

Familienplanungs- RUNDBRIEF

Ausgabe April 2007 Nr. 1

Inhalt

Impressum	2
Einleitung	3
Verhütungsberatung bei Frauen mit Behinderungen	3
Beratung von Menschen mit Behinderungen zu Sexualität und Partnerschaft	8
Kinderwunsch von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder so genannter geistiger Behinderung	12
„Frau sein mit Behinderung“ Kooperationsprojekt vom pro familia Ortsverband Frankfurt/Main und dem Club Behinderter und ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung (CeBeeF) e..V.	15
Literatur, Arbeitshilfen und Projekte für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen	17
Hinweise	
- Vorhautbeschneidung bei Männern reduziert das Risiko für eine HIV-Infektion	19
- Organon und Schering beenden die gemeinsame Forschung zur Entwicklung der „Pille für den Mann“	20
- Kondome bieten einen gewissen Schutz vor HPV-Infektionen	20
- HPV-Typen 16 und 18 seltener als angenommen	20
- HPV-Impfung – Empfehlung der StiKo verabschiedet	21
- Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten	21
- Mehrsprachige Informationen für [migrierte] Sexarbeiterinnen	22

Impressum: © 2007

Herausgeber: pro familia-Bundesverband

Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg

Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main

Anschrift: pro familia-Bundesverband

Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

E-Mail: rundbrief@profamilia.de

Internet: www.profamilia.de/Angebot/Publikationen/Familienplanungsrundbrief

Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung (BZgA).

Einleitung

Die Charta der International Planned Parenthood Federation (IPPF) berücksichtigt in ihren Forderungen ausdrücklich das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Zugang zu Information und Gesundheitsversorgung im Zusammenhang mit ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Um den Bedürfnissen dieser KlientInnengruppe in der Beratung und medizinischen Betreuung gerecht zu werden, müssen neben den grundlegenden Standards jeder Beratung und Behandlung weitere Kriterien beachtet und erfüllt werden.

Bereits vor 20 Jahren hat pro familia begonnen, spezifische Dienstleistungsangebote für Menschen mit Behinderungen zu entwickeln. Sie hat ihr diesbezügliches Angebot stetig erweitert. Inzwischen bietet jede vierte Beratungsstelle Dienstleistungen für diese Zielgruppe an. Der Bundesverband unterstützt u.a. mit Fortbildungsangeboten, Informationsmaterialien und Fachgutachten. Dass weiterhin hoher Beratungs- und Handlungsbedarf besteht, zeigte sich bei dem Fachgespräch „Barrierefreiheit in der Beratungsstelle“, das der Bundesverband Ende 2006 zum Thema durchgeführt hat. Neben Maßnahmen, die den Zugang zu einer Beratungseinrichtung erleichtern, gibt es viele Möglichkeiten, konsequent und nachhaltig durch Einbindung von Menschen mit Behinderung, durch Fortbildungen, Kooperationen und regionale Vernetzungen die Situation weiter zu verbessern. Ein wichtiger Punkt scheint es auch zu sein, die Barrieren in den Köpfen zu beseitigen, die zu Vorurteilen, Tabus und Schwellenängsten führen.

Der aktuelle Familienplanungs-Rundbrief widmet sich dem Thema zum ersten Mal in dieser ausführlichen Form und geht besonders auf die Themen Verhütungsberatung, Sexualität und Partnerschaft sowie Kinderwunsch ein.

Noch eine Anmerkung zum Terminus „geistige bzw. körperliche Behinderung“. Diese Formulierung wird von einigen Betroffenen als abwertend und diskriminierend empfunden. Aus diesem Grund werden aktuell- und so auch in diesem Heft- unterschiedliche Begriffe verwendet. Die Diskussion um die Begrifflichkeit „Behinderung“ ist noch nicht abgeschlossen.

„Eine Person ist nicht behindert, sondern sie wird erst behindert! Die Auswirkungen einer Behinderung werden wesentlich mitgeprägt von den Möglichkeiten, die die Gesellschaft anbietet oder behinderten Menschen vorenthält.“ (Lebenshilfe e.V.)

Verhütungsberatung bei Frauen mit Behinderungen

Helga Seyler¹

Das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung bedeutet, dass auch Menschen mit Behinderungen selbst entscheiden können, ob und wie sie verhüten wollen. Die verbreitete Praxis der Sterilisation, oft schon im jugendlichen Alter, wurde durch eine gesetzliche Regelung 1993 unterbunden. Aber auch die routinemäßige Gabe der Dreimonats-Spritze an Bewohnerinnen von Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen ist seltener geworden. Mit zunehmender sexualpädagogischer Fortbildung der BetreuerInnen wird auch die Frage der Verhütung individueller und zusammen mit den betreuten Frauen und Männern geklärt.

Die Verhütungsberatung bei Frauen² mit Behinderungen fordert BeraterInnen auf sehr unterschiedlichen Ebenen. Oft ist die Kommunikation durch körperliche oder geistige Beeinträchtigungen erschwert. Die Vielzahl von Behinderungen, das unterschiedliche Niveau individueller Fähigkeiten, die verschiedenen Lebenssituationen und die individuellen Unterstützungsmöglichkeiten erfordern, dass sich die BeraterIn oder ÄrztIn auf die jeweilige Person und Situation einstellt und mit der Rat Suchenden individuelle Möglichkeiten und Lösungen bespricht.

Wegen der oft vorhandenen mehrfachen Begleiterkrankungen ist die Anwendung vieler Verhütungsmethoden mit erhöhten gesundheitlichen Risiken verbunden. Außerdem müssen Wechselwirkungen mit eingenommenen Medikamenten beachtet werden.

Die Beratung dieser Frauen erfordert aus den genannten Gründen hohes fachliches Wissen, ergänzt durch die Kooperation mit SpezialistInnen, und zudem viel Zeit und Engagement.

Wer hat welches Anliegen

Die Frauen kommen in der Regel in Begleitung von Angehörigen oder BetreuerInnen. Oft haben

¹ Der Text entstand mit fachlicher Unterstützung von Dr. med. Birgit Delisle, niedergelassene Frauenärztin in München

² Verhütung betrifft im Prinzip sowohl Männer als auch Frauen mit Behinderungen. In der Praxis geht es jedoch besonders bei Menschen mit Lernbehinderungen noch häufiger nur um die Frau, so dass in diesem Text an vielen Stellen nur von Frauen gesprochen wird.

diese große Sorge, dass die Klientin schwanger werden könnte und wollen eine Schwangerschaft vermeiden. Sie befürchten eine zu hohe psychische oder körperliche Belastung durch die Schwangerschaft oder Probleme bei der Versorgung des Kindes.

