen Umgang mit seiner Krankheit konnte ich sie besser akzeptieren und lernen, damit umzugehen, als wenn er völlig „ungereift“ mit seiner Behinderung umgegangen wäre. Gut, es gibt noch viele Augenblicke, in denen ich über die technischen Hilfen und den Rollstuhl fluche, habe dies aber relativ gut „im Griff“. Was mir eher zu schaffen macht, ist die Progressivität, d. h. die Verschlechterung der körperlichen Fähigkeiten. Krankengymnastik zweimal in der Woche und Warmwassermassagen können nicht verhindern, daß die noch funktionierende Muskularität schwächer wird und ich in den drei Jahren den langsamen Verfall erkenne und mitleide. Da gibt es Momente, wo mir fast der Bissen im Hals stecken bleibt, wenn ich mit ansehen muß, wie sich Jochen mit zwei „kranken“ Händen mit etwas abmüht, was ich mit links schaffe. Ich muß mich zusammenreißen, um nicht immer dem „Helfersyndrom“ nachzugeben.

Jochen soll und möchte das, was er noch an körperlichen Aktivitäten schaffen kann, selbst tun. Selbst wenn das Telefon zwanzigmal klingelt und vielleicht Kaffee verschüttet wird, ist es wichtig, daß Jochen sich nicht mit Hilfe zuschütten läßt. Man muß immer bedenken, daß jeder dieser Handgriffe vielleicht in ein paar Jahren nicht mehr leistbar ist. Dieses Bewußtsein läßt mich manchmal dankbar sein um Kleinigkeiten, die noch möglich sind – eine Dankbarkeit, die ich in einer „normalen“ beziehung nicht kennengelernt hätte. Und dieses Bewußtsein macht mich traurig nach jeder Auseinandersetzung, nach jeder Meinungsverschiedenheit – schade um diese vertane Zeit!

Damit will ich nicht sagen, daß man in solch einer Beziehung eine „Friede-Freude-Eierkuchen-Partnerschaft“ leben sollte. Konflikte sollen und müssen gelebt werden – aber wir leiden beide besonders stark daran. Im Gegensatz zu mir, die ich meine Aggressionen „ausleben“ kann, schüttet sich Jochen von innen mit den unausgespro-

chenen und unauslebaren Gefühlen zu. Da werden der Rollstuhl und die Behinderung zum Gefängnis von Trauer, Angst und Wut. Bis auf diesen Knackpunkt, den wir noch nicht optimal gelöst haben, bin ich froh und dankbar, daß wir uns damals begegnet sind. Wir wollen – bei allen Steinen, die auf unserem Weg liegen – eine gemeinsame Zukunft erleben. Ein Ausblick ist nur vage möglich: Wir wollen zwar eine „normale“ Partnerschaft in einer Ehe bzw. eheähnlichen Gemeinschaft leben, aber man kann nur hoffen und wünschen, daß sich der Muskelschwund langsam entwickelt und Jochen sich zusammen mit mir noch lange in seinen begrenzten Möglichkeiten selbstverwirklichen kann.

Aus zwei Bereichen kam in der Vergangenheit immer wieder Konfliktstoff, und es scheint sich noch keine abschließende Lösung abzuzeichnen. Da ist zum einen die nach wie vor erforderliche Anwesenheit von Zivildienstleistenden. Es liegt auf der Hand, daß diese Anwesenheit ab und an stört. Es ist halt immer eine dritte Person in der Wohnung. Seit einigen Monaten erstellen wir gemeinsam den ZDL-Einsatzplan und bauen „zivi-freie Tage“ ein. Das klappt, hat aber den Nachteil, daß wir es planen müssen. (Es ist leichter, einem Zivi abzusagen, als kurzfristig einen Zivi anzufordern!) Wir machen die beruhigende Erfahrung, daß wir uns aufeinander verlassen können. Für Jochen ist diese Verlässlichkeit wichtig und eine enorme Erfahrung. In mehreren Punkten ist es heute schon so, daß Jochen bestimmte Hilfen lieber von Ursula erbittet als von den ZDLs. Jochen kann bei Ursula mit seiner Hilflosigkeit unverklemmt umgehen. – Ein zweiter Konfliktbereich ist Jochens Engagement in Vereinen, Verbänden, Gruppen und Einrichtungen. Sein Terminkalender ist gut „gefüllt“, und besonders die Abende sind belegt. Dieses Engagement bringt viele Kontakte, Verantwortung und „Hausarbeiten“ mit sich. Dazu findet Ursula keinen Zugang, es sind Interessen jenseits der ihrigen. – Jochens Engagement, das ein wichtiges Stück seines Lebens ist, durch das er sich verwirklicht, wertet Ursula anders. Hier macht sich unser unterschiedlicher Lebensweg sehr deutlich bemerkbar.

Bei allen frühen Schwierigkeiten unserer Partnerschaft, denen wir nicht aus dem Weg gingen und denen wir uns auch in unserer gemeinsamen Zukunft stellen wollen, steht im Vordergrund unsere Liebe. Wir lieben uns, da wir uns annehmen, mit allen Stärken, Schwächen, Macken, Ecken, mit unserem Lachen und Weinen, mit dem gegenseitigen Vertrauen und der Verlässlichkeit. Wir versuchen, „nicht eins zu werden“ um den Preis der Selbstaufgabe, sondern Zweisamkeit zu schaffen. Die besondere Verletzlichkeit unserer Beziehung, die „Rollenverteilung“ und „Abhängigkeit“, das „Ausgeliefert-

sein“ an den progressiven Muskelschwund erfordert ein besonders angstfreies Miteinandergehen. Wir wissen um unsere Persönlichkeiten und wissen um die Kraft der Zweisamkeit, die uns trägt und offen macht für den anderen und für unsere Bedürfnisse.

Wir machen uns gegenseitig Mut, Gefühle „zuzulassen“ im beruhigenden Wissen, sich nicht verstellen zu müssen. Wir sind füreinander da, im Wortsinn und jeder mit seinen Möglichkeiten, eine wunderschöne Erfahrung. – Wir hatten die Chancen, uns zu begen; wir lernten uns ohne Vorbedingungen oder Erwartungen kennen und nahmen uns an. Nun sind wir auf einem gemeinsamen Weg, holprig und kurvig, aber mit einem gemeinsamen Ziel!

Behindert Bücher zum Thema

Als Einführung in die Problematik eignet sich die Lektüre des Buches „Dagmar“ von Dorothee Lehmann (Scherz Verlag, 253 Seiten, 37 DM) besonders gut. Die Autorin berichtet über das Leben mit ihrer jetzt 23jährigen Tochter, die mongoloid ist. Sie verschweigt ihre eigenen Enttäuschungen, Zweifel und Niederlagen nicht, schildert das Tempüerament ihrer Tochter aber so treffend und ohne falsche Sentimentalität, daß man das Buch heiter gestimmt und voller Hochachtung für die Autorin, für Dagmar und ihre Familie aus der Hand legt.

Um eine 21jährige mongoloide Frau geht es auch in „Septemberliebe“ von Rolf Krenzer (Patmos Verlag, Jugendreihe „Brennpunkte“, Band 5, 174 Seiten, 19,80 DM). Hanna hat sich verliebt, in einen ebenfalls

behinderten jungen Mann, den sie in der WfB kennengelernt hat. Welche Chancen gibt es für Hanna und ihre Liebe? Autor Krenzer, hauptberuflich Sonderschuldirektor, schildert Hannas Alltag und ihre Schwierigkeiten völlig unaufgeregt und ohne Effekthascherei.

„Wenn ich mit euch reden könnte . . .“ heißt ein Buch, in dem zum ersten Mal ein autistisch Behinderter über sich und sein Leben schreibt (Scherz Verlag, 232 Seiten, 29,80 DM). Dietmar Zöllner, der Autor ist 18 Jahre alt und – abgesehen von seiner Wahrnehmungsstörung hochbegabt. Da er außer mit seiner Mutter, die ihn sehr förderte, mit niemandem sprach, schrieb er ab 1976 Briefe an seine Verwandten, später auch an seine Lehrer und Betreuer. Das Buch enthält diese erstaunlich selbstkritischen Briefe, aber auch Gedichte und Reiseberichte. Prof. Dr. Friedrich Specht, der Dietmar Zöllner schon als Kind behandelt hat, schreibt in seinem Vorwort: „Ich gebe gerne zu, daß ich durch das, was Dietmar Zöllner berichtet, einiges gelernt habe“.

Edith Zeile hat das Taschenbuch „Ich habe ein behindertes Kind“ (dtv Sachbuch, 224 Seiten, 9,80 DM) herausgegeben, in dem Eltern über die ganz unterschiedlichen Erfahrungen mit ihren behinderten Töchtern und Söhnen berichten. Das Buch soll Pflichtlektüre für alle Betreuer, Psychologen und Ärzte sein, die mit Behinderten arbeiten, allzuoft aber zu wenig Verständnis dafür haben, wie sehr ein behindertes Kind die Situation einer Familie aus den Fugen geraten läßt.

In „Namenlos“ von Dietmut Niedecken, Musiktherapeutin, (Piper Verlag, 302 Seiten, 29,80 DM) geht es um die psychoanalytische Arbeit mit geistig Behinderten. Es ist ein sehr anspruchsvolles Buch, nicht ganz leicht zu lesen, eher etwas für Fachleute.