Das Thema Kinderwunsch bei Menschen mit Behinderungen ist tabuisiert (siehe Beitrag Maria Gies) und auch über Verhütung wird häufig zu wenig gesprochen. Stattdessen wird meist selbstverständlich davon ausgegangen, dass Frauen mit Behinderungen verhüten wollen/sollen.

Die Entscheidung über Verhütung/Kinderwunsch muss nach dem Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung aber dem Einzelnen überlassen bleiben. Auch Menschen mit Lernbehinderung können mit ausreichender sexualpädagogischer Unterstützung Verantwortung für Verhütung übernehmen. So kommen häufig Paare gemeinsam in die Beratung, um Verhütungsfragen zu klären, bevor sie Geschlechtsverkehr haben.

Die Klärung, von wem die Initiative zu dem Besuch in einer Beratungseinrichtung ausgeht und welches Anliegen die Klientin selbst bzw. die BegleiterIn hat, erleichtert die Kommunikation im Beratungsgespräch erheblich.

Über den Begriff "Geistige Behinderung" wird aktuell viel diskutiert. Die Bezeichnung „geistig behindert“ wird von Betroffenen häufig als diskriminierend empfunden. In diesem Beitrag wird deshalb von „Menschen mit Lernbehinderungen“ gesprochen. Damit sind unterschiedliche Formen und Schweregrade von geistiger Behinderung gemeint, auch wenn darunter sonst meist nur leichtere Beeinträchtigungen verstanden werden.

Bisher existiert noch keine Begrifflichkeit, die sich bei allen Betroffenen und Verbänden durchgesetzt hätte. Der gesuchte Begriff soll an den Möglichkeiten und Fähigkeiten der Menschen ansetzen. Im deutschen Sprachraum gibt es folgende Bezeichnungen für unterschiedliche Formen und Schweregrade von Behinderungen:

- [Geistige Behinderung](#)
- [Hörschädigung \(Gehörlosigkeit + Schwerhörigkeit\)](#)
- [Körperbehinderung](#)
- [Lernbehinderung](#)
- [Mehrfachbehinderung](#)
- [Schwerbehinderung](#)
- [Sehschädigung \(Blindheit + Sehbehinderung\)](#)
- [Sprachbehinderung](#)
- [Verhaltensstörung](#)

Besteht überhaupt Verhütungsbedarf?

Die Entscheidung, ob und wie Menschen mit Behinderungen verhüten, wird, insbesondere bei Menschen mit Lernbehinderungen oft von ÄrztInnen und BetreuerInnen getroffen. Bis vor einigen Jahren wurden Frauen routinemäßig sterilisiert und auch heute noch wird oft die Dreimonats-Spritze verabreicht, ohne den Verhütungsbedarf im Vorfeld abzuklären.

Da viele Menschen mit Lernbehinderungen auch in bestehenden Partnerschaften keine genitale Sexualität leben, sollte im Einzelfall geklärt werden, ob Verhütung notwendig ist. Das ist oft nicht ganz einfach, wenn zum Beispiel kein ausreichendes Wissen darüber vorhanden ist, wie eine Schwangerschaft entsteht. Deshalb sollte in der Beratung möglichst anschaulich und konkret mit Bildern und Modellen erklärt werden, bei welchen sexuellen Aktivitäten eine Schwangerschaft entstehen kann, und genau und möglichst konkret nachgefragt werden, in welcher Weise die Rat Suchenden sexuell aktiv sind.

Die Sorgen der Angehörigen oder BetreuerInnen vor ungeplantem Geschlechtsverkehr und einer ungewollten Schwangerschaft können möglicherweise reduziert werden, indem vorsorglich ein Rezept für die *Pille danach* ausgestellt wird und das Medikament dann zu Hause oder in der Wohneinrichtung aufbewahrt werden kann.

Auswahl der passenden Methode

Wenn das Verhütungsanliegen klar ist, geht es im nächsten Schritt um die Auswahl einer passenden Methode.

In der Beratung, besonders bei Menschen mit Lernbehinderungen, müssen in möglichst einfacher Sprache konkret und praxisnah die Anwendung und die Auswirkungen der einzelnen Methoden vermittelt werden. Es sollte konkret besprochen werden, ob und wie die sichere Anwendung im Alltag möglich ist. Dabei müssen die persönlichen Fähigkeiten und die Möglichkeiten der zur Verfügung stehenden Assistenz besprochen werden, um die Methoden benennen zu können, deren Anwendung und Handhabung im Einzelfall praktikabel sind.

Ist zum Beispiel bei Einschränkungen der körperlichen Fähigkeiten die Handhabung von Barrieremethoden durchführbar? Kann der Partner helfen? Kann die regelmäßige Einnahme der Pille gewährleistet werden, möglicherweise mit Unterstützung? Sind medizinische Eingriffe möglich und akzeptabel, wie zum Beispiel das Einlegen eines Implantats oder einer Spirale?

Wie ist der Umgang mit der Menstruation? Für manche Frauen ist die Menstruationshygiene schwierig, so dass häufigere und unregelmäßige Blutungen ein Problem wären und sie seltene oder ausbleibende Blutungen begrüßen würden. Für andere Frauen ist jedoch die regelmäßige Blutung ein zentraler Aspekt ihres Frauseins.

Gynäkologische Untersuchung

Eine gynäkologische Untersuchung ist für viele Frauen mit Körperbehinderungen anstrengend und aufwändig (siehe Beitrag Sonnleitner-Doll). Auch für Frauen mit Lernbehinderungen ist die Untersuchung oft unangenehm und schwierig. Deswegen können Kontrazeptiva günstig sein, bei denen regelmäßige genitale Untersuchungen nicht dringend notwendig sind. Die Untersuchungen sollten auf das unbedingt notwendige Maß beschränkt werden.

Gesundheitliche Faktoren

Gesundheitliche Risiken durch Begleiterkrankungen und Wechselwirkungen mit Medikamenten erschweren die Auswahl eines passenden Verhütungsmittels zusätzlich zu den direkt aus der Behinderung resultierenden Beschränkungen. Oft müssen Kompromisse zwischen dem praktisch Möglichen und den Risiken einer Methode gefunden werden oder die Risiken verschiedener Methoden müssen gegeneinander abgewogen werden.