Wer bereit ist, sich auf das schwierige Thema „Behinderung und Sexualität“ näher einzulassen, sollte das Buch „Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung – notwendig, möglich, erlaubt?“ lesen. (Herausgeber: Therese Neuer-Miesbach und Heinz Krebs, Band 18, Große Schriftenreihe der „Lebenshilfe“ Marburg, 271 Seiten, 27,50 DM) Der Band enthält Referate und Diskussionsergebnisse einer Fachtagung, die 1987 stattfand. Fachleute nehmen Stellung zu Sexualität und Partnerschaft geistig behinderter Menschen, zur Sexualerziehung und zur Frage der Sterilisation. Für Eltern heranwachsender geistig behinderter Töchter und Söhne

Lesetip

Angelika-Martina Lebéus:
Lebe auf den zweiten Blick.
Eine Mutter und ihr behindertes Kind. Walter Verlag, Olten 1989. 263 Seiten, 32,- DM.



als ein gesundes Kind zu erwarten“ – bittere Erinnerungen einer Mutter, die dann eben doch ein Kind mit Down-Syndrom bekam.

„Liebe auf den zweiten Blick“ zeigt die Entwicklung einer Frau und Mutter, die auf keinen Fall leiden wollte und doch viel Leid, Sorgen und Kümernisse aushalten mußte. Die Tatsache, daß eines ihrer Kinder geistig behindert ist, spielt dabei nur zeitweise eine zentrale Rolle. Der Ehemann und Vater, das zweite, nichtbehinderte Kind, aber auch die Mutter selbst erscheinen in zahlreichen Phasen als die bedeutend problematischeren Zeitgenossen. Möglicherweise ein Indiz dafür, daß nicht die Behinderung eines Kindes allein das Leben der Eltern auf den Kopf stellt. Vielmehr sind es die Reaktionen der Umwelt im Verein mit der Behinderung, die „Welten zusammenbrechen lassen“, wie Eltern behinderter Kinder oft sagen.

Angelika-martina Lebéus' Verdienst ist es, in diesem Buch offen und ehrlich auch die persönlichste Einzelheit zu benennen. Ihre Geschichte wird dadurch glaubhaft und nachvollziehbar. Die Identifikation mit der Ich-Erzählerin ist durchgängig möglich, auch wenn der Leser in einzelnen Situationen völlig anders entschieden hätte.

„Ich war entschlossen, die Schwangerschaft abbrechen zu lassen, sollte eine Beeinträchtigung der Gesundheit des Embryos, z.B. durch Down-Syndrom(. . .), festgestellt werden. Ohne mir im einzelnen Rechenschaft zu geben, fühlte ich im Hinblick auf eine derartige mögliche Diagnose starke Abwehr. Ich wollte leidfrei bleiben. Das zu erwartende Kind sollte zu einer Erhöhung meines Lebensgenusses beitragen.“ Dies sind Gedanken von Angelika-martina Lebéus kurz vor der Geburt ihrer ersten Tochter, nachzulesen in ihrem Buch „Liebe auf den zweiten Blick“.

Eine Fruchtwasseruntersuchung wurde der 28jährigen Frau verwehrt. Sie sei zu jung. „Da ist nichts anderes

ist dies der umfaßendste Ratgeber, den es zur Zeit gibt.

Die „Grünen“ haben in ihrer Reihe „Argumente“ eine Broschüre mit dem Titel „Sterilisation Behinderter – Hilfe statt Zwang“ herausgegeben. (Zu bestellen bei: Die Grünen, Bundesgeschäftsstelle, Coltmantstr. 36, 5300 Bonn 1, 86 Seiten, 3 DM). Fachleute diskutieren die Frage, unter welchen Umständen geistig behinderte Menschen (und besonders die sogenannten einwilligungsunfähigen) sterilisiert werden dürfen. Der Titel nimmt das Diskussionsergebnis vorweg: Kein Zwang, aber leider, die Hilfen zum Beispiel für geistig behinderte Frauen, die schwanger geworden sind und ihr Kind behalten wollen, lassen noch auf sich warten.

Der Umgang mit geistig behinderten Menschen und deren sexuellen Problemen ist für viele Erzieher und Betreuer nicht einfach, weil sie nicht wissen, wie sie in Einzelfällen vorgehen können. Annerose Hoyler-Herrmann und Joachim Walter haben ein Buch mit dem Titel „Sexualpädagogische Arbeitshilfe für geistig behinderte Erwachsene“ (Edition Schindele, 160 Seiten, 23 DM) herausgegeben, in dem genau erklärt wird, wie und mit welchen Hilfsmitteln Behinderten Menstruation, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt, aber auch Erektion und Onanie erklärt werden können. Es ist ein sehr praxis-bezogenes Buch, das jeder, der mit geistig Behinderten arbeitet, gelesen haben sollte.

Nicht ganz neu (die 1. Ausgabe erschien 1983, die 2. 1986) ist das Buch „Sexualität und geistige Behinderung“ (Herausgeber Prof. Joachim Walter, Edition Schindele, 262 Seiten, 32 DM). Es kann aber als Standardwerk für diesen Themenbereich angesehen werden. Wissenschaftler nehmen Stellung zu Partnerschaft, Liebe, Sexualität geistig Behinderter, wobei medizinische, juristische und psychologische Aspekte zur Sprache kommen. Ein Teil des Buches beschäftigt sich ausführlich mit der Aufklärung geistig behinderter Erwachsener. Eine Diplom-Psychologin berichtet über den Verlauf von Selbsterfahrungsgruppen geistig behinderter Menschen und über ihre eigene Ratlosigkeit nach solchen Sitzungen. Das Buch ist ein wichtiger und immer noch hochaktueller Ratgeber für alle, die mit geistig behinderten Menschen zu tun haben.

Ebenfalls als Standardwerk gilt der Band „Sollen, können, dürfen Behinderte heiraten?“ herausgegeben von Prof. K.-J. Kluge und Leo Sparty (Rehabilitationsverlag Bonn, 420 Seiten, 25 DM). Er erschien 1977 zum ersten Mal, 1986 in einer überarbeiteten Zweitaufgabe. Im Inhaltsverzeichnis stehen Kapitel wie „Meine Erfahrungen als Ehefrau eines Behinderten“, „Geistig Behinderte im Eherecht“, „Sexualität und Ehe bei Muskelkranken“, „Eheprobleme bei Blinden“. Es ist das umfassendste Buch, das bisher zum Thema „Behinderung und Partnerschaft“ erschienen ist.

Inge Hektor

Neuerscheinungen

In dieser Rubrik teilt die Redaktion mit, welche Neuerscheinungen ihr zugesandt wurden. Eine Beurteilung ist mit dem Abdruck nicht verbunden.

Karin Böllert/Hans-Uwe Otto (Hrsg.): Soziale Arbeit auf der Suche nach Zukunft. Jahrbuch für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialpolitik. Karin Böllert KT-Verlag, Bielefeld 1989. 240 Seiten, 28,- DM.

Monika Bösel: Nach dem Frauenhaus. Campus, Frankfurt 1989. 117 Seiten, 24,- DM.

Peter Michael Pflüger (Hrsg.): Der Mann im Umbruch. Walter Verlag, Olten 1989. 237 Seiten, 29,80 DM.

Regina Lang: Frauenquoten – des einen Freud, des anderen Leid. Dietz, Bonn 1989. 172 Seiten, 19,80 DM.

Martha-Meike Grotjahn (Hrsg.): Schwangere in Konflikten. Quell Verlag, Stuttgart 1989. 144 Seiten, 26,80 DM.

Sabine Harter: Mutterschutz und Erziehungsgeld. Forkel Verlag, Wiesbaden 1989. 120 Seiten, 25,- DM.

Literaturhinweis

Zum Schwerpunktthema „Sterilisation in pro familia magazin 4/89 ist ein seit Jahren vorliegendes Taschenbuch, das sehr materialreich ist, nachzutragen:

Norbert Ney: Ratgeber Sterilisation. Methoden, Erfahrungen, Adressen. Hamburg, Rasch und Röhning Verlag, 1986. 238 Seiten.

Buchbesprechung

H. P. G. Schneider (Hrsg.): Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Band 2 „Sexualmedizin, Infertilität, Familienplanung“. Urban & Schwarzenberg, München. 2. Auflage 1989. 553 S., DM 169,-. Herausgeber des Gesamtwertes sind Prof. Dr. K.-H. Wulf und Prof. emer. Dr. H. Schmidt-Matthiesen.



Band 2, um den es hier geht, enthält 19 Einzelbeiträge von 29 Autoren, die im wesentlichen 5 Hauptthemen behandeln und zwar Gynäkologie und Sexualmedizin, Bevölkerungsentwicklung und Familienplanung, Kontrazeption, Infertilität und Sterilität, juristische und ethische Probleme der menschlichen Fortpflanzung.

Die zahlreichen Beiträge in den verschiedenen Kapiteln zeigen, daß Gynäkologie sich nicht mehr auf die Organsysteme für Reproduktion und Sexualität begrenzt sieht, obwohl dieser Bereich immer noch – auch in diesem Band – den überwiegenden Anteil einnimmt.

Der Gynäkologe („Gynäkologin“ existiert in diesem Buch nicht) sieht sich zunehmend in der Beraterfunktion in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit Psychologen, Juristen, Pädagogen, Sozialwissenschaftlern. Daß Beratung nicht gleich „Rat geben“ ist, müssen viele Mediziner noch lernen. Selbstkritisch heißt es dazu in dem Band:

„Eingriffe in die Fruchtbarkeit – wie Kontrazeption, Sterilisation, Abruptio einerseits und Insemination, IvF, ET andererseits – erweitern die Gynäkologie um die psychosomatische, interpersonale und die gesellschaftliche Dimension“.

Diese Erkenntnis, die in verschiedenen Beiträgen zum Ausdruck kommt, scheint aber manchen Autoren des Buches doch noch fremd zu sein.

In mehreren Beiträgen wird aufgezeigt, daß besonders der Gynäkologe im Spannungsfeld zwischen einer „pluralistischen Gesellschaft“ mit verschiedensten Wertorientierungen und dem zunehmenden technischen Fortschritt in Diagnose und Therapie steht. Es wird gefragt nach dem „Verantwortungsträger“ im Einzelfall: der „Bürger als Patient“ oder der Arzt. Versteht der Arzt seine Arbeit als technische Dienstleistung für den Konsumenten in einem Extrem, oder übernimmt er „stellvertretend autoritär oder paternalistisch“ im Interesse des Pa-

Im Gegensatz zur 1. Auflage, die es als Lose-Blatt-Sammlung gab, besteht die 2. Auflage aus 12 fest gebundenen Einzelbänden, von denen jeder Band ein abgeschlossenes Thema des medizinischen Fachgebietes Gynäkologie und Geburtshilfe behandelt.

tienten die Entscheidung im anderen Extrem.

Zunehmende technische Möglichkeiten bringen zunehmend Schwierigkeiten in der Güterabwägung. Deshalb, so wird festgestellt, ist nur der aufgeklärte Patient mündig und kann verantwortlich Entscheidungen treffen.

Umfang und Inhalt der Aufklärung sind aber unterschiedlich. Aus Rücksicht auf den Patienten wird hier und da immer noch auf Aufklärung ausdrücklich verzichtet (z. B. „Testikuläre Feminisierung“).

Mit juristischen und ethischen Aspekten in der Reproduktion befassen sich Extrabeiträge: So zeigen viele Problembereiche z. T. neue Fragestellungen, z. T. neue, den heutigen gesellschaftlichen Gegebenheiten entsprechende Standpunkte und Diskussionsebenen auf, die eine (ethische) Herausforderung an alle sind, denen wir uns nicht entziehen können und dürfen, auf die wir Antworten suchen müssen. „Recht stellt in der Regel nur ein ethisches Minimum dar“ (S. 500 Spann).

Im Bereich der Reproduktion sind die Interessen „eines dritten, eines eventuell zu erzeugenden oder bereits erzeugten und eventuell zu abortierenden Menschen zu berücksichtigen“ (S. 520 Sass). Sind IVF und ET im homologen System eine „normale Substitutionstherapie“?

Der Verzicht auf pränatale Diagnostik ist nach Meinung des Autors ein „Kunstfehler“ (S. 523), und auch im Umgang mit der „pränatalen Geschlechtsbestimmung“ scheint der Autor keine Gefahren zu sehen.

Im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbruch, so wird vorgeschlagen, sollte der Begriff Notlagenindikation benutzt werden und nicht die Reduzierung dieser Indikation auf „soziale Indikation“ (S. 510).

Es wird kritisiert, daß der Beginn der Schwangerschaft ungenau definiert ist (S. 506, S. 509). Nach §219d beginnt die Schwangerschaft (= schutzwürdiger Lebensbeginn) nach Abschluß der Nidation (d. h. ungefähr 2 Wochen nach der Befruchtung).

Mit Band 2 der Klinik der Frauenheilkunde und Geburtshilfe liegt uns ein umfassendes Buch vor mit den Themen, mit denen sich die Institution *Pro Familia* inhaltlich sehr intensiv befaßt. Es wäre wünschenswert, vielen – vor allem ärztlichen – MitarbeiterInnen dieses Buch zugänglich zu machen, auch wenn der Preis von DM 198,- (pro Band; bei Abnahme aller Bände pro Band DM 165,-), wie so oft bei medizinischer Literatur, sehr teuer ist.

Dr. Ruth Eichmann

Veranstaltungshinweise

Unter dem Rahmenthema „Leitsymptom: Gesundheit“ lädt die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) zu ihrem „Kongreß für Klinische Psychologie und Psychotherapie“ vom 18. bis 23. Februar 1990 nach Berlin ein. Das Eröffnungsreferat hält Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner zum Thema „Pflicht zur Gesundheit oder Recht auf Krankheit und Behinderung?“.

Zum Rahmenthema werden insgesamt dreizehn zum Teil ganztägige Symposien vorbereitet, die u. a. folgende Themen darstellen:

- Alter ist (k)eine Krankheit
- Chronische Krankheiten, Behinderungen und Gesundheit
- Gesundheit(sförderung) in der Arbeitswelt
- Psychosomatische Gesundheit
- Subjektive Krankheitstheorien – Gesundheit und Krankheit aus der Sicht des Subjektes.

Eine ausführliche Programmübersicht mit Anmeldeformular ist erhältlich bei der DGVT – Kongreß 90, Postfach 1343, 7400 Tübingen.

*

„Energien aufnehmen, Ballast abwerfen“ heißt das Trainingsprogramm der Arbeitsgruppe k & m für die Entwicklung der Kompetenz als LeiterIn von Arbeitsteams und Seminargruppen. Es geht um Stressituationen, um Konflikte und die Weiterentwicklung der eigenen beruflichen Perspektive. Leitfaden des Trainings ist der Umgang mit den eigenen Energien und denen der Arbeits- und Seminargruppen und die Möglichkeiten, blockierende Situationen aufzulösen. Das Programm umfaßt vier Blocks von je drei Tagen und beginnt im Juni 1990. Weitere Informationen bei:

Arbeitsgruppe Kommunikation & Medien, Auf der Körnerwiese 9, 6000 Frankfurt/Main 1 (Tel.: 069/55 1640).

*

Das Institut für Sexualpädagogik Dortmund bietet auch 1990 wieder eine berufsbegleitende sexualpädagogische Fortbildung an. Ziel der Fortbildung, die an 6 Wochenenden innerhalb eines Jahres stattfindet, ist es, die in Beratung, Betreuung und Erziehung haupt- und nebenamtlich Tätigen zu befähigen, sexualerzieherisch zu arbeiten. Das erste Wochenende findet statt vom 9. bis 11. Februar 1990 in Dortmund. Jedes Wochenendseminar kostet DM 260,-. Nä-

here Informationen und Anmeldung über Dr. Uwe Sielert, Im Osterhöfgen 35 a, 4322 Spröckhövel (Tel.: 023 24/78068).

*

Das *Feministische Frauengesundheitszentrum* Nürnberg (Fürther Straße 154) weist auf folgende Termine hin: 21. Januar, 11 Uhr „Stromedizin“, 23. Januar 19.30 Uhr Infoabend „Natürliche Verhütung“, 31. Januar 18 Uhr „Göttinnen im alten Ägypten“.

*

Das *Haus Buchberg* (Hornisgrindestraße 15, 7450 Neuenbürg) weist auf folgende Kurse hin: „Einführung in familiendynamisches Grundwissen“ in fünf Teilen, 1. Abschnitt 9. bis 11. März; „Masken und Clowns – Für Väter und Kinder“ 2. bis 4. Februar; „Wie groß ist der kleine Unterschied? – Geschlechtsspezifische Erziehung heute“ 16. bis 18. März; „Mit der Trennung leben“ 30. März bis 1. April.

*

Zu empfehlen sind folgende umfangreiche Programme, die direkt angefordert werden können: Frauenbildungsstätte Edertal Anraff, Königsberger Str. 6, 3593 Anraff, mit einer kompletten Jahresübersicht. Ebenfalls eine Jahresübersicht bietet das Fortbildungswerk für Sozialarbeiter und Verwaltungsfachkräfte (Am Stockborn 1–3, 6000 Frankfurt 50).

*

Das Projekt „*Frau und Gesundheit*“ der Frauenstudien der Universität Gesamthochschule Essen veranstaltet in der Zeit vom 15. bis 18. März 1990 Frauengesundheitstage.

Thematische Schwerpunkte sind:

- Lebensbedingungen und Gesundheit von Frauen;
- Frauenberatung und feministische Therapie;
- Weibliche Sexualität;
- Arbeitsbedingungen und Frauenförderung im Gesundheitswesen;
- Die Stellung der Frauen in der Gesundheitspolitik – Analyse und Forderungen.

Ende Januar soll das endgültige Programm stehen und kann angefordert werden:

- Projekt *Frau und Gesundheit*, HDZ, Frauenstudien/Frauenforschung, Universität GHS Essen, Universitätsstr. 12, 4300 Essen 1.