Der Vielzahl unterschiedlicher Behinderungen und Krankheiten stehen ebenso viele individuelle Risikokonstellationen und Wechselwirkungen gegenüber, die in diesem Beitrag naturgemäß nicht erschöpfend dargestellt werden können. Hier soll nur auf einige häufig auftretende Aspekte eingegangen werden.

Bewegungseinschränkungen

Frauen mit starken Bewegungseinschränkungen, besonders Rollstuhlfahrerinnen, haben ein erhöhtes Thromboserisiko. Dies wird durch die Einnahme von (kombinierten) hormonellen Kontrazeptiva (Pille, Verhütungspflaster, Vaginalring) zusätzlich erhöht. Auch bei Herzfehlern kann das Thromboserisiko erhöht sein.

Wie sich reine Gestagenmethoden (Gestagenpille, Implantat, Dreimonats-Spritze) auf das Thromboserisiko auswirken, ist nicht ausreichend geklärt. Wahrscheinlich ist das Risiko jedoch geringer als mit kombinierten hormonalen Kontrazeptiva, so dass diese Mittel vorzuziehen sind.

Bei der Anwendung der Dreimonats-Spritze muss die häufig damit verbundene Gewichtszunahme bedacht werden, die an sich schon problematisch ist und sich zudem negativ auf die Knochendichte auswirkt, die schon durch Bewegungseinschränkungen verringert sein kann.

Da für Frauen mit Bewegungseinschränkungen die Menstruationshygiene ein Problem sein kann, muss auch besprochen werden, welche Bedeutung die Veränderung der Blutungen durch die verschiedenen Methoden für sie hat. Bei der Langzeit-Anwendung von Gestagenen ist die Wirkung auf die Blutung individuell unterschiedlich. Bei der Dreimonats-Spritze kann es in den ersten Wochen zu Dauerblutungen kommen, nach einigen Monaten bleibt die Regel dann fast immer aus. Auch bei der Hormonspirale kommt es in den ersten Wochen oft zu häufigen Blutungen, nach drei Monaten werden die Blutungsabstände meist länger und die Blutung schwach. Beim Implantat kann es bei einigen Frauen dagegen dauerhaft zu häufigen oder verlängerten Blutungen kommen.

Sensibilitätsstörungen im Unterkörper

Bei Sensibilitätsstörungen im Unterleib (zum Beispiel bei Querschnittslähmung, Spina bifida) wird von der Anwendung der Spirale abgeraten, da Schmerzen als Anzeichen einer Unterleibsinfektion nicht wahrgenommen werden. Da das Infektionsrisiko auch bei der Anwendung von Kupferspiralen nach neuerem Wissen nur wenig erhöht ist, sollte es gegen die Risiken anderer Methoden abgewogen werden.

Bei der Hormonspirale wird meist ein geringeres Risiko für Infektionen angenommen. Allerdings ist die Datenlage dazu widersprüchlich, und eine große WHO-Studie zeigte keine Unterschiede zwischen Kupfer-IUP und Hormonspirale (UNDP 2003/2004).

Bei spastischen Lähmungen der Beine besteht eine weitere Schwierigkeit darin, die Beine in die Halterungen des Untersuchungsstuhls zu legen. Die Einlage der Spirale ist dann nur in Vollnarkose möglich.

Antikoagulantien

Frauen mit Herzfehlern oder mit starker Bewegungseinschränkung nehmen häufig gerinnungshemmende Medikamente. Dann sind Verhütungsmethoden, bei denen mit stärkeren, häufigen oder verlängerten Blutungen zu rechnen ist, ungünstig und Methoden, bei denen die Blutung schwächer und seltener wird, zu bevorzugen.

Frauen mit Epilepsie

Da für viele Antiepileptika eine teratogene Wirkung bekannt ist, ist eine zuverlässige Verhütung während der Einnahme wichtig.

Einige Antiepileptika beeinflussen den Stoffwechsel hormoneller Kontrazeptiva und reduzieren die Verhütungssicherheit der Pille.

Allerdings gibt es große individuelle Unterschiede in der Auswirkung dieser Medikamente auf den Abbau der Pillenhormone und in der Beeinträchtigung der Verhütungssicherheit (Kuhl 1994). Deswegen sind klare Empfehlungen schwierig. Frauen, die hormonell verhüten wollen, sollten möglichst Antiepileptika einnehmen, die die Pillensicherheit nicht beeinträchtigen. Eine enge Zusammenarbeit mit auf die Epilepsie-Behandlung spezialisierten Neurologen ist sehr hilfreich.

In Deutschland wird meist empfohlen, Kombinationspillen in der Dosierung mit 30µg Ethinylestradiol und möglichst hohem Gestagenanteil (d.h. Einphasenpräparate) ohne Einnahmepausen zu benutzen. Durch den Verzicht auf die Einnahmepause wird die Verhütungssicherheit erhöht. In anderen Ländern wird zum Teil die Anwendung von Kombinationspillen mit 50µg Ethinylestradiol empfohlen. Allerdings wurden auch bei dieser Dosis Versager beobachtet und für Frauen, bei denen die Antiepileptika sich nur gering auf den Abbau der Pillenhormone auswirken, ist diese Dosis unnötig hoch.

Auch der Abbau von Medroxyprogesteronacetat wird durch Antiepileptika beschleunigt. Die Dreimonats-Spritze ist daher keine sichere Alternative zur Pille. Meist wird ein Abstand der Injektionen von zwei Monaten empfohlen.

Einige Antiepileptika können auch hormonelle Störungen wie unregelmäßige Zyklen, Akne und vermehrte Körperbehaarung verursachen. In diesen Fällen kann sich die Pille günstig auswirken. Durch die Dreimonats-Spritze können hingegen Akne und die auch bei einigen Antiepileptika auftretende Gewichtszunahme verstärkt werden.

Bei einigen Frauen haben Hormonschwankungen Einfluss auf die Anfallshäufigkeit, die beispielsweise durch Gestagene gesenkt werden kann. Hormonelle Kontrazeptiva, insbesondere Langzeitverhütung mit Gestagenen, können sich so in manchen Fällen günstig auf die Anfallshäufigkeit auswirken.