Hans Harmsens hierarchisches Gesellschaftsmodell: Auszüge einer sozialdarwinistischen Familienpolitik

Das „pro familia magazin“ hat mehrfach über die menschenverachtenden Vorgänge im Dritten Reich, zuletzt in der vorigen Ausgabe. Pro Familia selbst war von der Vergangenheit eingeholt worden, als vor einigen Jahren bekannt wurde, daß ihr Mitbegründer Hans Harmsen im Dritten Reich eine umstrittene Rolle als Bevölkerungswissenschaftler und Sozialhygieniker gespielt hat. 1984 verlor er daher seine Ehrenpräsidentschaft. Im Juli 1989 starb Harmsen 88jährig. Aus dem Verband ist gelegentlich der Wunsch nach mehr Information über Hans Harmsen an die Redaktion herangetragen worden. Der nachfolgende Beitrag entstand vor Tod Harmsens. Die Redaktion hat sich zum Abdruck gerade in dieser Ausgabe mit ihrem Schwerpunktthema „Sexualität und Behinderung“ entschlossen, weil nicht nur durch Peter Singer (siehe Seite 11) eine neue Auseinandersetzung mit gefährlichen Thesen verstärkt einsetzt, sondern damit die Mitglieder der Pro Familia und die LeserInnen dieser Zeitschrift informiert sind über Schatten der Vergangenheit, mit denen der Verband leben muß, auch wenn der Verursacher inzwischen gestorben ist.

Sabine Schleiermacher

In der Festschrift zum 80. Geburtstag des Ehrenpräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Bevölkerungswissenschaft und des Mitbegründers von International Planned Parenthood Federation und der *Pro Familia*, Hans Harmsen, schrieb Ferdinand Oeter 1981 unter dem Titel „Der ethische Imperativ im Lebenswerk Hans Harmsens“: „Dem einzelnen unverschuldetes Leid zu ersparen und untragbare Lasten zu erleichtern, sind Zielvorstellungen, die im Wirken Hans Harmsens gleichberechtigt neben der großen Aufgabe stehen, die Gesellschaft gesund und leistungsfähig zu erhalten und drohende Gefahren beizeiten zu erkennen und abwehren zu helfen“.

Schon 1979 hatte Gunnar Heinsohn das über 50 Jahre andauernde bevölkerungspolitische Engagement Harmsens sehr viel kritischer beschrieben: „So wirkt der führende NS-„Rassenhygieniker“ H. Harmsen nach dem Krieg als angesehener „Sozialhygieniker“ in der Bundesrepublik weiter“.

Nach einer Jahrzehnte langen Repräsentation der *Pro Familia* durch Harmsen war 1984 in einer vom Bundesvorstand herausgegebenen Erklärung unter dem Titel „Harmsen nicht mehr Ehrenpräsident“ als Begründung für seinen Rücktritt zu lesen: „Anlaß . . . war Kritik an seinen Veröffentlichungen und Tätigkeiten als Bevölkerungswissenschaftler und Sozialhygieniker in den Jahren 1920–1945 . . . Danach vertrat Harmsen damals Positionen, die heute vom Verband verurteilt werden“.

Mit der Zielrichtung, daß „diese Vergangenheit weder beschönigt noch vergessen werden“ soll, teilte 1988 Anna Luise Prager in ihrer Geschichte der *Pro Familia* in Hessen ihre persönlichen Eindrücke von Harmsen mit: „Hier war ein alter Mann, der zwar etwas umständlich und stets weit-schweifig seine Beiträge leistete, die immer besonnen und liberal waren und besonders in Erinnerung ist mir, daß er vehement für das Recht der Frau eintrat. Alles nur Vorgabe, alles Lüge? Echte Wandlung?“.

Wie sah nun der ethische Imperativ Harmsens aus, der einerseits noch 1981 unbegrenzte Zustimmung erfuhr, weswegen andererseits jedoch die

Pro Familia von ihrem Mitbegründer Abstand nahm? Hat Harmsen nach 1945 eine „echte Wandlung“ vollzogen und seine für den Nationalsozialismus gültigen bevölkerungspolitischen Ideen und Programme verändert?

Da Harmsen selbst in dieser Grage zu keinem Gespräch bereit war, soll der Versuch gemacht werden, seine Ideen und Programme aus den veröffentlichten und archivischen Äußerungen zum Reden zu bringen.

Die Politik der Familienförderung in der Weimarer Republik

Als Vertreter des Centralausschusses für die Innere Mission, heute das Diakonische Werk, nahm Harmsen 1930 an einer bevölkerungspolitischen Konferenz des Reichsministers des Innern teil. Hier wurden „im Hinblick auf die zunehmende Überalterung der Bevölkerung und die daraus erwachsenden bedenklichen Folgen für die zukünftige Gestaltung des Arbeitsmarktes und die Geltung Deutschlands als Industriestaat“, „Schutz und Hilfe“ für die „gewollte Mutterschaft“ gefordert. Zum Forderungskatalog gehörten auch die „wirtschaftliche Bevorrechtung der Elternschaft“, durch veränderte Lohn-, Einkommens- und Vermögenssteuern, „Mutterschutz“ und „Gesundheitsfürsorge für Schwangere“, sowie das „Einfamilien-Heim“. In seiner 1931 herausgegebenen Schrift „Praktische Bevölkerungspolitik“ betonte Harmsen dementsprechend: „Ziel aller praktischen Bevölkerungspolitik ist die Sicherung des Volksbestandes durch die Erhaltung und Förderung eines gesunden und tüchtigen Nachwuchses“, und „die Keimzelle der Zukunft unseres Volkes ist und bleibt die Familie“. In diesem Sinne propagierte er das von seinem Lehrer Alfred Grotjahn formulierte „Drei-Kinder-Minimalsystem“, indem er forderte: „Neben den rein quantitativen Gesichtspunkt hat mit entscheidender Bedeutung der qualitative Gesichtspunkt in eugenischer und rassenhygienischer Richtung zu treten“. In den „erbbiologisch hochstehenden, sozial leistungsfähigen Schichten“ müsse die Familiengröße demnach „mindestens 3 Kinder bis zum 5. Lebensjahr“ betragen, um den Kinderreichtum der „untüchtigen, minderwertigen Bevölkerungsgruppen“ auszugleichen.

Für ihn war neben den Verlusten des Krieges, die zu einem deutlichen Überschuss an Frauen in der Bevölkerungsstruktur geführt hatten, die veränderte Rolle der Frau in der Gesellschaft der Weimarer Republik Ursache für den Geburtenrückgang. Aufgrund neuer sozio-ökologischer Bedingungen, und nicht zuletzt wegen ihrer Verpflichtungen in der Kriegsindustrie, hatten die Frauen ein verändertes Selbstbewusstsein erlangt, das die herkömmlichen Ideale von Mutterschaft und Ehe zu bedrohen schien. „War die Erämpfung der Berufstätigkeit für die Frau ursprünglich eine mehr ideelle romantische Forderung, so ist sie in der Gegenwart aus . . . materiellen Gesichtspunkten heraus geboten“. Die „Doppelbelastung von Fabrik, Haushalt und Kindererziehung“ führe jedoch zu „einer frühzeitigen körperlichen und seelischen Erschlaffung“ der Frau. Jede Gesetzesinitiative, die die ‚Unehelichkeit‘ eines Kindes legalisiert hätte, lehnte Harmsen ab, denn: „Die rechtliche Gleichstellung würde praktisch die Aufhebung der Vorrechte der Ehe und eine Verdunklung ihres Sinnes bedeuten. Alle Bestrebungen aber, die eine Lockerung oder Auflösung der Familie zum Ziel haben, müssen im Interesse des Kindes bekämpft werden“.

Der von Harmsen gegründete Verein „Mütterhilfe e. V.“ lehnte folgerichtig die Abtreibung ab, insbesondere bei jenen Frauen, die „reife, ernste Frauen“ waren und von denen man eine „verantwortungsvolle und erbbiologisch wertvolle Mutterschaft“ erwarten konnte. Initiativen den § 218 zu liberalisieren wurden von ihm als „nicht sachliche, sondern vorwiegend parteipolitisch-demagogische Gesichtspunkte“ abgetan. „Die Tragik unserer Gegenwart liegt aber zutiefst darin, daß unsere heutige Zeit mit Aufbietung von Energien, die wahrlich aufbauender gesetzgeberischer Arbeit im Hinblick auf Wohnung und Sozialreform wert wären, die Beseitigung einer Strafbestimmung fordert (§218, Verf.), während wir alle Kräfte daransetzen sollten, der kommenden Generation überhaupt noch Möglichkeiten zum Erlebnis der Mutterschaft und Familiengründung zu geben“.

Politik der Differenzierung 1928–1968

Zur Realisierung eines Konzeptes der Förderung der „erbbiologisch wertvollen“ Familie, mußte der Centralausschuß Einsparungen auf anderer Ebene erzielen. An die Seite der „Quantität“ trat in den Überlegungen die „Qualität“. Einsparungen sollten in dem Bevölkerungsteil erzielt werden, der volkswirtschaftlich geringen Nutzen versprach. Dieses Konzept ging zu Lasten der in den Anstalten der Inneren Mission untergebrachten Menschen. Sie sollten kostengünstig asyliert und von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden. Eine radikale Änderung der Fürsorge sollte die „weltanschauliche Neuorientierung in der bewußten Bejahung der natürlichen Ungleichartigkeit der Menschen“ berücksichtigen. Der Kinderreichtum von „Trinkern, Psychopathen, Hem-

mungslosen und Asozialen“ sei mitverantwortlich für die wirtschaftlichen und sozialen Nöte des deutschen Volkes. Aus Untersuchungen der Vererbungswissenschaft folgte Harmsen: „Die schicksalhafte Bedeutung der Erbanlagen begegnet uns immer wieder in der Geschichte der Menschheit, . . . Die Qualitätsunterschiede des ‚Blutes‘ stehen in offenkundigem Widerspruch zu der These von der Gleichheit aller Menschen, aber sie zeigen auch, daß die alten Begriffe von Volk und Rasse neu bestimmt werden müssen. Wenn anerkannt wird, daß sich ein Volk hinaufentwickeln müsse, um bestehen zu können, dann kann die Frage nicht umgangen werden, was mit dem lebensunwerten und kranken Leben zu geschehen hat, das den Aufstieg hindert“.