Sterilisation

Bis Anfang der 1990er Jahre wurden Frauen mit Lernbehinderung oft sehr früh vorbeugend und ohne explizite eigene Einwilligung sterilisiert. Viele dieser Frauen leiden unter der Unfruchtbarkeit, selbst wenn sie sich nicht konkret Kinder wünschen. 1992 wurde die Sterilisation von nicht einwilligungsfähigen Menschen im § 1905 des Betreuungsgesetzes neu geregelt. Das gesetzlich vorgeschriebene Verfahren ist sehr aufwändig und hat dazu geführt, dass Sterilisationen in diesem Bereich deutlich seltener geworden sind. Petra Winkler³ vom Beratungszentrum Berlin berichtet aus ihrer langjährigen Erfahrung bei der Versorgung von Menschen mit Behinderungen, dass Sterilisationen bei einwilligungsunfähigen Frauen nur noch sehr selten genehmigt werden. Oft passiert das erst dann, wenn schon eine oder mehrere ungewollte Schwangerschaften in Schwangerschaftsabbrüchen endeten. Besonders die Eltern dieser Frauen kritisieren die starke Einschränkung ihrer Entscheidungsmöglichkeiten für die behinderte Tochter und fühlen sich durch das Gesetz entmündigt.

Eine Sterilisation wird jedoch immer noch sehr häufig als Verhütungsmethode für (einwilligungsfähige) Frauen mit Körper- oder Lernbehinderungen durchgeführt. Eine Untersuchung der Bundesregierung⁴ (Eiermann 2000) ergab, dass Frauen mit Behinderungen sehr viel häufiger sterilisiert waren als der Durchschnitt der deutschen Frauen. Auch eine Gebärmutterentfernung war bei ihnen häufiger durchgeführt worden, möglicherweise um gleichzeitig mit der Sterilisation Menstruationsprobleme zu beseitigen. Die Befragten in dieser Studie waren überwiegend Frauen mit Körperbehinderungen, die schon eigene Kinder hatten und die die Entscheidung für eine Sterilisation selbständig getroffen hatten. Die Schwierigkeiten, eine geeignete Verhütungsmethode zu finden, können die hohe Rate an Sterilisationen nur zum Teil erklären. Sicher ist hier auch das Fremd- und Selbstbild der Frauen von Bedeutung, in das die Übernahme einer Mutterrolle nicht hineinpasst.

³ Sexualpädagogin und Sexualberaterin im pro familia Beratungszentrum Berlin

⁴ LIVE Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung.
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=3800.html>

Frauen mit Lernbehinderungen berichten immer wieder, dass sie in eine Sterilisation eingewilligt haben, weil sie seit der Kindheit erklärt bekamen, dass sie wegen ihrer Behinderung keine Kinder bekommen können.

Auch ÄrztInnen sind wahrscheinlich bei Frauen mit Körper- oder Lernbehinderungen eher bereit, auch schon bei jungen Frauen und bei Frauen ohne Kinder eine Sterilisation durchzuführen.

Rechtliche Aspekte

Eine Sterilisation darf nur mit einer wirksamen Einwilligung durchgeführt werden. Bei Frauen mit Lernbehinderungen kann es oft schwierig sein, die Fähigkeit zur wirksamen Einwilligung zu prüfen. Diese muss in jedem Einzelfall individuell festgestellt werden und kann zum Beispiel auch vorhanden sein, wenn die Frau für einige Lebensbereiche auf Betreuung angewiesen ist. Grundlage ist die Fähigkeit, die Risiken des Eingriffs sowie Tragweite und Folgen einer Sterilisation für das weitere Leben zu verstehen. Bei Zweifeln an der Einwilligungsfähigkeit muss beim Vormundschaftsgericht ein Antrag auf Feststellung der Einwilligungsfähigkeit gestellt werden. Die Sterilisation von Minderjährigen ist generell verboten.

Das Einwilligungsverfahren für nicht einwilligungsfähige Menschen ist sehr aufwändig. Es soll, so weit wie möglich, eine Entscheidung im Interesse der Betroffenen ermöglichen. Die Sterilisation darf dem geäußerten oder gezeigten Willen der Frau/des Mannes nicht widersprechen.

Sie darf nur durchgeführt werden, wenn davon auszugehen ist, dass die Person auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird. Es muss ein konkretes Risiko für eine Schwangerschaft bestehen, das heißt, die Person muss sexuell aktiv sein und die Anwendung anderer Verhütungsmethoden muss unmöglich sein. Außerdem muss durch die Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder das Risiko einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren bestehen.

Die Einwilligung muss durch das Vormundschaftsgericht genehmigt werden. Das Gericht muss zwei Sachverständigengutachten einholen, die medizinische, psychologische, soziale und sexualpädagogische Aspekte berücksichtigen. Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, kann das Vormundschaftsgericht der Einwilligung eines besonderen Betreuers zustimmen.

Es muss dann ein besonderer Betreuer bestellt werden, der sonst keine Betreuungsaufgaben für die Betroffene hat. Dieser muss anstelle der betroffenen Person in die Sterilisation einwilligen. Die Sterilisation darf frühestens zwei Wochen nach der Einwilligung durchgeführt werden.

Ob auch eine Vasektomie mit dem Verfahren nach § 1905 durchgeführt werden kann, ist nicht explizit geregelt. Der Paragraph ist zwar geschlechtsneutral formuliert, eine wesentliche Voraussetzung für eine Sterilisation sind aber die gesundheitlichen Risiken einer Schwangerschaft. Nach Erfahrung von Petra Winkler wird das Gesetz in der Praxis nicht auf Männer angewendet.

Literatur

Delisle B, Haselbacher G, Weissenrieder N (Hrsg.): Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderung. Ernst Reinhardt Verlag, München 2003

Eiermann N, Häußler M, Helfferich C.: "Live Leben und Interessen vertreten - Frauen mit Behinderung"; Lebenssituation, Bedarfslagen und Interessenvertretung von Frauen mit Körper- und Sinnesbehinderung; Schriftenreihe des BMFSFJ, Bd. 183, Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer, 2000 - (Abschlussbericht)
<http://www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=3800.html>

Kuhl H: Wie sich orale Kontrazeptiva und Medikamente in ihrer Wirkung beeinflussen. GebFra 1994; 54: M23-M30

UNDP/UNFPW/WHO: Research on reproductive health at WHO - pushing the frontiers of knowledge. Biennial Report 2002-2003

Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 2006

Zinsmeister J: Die gesetzliche Regelung der Schwangerschaftsverhütung und Sterilisation. Vortragsmanuskript der Tagung: Sexualität und geistige Behinderung. München 29.1.2000

Beratung von Menschen mit Behinderungen zu Sexualität und Partnerschaft⁵

Maria Gies, Bärbel Ribbert, Ralf Specht

Menschen mit Behinderungen sind keine einheitliche Gruppe. Es gibt viele Arten von Behinderungen, von denen Menschen in unterschiedlichem Maße betroffen sein können und die auf vielfache Weise ihren Lebensalltag beeinflussen. Im folgenden Beitrag sollen Menschen im Mittelpunkt stehen, die gemeinhin als ‚lernbehindert‘ oder ‚geistig behindert‘ bezeichnet werden. Weil Betroffene diese Bezeichnungen jedoch als diskriminierend empfinden, soll hier allgemein von Menschen mit Behinderungen die Rede sein.