Schon 1928 hatte Harmsen die bessere wissenschaftliche und statistische Erfassung von „Minderwertigen“, die die Grundlage für bevölkerungspolitische Programme liefern sollte, gefordert. Hierfür arbeitete er mit dem Humangenetiker Otmar v. Verschuer vom Kaiser Wilhelm-Institut für Anthropologie an der erbbiologischen Erfassung der den Anstalten anvertrauten Menschen und deren Familien. So schrieb er, daß die Menschen, die „unter großem Kostenaufwand in Asylen, Irrenhäusern und Gefängnissen ernährt und gepflegt werden, . . . den Wunsch aufkommen (ließen), die Gesamtheit des Volkes von diesen schädlichen Erbmassen zu befreien“. Die Anstalten sollten zu „Zentren der biologischen Sanierung“ werden. Das bevölkerungspolitische Programm, für das sich Harmsen als Vertreter der Inneren Mission in der Öffentlichkeit einsetzte, hieß „Differenzierte Fürsorge“. „An die Stelle einer, die ihren einzelnen Zweigen bisher mehr zufällig entwickelten, oft unterschiedslosen Wohlfahrtspflege wird aber eine differenzierte Fürsorge zu treten haben, in der die besonderen Bedürfnisse der einzelnen Fürsorgegruppen mit den von der Allgemeinheit gegebenen Möglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen sind und auch die Frage berücksichtigt werden muß, ob bei den Aufwendungen der öffentlichen Fürsorge die Wiederherstellung der sozialen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erwartet werden darf“. Entsprechend dieser Differenzierung sollten Einsparungen bei der „Anormalen-, Kranken-, Siechen- und Altersfürsorge“, beim Anstaltsbau und durch Heranziehung von Familienmitgliedern chronisch Kranker als Hilfskräfte erzielt werden. Unter diesem Aspekt sollten auch Körperbehinderte und „halbwertige“ wieder in die Gesellschaft eingegliedert werden. Daneben sah das Programm die freiwillige eugenische Sterilisation vor. Harmsen hatte an den Beratungen des Gesetzentwurfes über ein Sterilisierungsgesetz des Landesgesundheitsamtes vom 2. Juli 1932 teilgenommen und betonte die Notwendigkeit der eugenischen Sterilisation gegenüber der „Gesamtheit des Volkes“, obwohl er selbst festgestellt hatte, daß er nicht „glaubt“, daß eine „völlige Erbberingung möglich ist“.

Harmsen, der die Grundlagen für die reibungslose Durchführung, des unter der nationalsozialistischen Regierung als „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eingeführten Sterilisierungsgesetzes, in den Anstalten der Inneren Mission in der Zeit von 1933–37 gelegt hatte,

stellte 1959 aufgrund statistischer Auswertungen von Wiederaufnahmeverfahren von Erbgesundheitsgerichten fest, daß „die Erfahrungen mit dem deutschen Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses von 1933 und die Fortschritte der Erkenntnis in der Humangenetik . . . erwiesen (haben), daß in unserem Volk und unseren Familien vielfach eine Überschätzung der Erbbelastung bestand“. Obwohl bei „gerichtlichen Nachprüfungsverhandlungen . . . 2/3 aller Fälle aufgehoben wurden“; hob Harmsen hervor, daß die Durchführung der Verfahren im Nationalsozialismus „im allgemeinen gewissenhaft erfolgte“. So schien ihm der Entwurf des Sterilisierungsgesetzes von 1932 auch 1959 noch eine „brauchbare Grundlage“ für die „freiwillige Sterilisierung“ zu sein. Harmsen distanzierte sich inhaltlich nicht von der ‚Zwangsterilisation‘ sondern erklärte: Eine „zwangsweise Durchführung der Sterilisierung, die zur Voraussetzung ein ordnungsgemäßes Verfahren auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses hat, kommt . . . nicht mehr in Frage, da nirgends mehr Erbgesundheitsgerichte zur Durchführung eines ordnungsgemäßen Verfahrens bestehen“.

Wie schon in der Weimarer Republik, erschöpften sich Harmsens Tätigkeiten nicht in der Forderung nach einer „positiven Eugenik“. „Im Hinblick auf die Möglichkeiten der praktischen Eugenik dürften wichtiger als die negativen Maßnahmen einer Sterilisierung und Asylierung die positiven Forderungen der Gesundheitserziehung sein. Diese mäßten vor der Eheschließung bei obligatorischer Eheberatung unter Berücksichtigung auch der erbbiologischen Gesichtspunkte durchgeführt werden. Vor allem aber zu betonen ist die Verpflichtung des Staates, die Entstehung und Gesunderhaltung natürlicher Familien durch einen familiengerechten, staatlich geförderten Wohnungsbau und einen Familienlastenausgleich auf allen Einkommensstufen zu fördern“.

Das bevölkerungspolitische Konzept Harmsens beschränkte sich nicht mehr auf das „deutsche Volk“, sondern fand im Weltmaßstab seine Anwendung. Es stehen sich nun ‚leistungsfähige erste Welt‘ und ‚dritte Welt‘ gegenüber. Während in Europa die „individuelle Entscheidung zur Familienplanung“ durch die „sozialwirtschaftlichen Ordnungen und Maßnahmen des Familienlastenausgleichs mitbestimmt“ wird, sah er, „in gewissen Entwicklungsländern“ zur „Einschränkung der Geburlichkeit“ die „staatliche Zwangsmaßnahme“ als Notwendigkeit an.

Kontinuität Sozialdarwinistischer Familienpolitik

Wie sah nun der ethische Imperativ Harmsens aus, der diesen Äußerungen zu eigen war und hatte er sich gewandelt?

Durch steuerliche Vergünstigungen im Familienlastenausgleich, Bausparverträgen und andere finanzielle Anreize soll der Familiengründung vorschub geleistet werden. Diese materielle Unterstützung gilt jedoch nur für „leistungsfähige“ und „eugenisch wertvolle“ Familien. In diesem Zusammenhang sind auch Mütter- und Sexualberatungsstellen zu interpretieren. Mögen diese für die einzelne Frau einen Schritt zur Emanzipation und Selbstbestimmung bedeuten, so darf je-

tion und Selbstbestimmung bedeuten, so darf jedoch die bevölkerungspolitische Dimension nicht verkannt werden. Soll die Zeugung eines „gesunden“ und „erwünschten“ Kindes nicht mehr dem „Zufall“ überlassen sein. Hierfür bilden die Erkenntnisse über Präventivmittel eine erste Grundlage. Dem Wunsch, die „gesunde Familie“ nach Möglichkeit zu unterstützen entspricht dem Versuch, die nicht „gesunde Familie“ zu verhüten, bzw. auf dieser Seite Einsparungen vorzunehmen. So sollten „Leistungsunfähige“ von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden. Sie wurden marginalisiert und kostengünstig in Anstalten untergebracht.

Im Mittelpunkt des Interesses stand nicht mehr der Mensch mit seinen individuellen Bedürfnissen, der wie in unserem Beispiel, der Inneren Mission anvertraut wurde, sondern die marktwirtschaftliche Gesellschaft mit ihren Erfordernissen. Wohlfahrtspolitik konnte für Harmsen so auch eine „falschgerichtete Humanität“ sein, die die Entwicklung der Gesellschaft behindere. Der schwangeren Frau und Mutter kommt eine „Schlüsselrolle“ zu. Sie soll „gesunde“ Kinder zur Welt bringen, als auch die „Aufzucht“ „leistungsfähiger“ Kinder garantieren. Daß der Frau von Seiten der Bevölkerungswissenschaft also besondere Aufmerksamkeit gezollt wird, verwundert daher nicht. Der Wille Harmsens, wie Oeter schreibt: „Dem einzelnen unverschuldetes Leid zu ersparen und untragbare Lasten zu erleichtern“ orientiert sich nicht an der „Menschenwürde“, sondern an den Erfordernissen einer Industriegesellschaft. Was „Leid“ jedoch bedeutet bestimmt nicht nur der Einzelne, sondern auch die Gesellschaft, deren Interesse es ist „leistungsfähig“ und „gesund“ zu bleiben.

Durchgehender Aspekt in diesen Vorstellungen ist eine biologische Argumentation der durch wissenschaftliche Untersuchungen besonderes Gewicht verliehen wird. Der Wunsch nach statistischer Erfassung und Beurteilung zieht die Teilung der Gesellschaft nach Leistungskriterien nach sich. Die Forderung nach Beseitigung von Behinderung, wird zum Grund bevölkerungspolitischen Handelns. Dieses Handeln ist bestimmt von naturwissenschaftlich-reduktionistischem Denken, das nicht mehr die Individualität des Menschen vor Augen hat. Der Sozialdarwinismus scheint bei Harmsen durchgehendes Moment zu sein, so daß eine Wandlung nicht deutlich wird. Ein Denken wie es in der Humangenetik auch heute nicht fremd ist.

In diesem Beitrag wird nur auf das bevölkerungspolitische Konzept Harmsens eingegangen. Hinweise auf die politische Bedeutung seines Wirkens sowie ein Literatur- und Anmerkungsverzeichnis können bei der Verfasserin angefordert werden. Adresse: Sabine Schleiernmacher, c/o Universitäts-Krankenhaus Eppendorf, Institut für Medizin – Soziologie, Martinistraße 52, 2000 Hamburg 29.

Sabine Schleiernmacher, 32 Jahre, Theologin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizin-Soziologie in Hamburg. Forschung: Bevölkerungs- u. Wissenschaftspolitik, Medizin-Ethik.



PRO FAMILIA INFORMATIONEN

Die Pro Familia Informationen erscheinen als Teil der Zeitschrift *pro familia magazin*. Redaktion der Pro Familia Informationen und für den Inhalt verantwortlich: Ausschuß für innerverbandliche Kommunikation (Doris Bockelmann, Jürgen Heinrichs, Elisabeth Lutz, Annette Rethemeier, Elke Thoß). Anschrift der Redaktion: Pro Familia, Cronstettenstraße 30, 6000 Frankfurt am Main 1.

„Memminger Verhältnisse“ in Rheinland-Pfalz?

Interview mit der Vorsitzenden des Landesverbandes Ulla Ellerstorfer

Die Urteile in Memmingen riefen eine Weile Empörung und Widerstand bei vielen Frauen und Männern hervor; inzwischen wird – außer bei den Gegnern – über Abtreibung wieder mehr geschwiegen als geredet. Fast zeitgleich mit den Memminger Verfahren und auch in diesem Fall bis vor kurzem praktisch unter Ausschuß der Öffentlichkeit hat die Koblenzer Staatsanwaltschaft dieselben Anschuldigungen gegen einen Frauenarzt in Neuwied erhoben wie schon gegen Dr. Theissen: Verstoß gegen den §218 StGB.

pfm: Was wird dem Arzt eigentlich konkret vorgeworfen?

U. E.: Er soll insgesamt in 79 Fällen gegen strafrechtliche Bestimmungen des §218ff. verstoßen haben. Zum einen soll er die ihm vorgelegten Indikationen nicht mehr selbst überprüft haben, bevor er den Eingriff vornahm, wobei der Staatsanwalt behauptet, es habe in einem von 56 Fällen *inhaltlich* keine Indikation vorgelegen. Zweitens wird dem Arzt angelastet, in 21 Fällen eine Abtreibung vorgenommen zu haben, ohne daß formal eine ausreichende Indikation vorgelegen habe. Zur Erläuterung: in 15 Fällen war die Feststellung einer Notlage ‚nur‘ auf der Überweisung vermerkt. Kein Gesetz schreibt die Form der Indikationsfeststellung vor. In 6 Fällen soll auch dies nicht vorgelegen haben. Diese Anschuldigung mußte inzwischen zurückgenommen werden vonseiten der Staatsanwaltschaft. Und schließlich soll er in zwei Fällen die vorgeschriebene Drei-Tages-Frist zwischen der Beratung der Frau und dem Eingriff nicht eingehalten haben.

pfm: Was war überhaupt der Anlaß für die Ermittlungen gegen ihn?

U. E.: Der Arzt selbst vermutet, daß die Koblenzer Staatsanwaltschaft ihn wegen seiner Zulassung, in Nord-Rheinland-Pfalz Schwangerschaftsabbrüche ambulant durchführen zu können, besonders im Auge hatte, zumal er und seine Frau, die auch Gynäkologin ist, eine gutgehende Praxis aufbauen konnten.

Im November 1986 wurde gegen ihn und seine Frau ein Verfahren wegen angeblichem Abrechnungsbetrug eingeleitet.

Ca. 2000 Karteikarten von Patientinnen wurden beschlagnahmt. Zu diesem Verfahren kam es aufgrund einer Anzeige einer unzufriedenen Arzthelferin bei der Krankenkasse, die die Staatsanwaltschaft einschaltete. Wir

alle wissen, welche Kräfte am Arbeiten sind, den indizierten Schwangerschaftsabbruch aus der Kostenübernahme durch die Krankenkassen wieder auszuklammern. Schließlich hat Rheinland-Pfalz 1985 einen Gesetzesentwurf eingebracht, der die Krankenkassenregelung zulasten der Frauen und ihrer Familien wieder ändern sollte. er scheiterte allerdings. Geblieben ist die absolute Gleichgültigkeit der Politiker im Hinblick auf eine gute gesundheitliche Versorgung der Frauen, wenn es um Abtreibung geht – sie können verbluten, steril werden, lebenslang krank bleiben, das interessiert nicht.

Bei den Verhören zu dem Abrechnungsverfahren behaupteten 2 Arzthelferinnen, daß in der Praxis Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt würden, die die Frist von 12 Wochen weit überschritten. Diese schweren Beschuldigungen wurden von der Staatsanwaltschaft in keiner Weise sorgfältig überprüft, sondern platt als Verdacht für ausreichend befunden, um weitere Ermittlungen, jetzt wegen Vergehens gegen den §218 StGB, im April einzuleiten.

Von Verhältnismäßigkeit kann bei der Praxisdurchsuchung, Beschlagnahme der Patientinnenkartei und der Verhaftung des Arztes in der laufenden Praxis wahrlich keine Rede sein. Hier war ein Staatsanwalt auf Treibjagd ausgezogen und steht seinen Memminger Kollegen in nichts nach. Sein Opfer war der Neuwieder Gynäkologe.

pfm: Das Ermittlungsverfahren wurde im August 1989 abgeschlossen. Welche Konsequenzen hat es bisher gehabt?

U. E.: Der Arzt selbst wurde zunächst zweimal in Untersuchungshaft genommen und nur gegen eine hohe Kautionsentlassung; sein Paß wurde ihm entzogen. Bereits seit der ersten Praxisdurchsuchung hat er keine Abbrüche mehr durchgeführt. Schon die bisherigen Er-

mittlungen schädigen den Ruf des Arztes. Ähnlich wie Dr. Theissen in Memmingen wird es ihm nicht möglich sein, neben einem laufenden Prozeß seine Praxis regulär weiterzuführen. Der wirtschaftliche Ruin eines Gynäkologen, der indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchführt – davon gibt es in Rheinland-Pfalz lediglich sieben – und der seiner Familie, wird auf kaltem Wege, quasi als Nebeneffekt miterreicht und wird auf Ärzte die Wirkung nicht verfehlen.

Der Effekt von Verunsicherung und Einschüchterung bei Frauen und bei Ärztinnen und Ärzten schon jetzt zu spüren. Beispielsweise tauchte im vergangenen Jahr in einer Mainzer Praxis zum ersten Mal seit Jahren wieder eine Frau auf, die bei sich einen Seifenabtreibung vorgenommen hatte. Es fahren wieder mehr Frauen nach Holland zur Abtreibung. Ärzte erklären hilfeschreitenden Frauen immer häufiger, in der Bundesrepublik sei ein legaler Abbruch nicht mehr möglich.

Gab es schon bisher in Rheinland-Pfalz nur wenige Möglichkeiten, einen indizierten Schwangerschaftsabbruch ambulant und medizinisch einwandfrei durchführen zu lassen, wirkt sich die „Klimaverschlechterung“ der letzten beiden Jahre in erster Linie zu Lasten der Frauen aus. Zum Vergleich: 1988 wurden beim Statistischen Bundesamt für Wiesbaden 6029 Abbrüche aufgrund einer Notlagenindikation registriert, in Mainz 3. Dem steht die Beteuerung des Justizminister Caesar, FDP, diametral entgegen, er wolle für rheinland-pfälzische Frauen Bedingungen in der Gesundheitsversorgung von Frauen, die denen in Hessen entsprechen.

pfm: Was bedeuten die bisherigen Ermittlungen für die Frauen, deren frühere Schwangerschaftsabbrüche vor Gericht zur Diskussion stehen?

U. E.: Frauen wurde zunächst ein „Fragebogen für Zeuginnen bei Schwangerschaftsabbrüchen“ vorgelegt mit insgesamt 45 Fragen zu ihren persönlichen Verhältnissen, zur Indikationsfeststellung und zum Abbruch selbst. Erst auf den zweiten Blick merkt man, daß sich lediglich sechs Fragen direkt auf das Ermittlungsverfahren beziehen. Die übrigen

können teilweise zu einer unbemerkten Selbstbeschuldigung der Frauen führen (Auch eine Parallele zu Memmingen: Alle haben den Fragebogen ohne Rechtsbeistand beantwortet!) Einige Fragen dienen der gezielten Denunziation des Arztes, andere sind schlichte Gesinnungsüberprüfung der Zeuginnen.