Die Beratungsangebote der pro familia Beratungsstellen werden trotz ihrer Offenheit für verschiedene Zielgruppen deutlich weniger von Menschen mit Behinderung, körperlichen oder anderen Beeinträchtigungen, angenommen als von anderen Ratsuchenden. Die Gründe hierfür könnten fehlende Barrierefreiheit, die oft noch herrschende Tabuisierung des Themas Sexualität in dieser Zielgruppe oder die mangelnde Bewerbung des Beratungsangebotes in Wohngruppen, Werkstätten für behinderte Menschen, Schulen und anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe sein.

Der Bedarf an Beratungsangeboten für Menschen mit Behinderungen zu Familienplanung, Partnerschaft und Sexualität ist groß. Das zeigt die Nachfrage nach speziellen Angeboten für Menschen mit Behinderungen, die auch in diesem FPR vorgestellt werden.

Die Anlässe für Beratungen von Menschen mit Behinderungen unterscheiden sich von denen

anderer Menschen. Oft sind es von UnterstützerInnen (Familienangehörige, BetreuerInnen) problematisierte Ausdrucksformen von Sexualität, wobei sich diese bei Männern und Frauen stark unterscheiden.

Häufige Gründe für ein Beratungsanliegen bei Jungen und Männern mit Behinderung⁶

- sexualisierte Sprache
- öffentliches Onanieren
- Freundin gefunden: „ab zur Verhütungsberatung“
- sexuelle Übergriffe von Grapschen bis zu direkter Gewalt
- auffällige Fetische
- Wunsch nach Partnerschaft
- Wunsch nach Sexualkontakten

Bei Mädchen und Frauen stehen hingegen folgende Gründe im Vordergrund:

- die Sorge um ungeplante Schwangerschaften
- die Angst vor Grenzüberschreitungen oder sexuellen Übergriffen

Qualifikation und Qualitäten der BeraterInnen

Viele Kompetenzen von BeraterInnen in den pro familia Beratungsstellen sind für Menschen in unterschiedlichen Lebensverhältnissen mit wie ohne Behinderung gleichermaßen relevant. BeraterInnen besitzen – häufig im Zusammenhang mit zunehmender Berufserfahrung – ein großes Einfühlungsvermögen in unterschiedliche Lebenssituationen und Lebenswelten, auch wenn diese oftmals mit ihren eigenen wenig gemein haben. Die Auseinandersetzung mit Fremdem und Vertrautem gehört insofern in unterschiedlicher Weise zur alltäglichen Praxis der Beratung. Eine Behinderung ist lediglich ein Aspekt unter vielen, der in der Beratungssituation zu beachten ist. In der Regel verfügen die BeraterInnen jedoch nicht über eine spezifische Ausbildung zum Umgang mit und zur Informationsvermittlung an Menschen mit Behinderung, wie sie zum Beispiel die Sonder- oder Heilpädagogik vermittelt. Zudem haben viele BeraterInnen keinen oder wenig Kontakt zu Menschen mit Behinderungen. Gewisse Grundkenntnisse und eine spezielle Sensi-

⁵ Teile dieses Beitrags wurden überarbeitet entnommen aus: Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 2006

⁶ Die Liste der Anliegen von Männern und Frauen stammt aus der Auswertung eines Projektes des Familienplanungszentrums Balance in Berlin zum Aufbau eines entsprechenden Beratungsangebots. Schriftenreihe des Familienplanungszentrums Nr. 1, Dokumentation des Fachtages vom 16.3.2005. balance@fpz-berlin.de

bilisierung der BeraterInnen sind allerdings unabdingbar, um Form, Sprache und Methoden des Beratungsgesprächs an die Fähigkeiten der Rat suchenden Person anpassen zu können. So lässt es sich beispielsweise vermeiden, dass einer Person, die nicht oder nur mühsam lesen kann, eine schriftliche Informationsbroschüre empfohlen wird.

Um Menschen mit Behinderungen beraten zu können, sollten daher Kenntnisse über spezifische Methoden der Vermittlung erworben werden und Materialien zur anschaulichen Darstellung, z.B. von Anatomie und Körpervorgängen, in der Beratungsstelle zur Verfügung stehen. Eine behindertengerechte Beratung sollte an regionale Unterstützungsmöglichkeiten, z.B. Selbsthilfegruppen, verweisen können. BeraterInnen sollten auch über rechtliche Aspekte, z.B. bei der Sterilisation, und über die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen, z.B. Betreutes Wohnen oder persönliche Assistenz, informiert sein.

Das Wichtigste ist jedoch die Offenheit gegenüber dem Menschen und dessen Bedürfnissen. Auch gegenüber sich selbst ist es häufig schwer, Berührungängste, Unsicherheiten oder gar Vorurteile zuzugeben.

BeraterInnen sollten ihre eigene Einstellung zu Menschen mit Behinderungen und deren Sexualität überprüfen und sich z.B. folgenden Fragen stellen:

- Habe ich Berührungängste gegenüber Menschen mit Behinderung in einer Beratungssituation? Vor was genau habe ich Angst?
- Welche Erfahrungen habe ich mit Menschen mit Behinderung?
- Sollten Menschen mit Behinderung Sexualität genauso ausleben wie Menschen ohne Behinderung?
- Wie stehe ich zum Thema Kinderwunsch bei Menschen mit Behinderung?
- Würde ich einem Mann oder einer Frau mit körperlichen Behinderungen Kontakt zu Prostituierten verschaffen?
- Wie stehe ich zur Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderung?
- Glaube ich daran, dass ein Mensch mit Behinderung mit einem Menschen ohne Behinderung eine (gleichberechtigte) Partnerschaft leben kann?
- Brauchen Menschen mit Behinderung einen besonderen Schutz oder spezifische Fürsorge, wenn sie Partnerschaften eingehen?

- Halte ich Menschen mit Behinderung hinsichtlich sexueller Übergriffe für besonders gefährdet?

Kommunikationsprobleme

Von der Möglichkeit, sich sprachlich zu verständigen hängen Gesprächsverlauf und damit Erfolg einer Beratung ab. Ist die sprachliche Kommunikation eingeschränkt, z.B. durch unzureichende Deutschkenntnisse, Sprach- oder Hörbehinderungen, kann es zu Verunsicherungen und Schwierigkeiten im Kontakt zwischen BeraterInnen und Rat Suchenden kommen.

BeraterInnen befürchten, missverstanden zu werden, diskriminierend zu wirken und damit zu verhindern, dass eine vertrauensvolle, offene Gesprächsatmosphäre entstehen kann. Menschen mit Behinderung erleben häufig, dass sie in Beratungssituationen oder beim Arztbesuch nicht als erwachsene Menschen behandelt werden, dass man sie duzt oder sich im Gespräch nicht an sie, sondern an ihre UnterstützerInnen wendet.

Die BeraterIn ist in ihrem Vermögen gefordert, auf die besondere Situation einzugehen. Im Gespräch mit Menschen mit Behinderung kommt mit der Bemühung um eine leicht verständliche Sprache häufig noch die Herausforderung hinzu, den angemessenen Ton und die richtigen Worte zu finden. Manchmal erschweren körperlich bedingte Sprechschwierigkeiten der/des Rat Suchenden zusätzlich die Kommunikation und verunsichern die GesprächspartnerInnen.

Sprechen über Sexualität

Oft ist nicht klar, ob schulische Sexualaufklärung stattgefunden hat und ob davon ausgegangen werden kann, dass dort Begriffe und Körpervorgänge vermittelt wurden. Mehr als bei anderen Rat Suchenden ist die Aufklärung über Körpervorgänge und Sexualität ein wichtiger Teil der Beratung.

Über Sexualität zu reden stellt immer eine besondere Herausforderung für alle Beteiligten dar. Angefangen bei der Schwierigkeit der angemessenen Wortwahl bis dahin, dass das Thema immer auch die Intimsphäre aller Gesprächsbeteiligten berührt, gilt das Thema Sexualität darüber hinaus in vielen Bereichen des Alltags als Tabuthema.

Wie auch andere schweigen manche Menschen mit Behinderung zu diesem Thema beharrlich, andere reden scheinbar ungeniert drauflos, sprechen sogar zeitweise ständig über Sexualität. Beides kann unterschiedlich motiviert sein: Das Nicht-Reden-Können beispielsweise aus Scham, weil es ungewohnt ist oder aus der Auffassung heraus, dass es sich nicht gehöre. Ein ständiges Verbalisieren kann dagegen ebenso Ausdruck eines Wunsches nach Sexualität wie ein Indiz für das Fehlen sozial verträglicher Sprache sein.

Wer ist AuftraggeberIn

Meist wird der Kontakt für Menschen mit Behinderungen zur Beratungsstelle durch Dritte hergestellt. Das können z.B. Eltern(-teile), LehrerInnen oder UnterstützerInnen aus Wohneinrichtungen sein. Zu Beginn des Gesprächs ist dann zu klären, welche Anliegen die Rat Suchenden selbst haben. Nicht immer stimmen diese mit den Anliegen der Begleitperson überein. Je dominanter die Begleitperson auftritt und/oder je eingeschränkter die sprachliche Kommunikation mit der Rat suchenden Person selbst ist, desto größer ist die Gefahr, dass sich die Interessen der Begleitperson vor die der Rat Suchenden schieben.

Im Sinne des Selbstbestimmungsrechts hat das Anliegen der zu beratenden Person Vorrang. Die Sorgen der UnterstützerInnen bedürfen möglicherweise einer separaten Beratung. Es sollte deshalb anfangs geklärt werden, ob die Fragen und Sorgen der UnterstützerInnen in das Beratungsgespräch miteinbezogen werden sollen oder ob ein separates Gespräch erforderlich ist. Dabei sollte der/die Rat Suchende die Entscheidung treffen.

Sexualität

Sexualität besitzt für Menschen mit Behinderung grundsätzlich die gleiche Bedeutung und umfasst die gleichen Aspekte wie für Menschen ohne Behinderung. Vorurteile wie die einer übersteigerten Triebhaftigkeit oder die Annahme, dass Sexualität für Menschen mit Behinderung ‚nicht so wichtig sei‘, sind eindeutig widerlegt. Männer und Frauen mit einer Behinderung erleben Lust, begehren Körper und sehnen sich nach Partnerschaften; ob mit oder ohne genitalsexuelle Praktiken.

Wie auch bei Menschen ohne Behinderung können die sexuellen Bedürfnisse, Wünsche, Fähigkeiten und Erfahrungen individuell sehr unterschiedlich sein. Das Spektrum an sexuellen Äu-

ßerungsformen reicht von grundlegenden Körpererfahrungen über hetero- und homosexuelle Freundschaften und Beziehungen mit und ohne Kinderwunsch, Selbstbefriedigung und genitalsexuelle Erfahrungen bis zu Übergriffen auf die sexuelle Selbstbestimmung und sexualisierte Gewalttaten.

Auch wenn wir also von den gleichen Grundbedürfnissen ausgehen können, ist das Sexualverhalten von Menschen mit Behinderung nicht mit den Maßstäben nicht behinderter Menschen zu messen.

Das ‚Besondere‘ der Sexualität von Menschen mit einer so genannten geistigen Behinderung liegt in der Ungleichzeitigkeit bzw. Differenz von körperlicher und psychisch-intellektueller Entwicklung. So unterscheidet sich die körperlich-sexuelle Entwicklung von Menschen mit einer geistigen Behinderung bis auf wenige Ausnahmen, wie etwa im Falle sexuellen Infantilismus, nicht von der ‚Norm‘. Die intellektuelle Entwicklung kann indes nicht mit der von Menschen ohne Behinderung verglichen werden. Sie entwickelt sich nicht so fließend und kann längere Zeit oder auch lebenslang auf einem Niveau verbleiben. Die Sexualität bleibt hiervon nicht unberührt. Wie etwa im Fall einer Frau, die mit 40 Jahren zum ersten Mal den Wunsch nach einer Beziehung äußert oder eines behinderten Mannes, dessen sexuelle Bedürfnisse sich im Spiel mit dem eigenen Kot ausdrücken und der das Gefühl von Wärme und Weichheit als lustvoll erlebt. Diese Beispiele deuten auch darauf hin, dass gerade schwerer behinderten Menschen häufig nur ein eingeschränktes Repertoire an Handlungsmöglichkeiten zur Verfügung steht, um sich und ihren (sexuellen) Wünschen Ausdruck zu verleihen. Tendenziell ist zu beobachten, dass mit zunehmender Ausprägung der Behinderung die Genitalorientierung abnimmt und eine Ausrichtung des Sexuellen auf Körpererfahrungen und Sensualität zunimmt. Allerdings muss hier einschränkend angemerkt werden, dass nur wenig über die Sexualität von schwerstbehinderten Menschen bekannt ist.