Insgesamt wurden fast zweihundert Frauen vorgeladen und vernommen – teilweise mit der Begründung, es ginge um den vermuteten Abrechnungsbetrug –, wobei die zu ermittelnden Behörden sie jedoch ausführlich zum Schwangerschaftsabbruch vernahmen. Der rheinland-pfälzische Justizminister sowie der leitende Oberstaatsanwalt betonen immer wieder, eine strafrechtliche Verfolgung der Frauen werde nicht stattfinden. Sie räumen ein, daß bei den Frauen durch „unsensible“ Befragungen bedauerlicherweise ein anderer Eindruck entstanden sein könne. Von einer beabsichtigten „Kriminalisierung der Frauen oder gar von ‚Hexenjagd‘ zu sprechen“, gebe es nicht den geringsten Anlaß, heißt es in einer Presseinformation, die die Oberstaatsanwaltschaft Ende August 1989 herausgegeben hat. Der Versuch, die Hexenjagd auf Frauen zu leugnen, ist lächerlich: Selbst ein rechter Staatsanwalt darf den Poker um Frauenwahlgenuss nicht konterkarieren, und die Treibjagd auf einen Gynäkologen erreicht stellvertretend das politisch beabsichtigte Ziel.

pfm: Wann und wie wurde das alles in der Öffentlichkeit bekannt?

U. E.: Wir selbst sind erst 1988 durch einen Artikel in der „TAZ“ aufmerksam geworden. Im Herbst 1988 beantragten die Grünen im Landtag eine „Aktuelle Stunde“, in der sämtliche laufende Ermittlungsverfahren in Sachen §218 zur Sprache kamen. Neuwied ist lediglich einer der Schauplätze dieser Szenerie versuchter Einschüchterung und Kriminalisierung. Seither sind wenigstens die wichtigsten Tatsachen öffentlich geworden.

Ansonsten haben wir es in Rheinland-Pfalz mit einer „nicht-informierenden“ Lokalpresse zu tun; das heißt Resonanz und Information bieten nur die überregionalen Medien.

pfm: Was versucht Ihr zu tun, und mit wem arbeitet Ihr in Rheinland-Pfalz zusammen?

U. E.: Wir haben einen „Kommunikationskreis Frauen“ gegründet, um mehr Möglichkeiten der Gegenwehr, der Information und Unterstützung betroffener Frauen, BeraterInnen, Ärztinnen und Ärzte zu haben. Zu diesem Arbeitskreis gehören Frauen von den Grünen, dem Deutschen Gewerkschaftsbund, der Arbeitsgemeinschaft Sozialdemokratischer Frauen, der Humanistischen Union und der *Pro Familia*.

Wir haben mit einem breit gestreuten Offenen Brief zunächst versucht, die betroffenen Frauen zu erreichen, sie über ihre rechtliche Situation zu informieren und ihnen Hilfe anzubieten. Dabei haben wir ganz ähnliche

Erfahrungen gemacht wie die Frauen des Memminger Frauenzentrums und die Rechtsanwältinnen: Die Frauen haben offenbar große Angst, mit ihrem früheren Abbruch „öffentlich“ zu werden, den letzten Rest ihrer Anonymität und Intimsphäre noch zu verlieren. Das ist einerseits sehr verständlich, wenn man bedenkt, wie demütigend die Vernehmungen der Frauen durch die Polizei waren und vor allem, wie sehr aufgrund des politischen Klimas Frauen mit einem Abbruch in den letzten Jahren wieder kriminalisiert und moralisch diffamiert werden. Die „Frauenszene“ in Rheinland-Pfalz selbst und auch das bundesweit organisierte Bündnis von Frauen ist aber vorbereitet, die Öffentlichkeit über den angekündigten Prozeß gegen den Arzt von Anfang an zu informieren. Mit der zugesagten Hilfe bestimmter Medien wird das sicher gelingen.

pfm: Es gibt offensichtlich eine Reihe von Parallelen zu Memmingen. Worin liegen Deiner Einschätzung nach im wesentlichen die Unterschiede?

U. E.: Die Staatsanwaltschaft ist bei ihren Ermittlungen außer an die Frauen auch an mehrere ÄrztInnen herangetreten, die Frauen zum Schwangerschaftsabbruch nach Neuwied überwiesen hatten. Auch ein Teil dieser scheint es mit der Angst bekommen und Bußgelder bezahlt zu haben. Der zuständige Staatsanwalt Lessing hat diese Ärzte angeschrieben und zudem fälschlich belehrt, so daß sie Aussagen machten, die sie sonst nicht gemacht hätten. Mindestens ein Arzt hat Bußgeld bezahlt, soweit uns bekannt, und es gab mindestens 1 Strafverfahren, von dem die Öffentlichkeit nichts weiß.

Ein anderer Punkt betrifft die Frauen, die als Zeuginnen vernommen worden sind. Den Beteuerungen des Justizministeriums und der Oberstaatsanwaltschaft, den Frauen passiere nichts, trauen wir nicht nur nicht, wissen wir doch, wie ‚unsensibel‘ die Justiz auch mit der Wahrheit umgeht und nicht nur mit Fragebögen!

Mindestens gegen 1 Frau ist bereits ermittelt worden. Und selbstverständlich geraten alle Frauen wieder ins öffentliche Rampenlicht, wenn sie als ‚Beweismittel‘ als Zeuginnen zu öffentlichen Sitzungen zitiert werden. Die Verteidigung des Arztes muß allein schon darauf bestehen. Vielleicht wird hier der rheinland-pfälzische Schachzug am deutlichsten: In Memmingen saßen der helfende Arzt und die betroffenen Frauen noch „in einem Boot“, konnten gemeinsam versuchen, sich gegen Anschuldigung und Diffamierung zu wehren. Im Koblenzer Prozeß wird der „Schwarze Peter“ zwischen dem beschuldigten Arzt und den betroffenen Frauen hin- und hergeschoben. Die im Dunkeln sieht man nicht!

Vor allen scheint mir eine Strategie der Gerichte zu sein, jetzt einzelne Ärzte an den

Pranger zu stellen und dadurch zu vermeiden, daß eine breite Solidarisierung mit betroffenen Frauen erfolgt und daß gerichtliche Verfahren allzulange die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit auf sich ziehen.

pfm: Der Prozeßbeginn ist bereits mehrfach verschoben worden. Worauf hofft Ihr?

U. E.: Bis vor kurzem vertrat ich die Auffassung, jedes gerichtliche Verfahren, und sei es noch so unberechtigt, verschlechtere zwar die Gesamt-Abtreibungssituation in unserem ‚demokratischen‘ Land, aktiviere aber andererseits die oppositionelle Seite zu klarem politischen Handeln. Von ersterem bin ich weiterhin überzeugt. Von der Hoffnung auf politisches Handeln der Opposition in Rheinland-Pfalz ist wenig übrig geblieben seit der Äußerung des SPD-Fraktionsvorsitzenden, für ihn sei der Zeitpunkt, diesen Paragraphen endlich aus dem Strafgesetz zu streichen und damit Frauen als das andere Geschlecht endlich Gleichwertigkeit zuzubilligen, immer noch nicht gekommen. Als Hoffnung bleiben die Frauen: die autonomen, die aus den Gewerkschaften, die GRÜNEN Frauen, die AsF, eine Reihe von FDP-Frauen und die heimlichen Sympathisantinnen aus den Reihen der CDU.

Wir kommen nicht um den langen Marsch herum.

Mit Ulla Ellerstorfer sprach für den Ausschuß für innerverbandliche Kommunikation Annette Rethemeier.

Redaktionsschluß für die nächsten Ausgaben

Die Redaktion freut sich über jeden Beitrag aus dem Kreis des Leserinnen und Leser, auch über Leserbriefe (die sollten möglichst kurz gehalten sein, damit Kürzungen nicht erforderlich sind).

Heft 2/90 zum Thema „Was tut sich in der Sexualpädagogik?“ erscheint Anfang März. Das Schwerpunktthema ist redaktionell abgeschlossen. Aktuelle Kurzberichte können bis zum 30. Januar eingeschickt werden.

Heft 3/90 zum Thema „Medizin in der Familienplanung“ erscheint Anfang Mai. Redaktionsschluß für Beiträge zum Schwerpunktthema ist der 10. Februar, für aktuelle Kurzberichte ist es der 30. März.

Kunst bei Pro Familia

20 Jahre Pro Familia München

Zum 20jährigen Bestehen der Münchner *Pro Familia* wurde eine schon länger bestehende Idee in die Tat umgesetzt. Die Nähe der Münchner Beratungsstellen in Schwabing zur Kunstakademie und die Unterbringung im „von-Steiner-Haus“, genannt nach einem „akademischen Maler“ der Jahrhundertwende, legte diese Idee nahe: Kunst in der Beratungsstelle.

Damit war jedoch zeitgenössische Kunst gemeint. Kunst, die auf die Kommunikation mit Menschen angelegt ist, um ihre Botschaft oder ihre Aussagen zu vermitteln. Keine musealen abgelegten anerkannten Werte, auch kein Kunstgewerbe, keine Seidenmalerei, keine Batik, keine Töpferware. So war denn auch der erste ausstellende Künstler ein Meisterschüler der Kunstakademie, Mike Keilbach.

Ausstellungsbedingungen: *Pro Familia* sorgt für die Vorrichtungen zum Aufhängen der Bilder, läßt eine Einladung drucken, läßt zur „Vernissage“ ein und stellt die Getränke. Der Artist gestaltet die Einladung, läßt seine eigenen Leute ein, stellt die Ausstellung zusammen und hängt sie selbst auf, steht für Gespräche zur Verfügung und stiftet für die „Sammlung *Pro Familia*“ eine grafische Arbeit.