Nicht selten werden bei Frauen aus Sorge um Grenzverletzungen jegliche sexuellen Erfahrungen „fürsorglich“ unterbunden oder streng beaufsichtigt. In Beratungen, die sexuellem Missbrauch entgegenwirken sollen, wird häufig deutlich, dass eine grundlegende Sexuaufklärung gänzlich fehlt oder große Lücken aufweist. Diese ist jedoch nicht nur ein wichtiger Baustein von Maßnahmen zur Prävention sexueller Übergriffe, sondern vielmehr eine wesentliche Voraussetzung,

um einen positiven Zugang zur eigenen Sexualität zu entwickeln.

Exkurs: Menschen mit Körperbehinderungen

Für viele körperbehinderte Menschen ergeben sich andere Probleme, die Thema einer Beratung werden können. Im Gegensatz zu vielen Menschen mit geistigen Behinderungen sind sie sich ihrer sexuellen Bedürfnisse oft bewusst, können diese aber aufgrund ihrer körperlichen Beeinträchtigungen nicht oder nur teilweise verwirklichen. Dabei sind sie in ihrer Sexualität, wie in anderen Lebensbereichen auch, zum Teil in erheblichem Maße auf Hilfe und Assistenz angewiesen. Außerdem müssen viele für nicht behinderte Menschen selbstverständliche Kontakte und Begegnungen, wie etwa ein gemeinsamer Kinobesuch, zum Teil langfristig geplant und organisiert werden. Hinzu kommt bei vielen körperbehinderten Menschen eine über ihre Behinderung hinaus reichende Ablehnung ihres Körpers. Sie fühlen sich auch durch die Reaktionen anderer Menschen oft unzulänglich und unattraktiv. Diese Schwierigkeiten beeinträchtigen das Selbstbild und machen es schwer, eine erfüllte Sexualität zu leben.

Wie auch in anderen Lebensbereichen brauchen Menschen mit Behinderung zum Erkennen und Wahrnehmen ihrer körperlichen, geschlechtlichen und sexuellen Anliegen manchmal mehr Unterstützung als andere. Lange Zeit war das Thema Sexualität im Kontext von Behinderung ein umfassendes Tabu. Menschen mit Behinderung wurden sexuelle Bedürfnisse nicht oder nur teilweise zugestanden und sie erhielten nicht immer adäquate Hilfe und Unterstützung bei sexuellen Fragen und Sachverhalten.

Partnerschaft

Um Menschen mit Behinderung in ihrem Wunsch nach Partnerschaft oder bei Problemen in der Partnerschaft zu begleiten, ist es aufgrund der Komplexität des Themas wichtig, einfach, anschaulich und handlungsorientiert vorzugehen und die individuelle Situation der Rat Suchenden in den Blick zu nehmen. Dabei sollte ein Hauptaugenmerk der Beratung darauf gelegt werden, gemeinsam mit den behinderten Menschen Partnerschaftsmodelle zu entwickeln, die den persönlichen Wünschen und Vorstellungen entsprechen und Umsetzungsschritte zu überlegen.

Die Klärung folgender Aspekte könnte innerhalb des Themenbereiches Partnerschaft hilfreich sein:

- Körper- und Sexuaufklärung zum eigenen Geschlecht oder dem des/der PartnerIn: Aussehen und Funktion der Organe; Selbstbefriedigung; Möglichkeiten der Befriedigung des Partners/der Partnerin; Fragen, die die Ausübung von Geschlechtsverkehr betreffen
- Probleme in der Ausübung von Sexualität, die z.B. mit einer körperlichen Behinderung zu tun haben
- Probleme in der Partnerschaft
- Fragen oder Wünsche im Zusammenhang mit der sexuellen Orientierung
- unerfüllter Partnerwunsch oder Partnersuche
- unterschiedliche Wünsche und Erwartungen in der Partnerschaft; z.B. durch interkulturelle Unterschiede

Der Wunsch nach Partnerschaft ist nicht gleichbedeutend mit dem Wunsch nach genitaler Sexualität und Geschlechtsverkehr. Das Bedürfnis nach Nähe, Körperkontakt und Geborgenheit oder auch die Angst vor Isolation und Einsamkeit können im Vordergrund stehen, ohne dass zwangsläufig ein Verlangen nach Ausübung genitaler Sexualität bestehen muss. Manchmal entwickelt sich dieses Bedürfnis erst im Laufe einer Beziehung, manchmal bleibt es ganz aus. Auf der anderen Seite kann sich hinter dem Wunsch nach Partnerschaft auch der eigentliche Wunsch nach Ausübung von Sexualität unabhängig von einer Partnerschaft verbergen. In diesem Fall kommt die Vermittlung von Sexualassistenz oder Prostituierten in Betracht.

Da der eigentliche Beratungs- oder Informationswunsch häufig nicht konkret benannt werden kann, weil die Sprache dafür fehlt, muss die Klärung dieses Wunsches in der Beratung erst nachgeholt werden. Zur Vermittlung eignen sich hierbei neben der Sprache auch anschauliche, wenig abstrakte Abbildungen oder plastische Modelle. Es sollten dabei die eigenen Grenzen und die des Gegenübers gewahrt und eine offene Atmosphäre hergestellt werden, in der über Werte und Normen, Selbstbild und Vorstellungen vom Idealpartner, sexuelle Orientierung oder interkulturelle Unterschiede gesprochen werden kann.

Menschen mit Behinderungen fühlen sich auf besondere Weise unter Druck gesetzt, eine ideale Partnerschaft zu leben. Die Beratung ist der

Ort, darüber zu sprechen, dass Partnerschaftswünsche manchmal unerfüllt bleiben oder dass Partnerschaften mit Konflikten und Trennungen verbunden sein können.