Der wesentliche Teil seiner Ausstellung waren in diesem Jahr entstandene „Männerporträts“, grafisch sehr stark farbige-realistische, teilweise beunruhigende, an der



Grenze zur Karikatur liegende Darstellungen von „gewöhnlichen Männern“.

Da regte sich natürlich in den Reihen der MitarbeiterInnen Kritik. Bedenken kamen auf: Können wir diese Porträts unseren Besucherinnen überhaupt zumuten, wird die Atmosphäre der Beratungsstelle gestört, wollen wir in dieser „Dekoration“ arbeiten?

In der Abteilung „Schwangerenberatung“ wurden nach einiger Diskussion Bilder umgehängt. Auf Vorschlag des Künstlers kamen Skizzen von einer Tunesienreise zum Einsatz.

Die Reaktionen der Besucher waren wie erwartet unterschiedlich: Wer sich äußerte, fand die Idee, Bilder in der Beratungsstelle auszustellen, grundsätzlich gut. Die Bewertung der Arbeiten ging von „Spontanes Ergötzen!“ bis „Interessant“ und „Ziemlich beunruhigend“. Die Reaktionen übertrafen jedenfalls die Erwartungen des Künstlers bei weitem. Wie geht's weiter? Eine „Ausstellungsgruppe“ aus MitarbeiterInnen, interessierten Mitgliedern wird sich um die nächsten Ausstellungen kümmern. Nachfra-

gen von einzelnen KünstlerInnen sind genügend vorhanden. Ideen auch: MitarbeiterInnen zeigen ihr schönstes Bild, das sie zuhause haben; Kunst von Psychiatriepatienten (in Zusammenarbeit mit einem sozialpsychiatrischen Dienst); Themenausstellungen „Beratung“, „Zwangsberatung“ (in Zusammenarbeit mit einer Akademikklasse); Kinderzeichnungen (mit dem Kindergarten der Universität) usw. usf.

Öffentliche Aufmerksamkeit ist erwünscht. Kontakte zu „beratungsfernen“ Gruppen werden hergestellt. Anlässe für Begegnungen werden geschaffen. Es gibt endlich wieder etwas zum Feiern. So sind wir Bayern.

F. W. Hosemann

Grund zum Feiern anlässlich ihres 20jährigen Bestehens hatten auch die *Pro Familia*-Einrichtungen in Gießen und Wiesbaden. Mehr darüber im nächsten Heft.



Rechts: 20 Jahre Pro Familia München. Die MitarbeiterInnen stellen sich zum Gruppenporträt in klassizistischer Dekoration. 13 fehlen noch.

Links: Mike Keilbach: „Ottfried“.

JUGENDLICHE UND AIDS – WIR SOLLTEN DARÜBER REDEN:

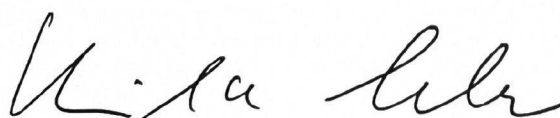


Liebe Mitbürgerinnen und Mitbürger,
Jugendliche wachsen heute in einem Spannungsfeld verschiedener Herausforderungen und Probleme heran. Eines dieser Probleme ist die weltweite Bedrohung durch die Immunschwäche AIDS. Das Erleben von Partnerschaft und Sexualität, ohnehin von Zweifeln und Fragen begleitet, wird dadurch nicht einfacher.

Wir, die Erwachsenen – Eltern, Lehrer, Erzieher – sind aufgerufen, unseren Kindern bei der Entwicklung einer reifen Persönlichkeit und eines verantwortungsvollen Umgangs mit Gesundheit und Sexualität durch offene Gespräche und ehrliche Antworten zu helfen.

AIDS ist vermeidbar, wenn man informiert ist und die Übertragungswege bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr und Drogenkonsum kennt. Wenn Sie dazu noch Fragen haben, dann rufen Sie die persönliche AIDS-Telefonberatung an: 02 21 / 89 20 31, oder sprechen Sie mit der AIDS-Fachkraft Ihres Gesundheitsamtes – damit Sie Ihren Kindern ein guter Gesprächspartner sein können.

**GIB AIDS
KEINE
CHANCE**



Professor Dr. Dr. h.c. Ursula Lehr, Bundesministerin für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit

pro familia magazin:
Themen 1990

- Heft 1 (Januar):
Sexualität und Behinderung
Heft 2 (März):
Was tut sich in der Sexualpädagogik?
Heft 3 (Mai):
Medizin in der Familienplanung
Heft 4 (Juli):
Migranten, Remigranten, Asylanten
Heft 5 (September):
Sucht
Heft 6 (November):
Geschichte der Ideologien in der Familienplanung

pro familia magazin

Ankreuzen und einsenden an:
Gerd J. Holtzmeyer Verlag
Weizenbleek 77, 3300 Braunschweig

Fest-Abonnement

Hiermit abonniere ich das *pro familia magazin* ab Heft ___/8 bis mindestens Ende 1990. Das Abonnement verlängert sich stillschweigend von Kalenderjahr zu Kalenderjahr, wenn ich nicht bis 30. September kündige.

● Mit der Abo-Bestätigung erhalte ich ein Heft aus dem Jahrgang 1985 **kostenlos.**

Name _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Datum, Unterschrift _____

Dieses Abonnement kann ich innerhalb von 10 Tagen widerrufen. Die Frist ist gewahrt, wenn ich innerhalb dieser Zeit den Widerruf absende.

Datum, Unterschrift _____



Adressen der Landesverbände

Baden-Württemberg:
7000 Stuttgart 1
Schloßstraße 60
Telefon (0711) 61 75 43

Bayern:
8000 München 40
Türkenstraße 103/1
Telefon (089) 39 90 79

Berlin:
1000 Berlin 30
Ansbacher Straße 11
Telefon (030) 213 90 13

Bremen:
2800 Bremen
Stader Straße 35
Telefon (0421) 49 10 90

Hamburg:
2000 Hamburg 13
Tesdorfstraße 8
Telefon (040) 44 19 53 22

Hessen:
6000 Frankfurt/Main 1
Schichaustraße 3-5
Telefon (069) 44 70 61

Niedersachsen:
3000 Hannover 1
Am Hohen Ufer 3 A
Telefon (0511) 1 54 59

Nordrhein-Westfalen:
5600 Wuppertal 2
Loher Straße 7
Telefon (0202) 8 98 21 22

Rheinland-Pfalz/Saarland:
6500 Mainz, Schillerstraße 24
Telefon (06131) 22 50 22

Schleswig-Holstein:
2390 Flensburg,
Am Marienkirchhof 6
Telefon (0461) 8 69 30



Pro Familia-Vertriebsgesellschaft informiert:

Unser zweites Geschäftsjahr ist abgeschlossen. Die Umsätze lagen 20% höher als geplant und erwartet. Unsere Kommanditisten erhalten für 1989 ihre Verlustzuweisungen. Dieses Jahr werden wir nicht mehr mit Verlusten rechnen, aber auch noch keine Mittel an den Verband geben können. Hier ein paar Zahlen: Jahresumsatz 1989: über 300 000,- DM, davon 3/4 Versand (Groß- und Einzelhandel) und 1/4 Einzelhandel in der „CONDOMERIA“, unserem Laden in Frankfurt. Unser Katalog Nr. 2 hat großartige Resonanz. Seit Oktober erreichen uns täglich über 30 Anfragen, als KundenInnen bestellen daraufhin fast 1/3 der KataloginteressentenInnen. Personell und räumlich verlangte dies sehr viel Improvisation und Engagement in den letzten Wochen.

Ab Januar 1990 werden wir endlich zusätzliche Köpfe und Hände haben, um noch schneller und effizienter zu arbeiten. Das Angebot im Katalog Nr. 2, Mitglied werden zu können, nehmen erstaunlich viele wahr.

Unsere über 70 KommanditistenInnen haben mittlerweile unser Kapital auf 115 000 DM wachsen lassen. Mit unserem Erfolg steigt auch das Interesse, sich finanziell zu beteiligen. Wir suchen nach wie vor EinlegerInnen (ab DM 500,-), die sich beteiligen (Prospekt anfordern mit frankiertem DIN A-4 Rückumschlag).

Unsere Perspektiven für 1990: Über 500 000 DM Umsatz, mehr Zeit und Raum zum Arbeiten.

Neue Produkte:

Video für Kinder (5-9 J.): „Woher komm ich eigentlich?“, Zeichentrickfilm, 28 Min., Farbe, 49,- DM (ab Feb.); Kinderaufklärungsbroschüre 32 Seiten, DIN A 6; Fluoreszierende Condoome („Skin Deep“) Marke „Magic“. Für WiederverkäuferInnen: Verkaufsdisplay mit unseren vier RFSU-Condomen für Apotheken, Ärzte, Beratungsstellen, Cafés und sonstige Verkaufsstellen (Prospekt anfordern!).

Wir danken an dieser Stelle allen, die mitgeholfen haben, die Vertriebsgesellschaft aufzubauen und zu stabilisieren, sei es nun als Kunden oder durch Rat und Tat.

Pro Familia-Vertriebsgesellschaft mbH & Co KG,
6000 Frankfurt 1, Gutleutstr. 138, (Tel. 069/25 19 30)