Literatur

Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderungen. Schriftenreihe Theorie und Praxis. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 2006

Specht R: Darf's ein bisschen mehr sein? Sexualpädagogik in der Arbeit mit behinderten Menschen. Ein Überblick. In: Sexualität und Behinderung. Forum Sexuaufklärung und Familienplanung Nr. 2/3 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Sexualität und Behinderung. Forum Sexuaufklärung und Familienplanung Nr. 2/3 2001. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

AutorInnen

Bärbel Ribbert, Diplom-Pädagogin. Im Familienplanungszentrum e.V. Hamburg als Schwangerschaftskonfliktberaterin und sexualpädagogische Fortbildnerin. Dozentin beim Institut für Sexualpädagogik in Dortmund. Lehrbeauftragte an der FH in Kiel. ribbert@familienplanungszentrum.de

Maria Gies, Diplom Kunsttherapeutin, Sexualpädagogin. mail@maria-gies.de

Ralf Specht, Diplom- und Sexualpädagoge; mehrjährige Tätigkeit in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung (WfbM, Wohnstätte); Fort- und Weiterbildung von Menschen mit Behinderung sowie professionell Tätiger. Dozent am Institut für Sexualpädagogik (isp). Kontakt: r.specht@isp-dortmund.de

Kinderwunsch von Menschen mit Lernschwierigkeiten oder so genannter geistiger Behinderung

Maria Gies, Diplom Kunsttherapeutin, Sexualpädagogin

Kinderwunsch als Teil der psychosexuellen Entwicklung

Schon seit einer halben Stunde läuft Martha stolz mit Ihrem dicken Bauch umher und zeigt ihn allen, die sie trifft. Gemeinsam mit Eric hat sie bereits das Kinderbettchen hergerichtet und die Breiflasche bereitgestellt. Als plötzlich die Wehen einsetzen, zieht Martha unter lautem Stöhnen ihr Baby unter dem Pullover hervor und freut sich: „Es ist ein Mädchen!“ Martha und Eric sind vier Jahre alt und Kindergartenfreunde. Das Vater-Mutter-Kind-Spiel bereitet ihnen seit Wochen besonders viel Freude. Die Erwachsenen, im Kindergarten und zu Hause, freuen sich über die Intensität und Ausdauer, mit der die Kinder das Spiel verfolgen und unterstützen sie, indem sie Kinderwagen, Puppenbett, Kleidung, ein Töpfchen usw. herbeischaffen. Sie zeigen den Kindern Fotos aus der Schwangerschaft, berichten über die Geburt und die dabei empfundene Freude und zeigen voller Stolz Babybilder.

Fragt man Eric und Martha und auch die anderen Kinder aus der Gruppe, ob sie später mal Kinder haben wollen, so sind sie sich alle einig: ein klares und lautes „Jaaaaa!“ Auch noch in der Grundschule wird die Frage nach dem Kinderwunsch von fast allen bejaht. Hier gibt es bei einigen sogar sehr klare Vorstellungen über Anzahl und Geschlecht der gewünschten Kinder. Erst mit Beginn der Pubertät fangen Jugendliche an, den Kinderwunsch differenzierter zu betrachten und persönlich abzuwägen. Hier gibt es schon mehr Mädchen und Jungen, die sagen, dass sie später keine Kinder haben wollen oder es noch nicht genau wissen.

Kinderwunsch, so scheint es, ist ein zentraler Bestandteil der kindlichen und auch weiteren psychosexuellen Entwicklung. Um sich für oder gegen ein Kind entscheiden zu können, braucht es die, auch spielerische, Auseinandersetzung und die Möglichkeit der Entscheidung.

Menschen mit einer geistigen Behinderung erleben die Phase der Auseinandersetzung und der Entscheidungsfindung in ihrer Sozialisation jedoch oft anders und werden häufig nicht unvoreingenommen darin unterstützt. Bereits im Kinder- und Jugendalter löst der spielerische Umgang mit dem Thema häufig verhaltenere Reaktionen beim Umfeld aus als bei den „nicht behinderten“ Gleichaltrigen.

Hier zeigt sich, wie bei vielen anderen Themen rund um die Sexualität bei Menschen mit so genannter geistiger Behinderung, dass die besondere Sozialisation in erster Linie nicht direkt mit der Behinderung sondern mit den Reaktionen der Umwelt auf diese Behinderung zu tun hat. Die Probleme treten häufig nicht aufgrund einer problematischen Sexualität auf (was „nicht behinderte“ Menschen in die Beratungsstellen treibt), sondern resultieren aus einer ganz „normalen“ Sexualentwicklung.

Der Sexualpädagoge Ralf Specht schreibt dazu: „In der Regel wird von Frauen erwartet, dass sie Kinder bekommen. Für Frauen mit Behinderung gilt das Gegenteil. Das Thema Kinderwunsch von Menschen mit Behinderung ist tabuisiert. Es wird im Kindes- und Jugendalter weitgehend ausgeklammert und Menschen mit Behinderung wird häufig frühzeitig vermittelt, dass sie, weil sie selbst Hilfe benötigen, den Aufgaben der Kindeserziehung nicht gewachsen seien und deshalb ein eigenes Kind ausgeschlossen ist.“⁷

Die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch hat keineswegs immer eine Elternschaft zur Folge. Das ist im Behinderten- und Nichtbehindertenkontext gleich. Um aber frei für oder gegen eine Elternschaft entscheiden zu können, muss der Kinderwunsch zunächst einmal gedacht, ausgesprochen und gelebt werden dürfen.

Ein *Kinderwunsch* ist eine gute Voraussetzung für eine Elternschaft. Denn Studien zeigen, dass bisher die meisten Schwangerschaften ungeplant eintreten. Die Untersuchung von Ursula Pixakettner, Stefanie Bargfrede und Ingrid Blanken zur Lebenssituation geistig behinderter Men-

schen mit Kindern in Deutschland aus dem Jahr 1996⁸ zeigt unter anderem, dass die meisten der untersuchten Schwangerschaften ungeplant entstanden sind, vielfach aufgrund mangelnder Sexualaufklärung oder durch sexuellen Missbrauch.

Mangelnde Sexualaufklärung nimmt auch die Möglichkeit, sich bewusst *gegen* eine Schwangerschaft entscheiden zu können. Mangelndes Wissen über den Zeugungsvorgang und den Zusammenhang von Zeugung und Schwangerschaft sowie über Verhütung, *Pille danach* und Schwangerschaftsabbruch, führen häufig dazu, dass Schwangerschaften nicht rechtzeitig erkannt werden, um einen Schwangerschaftsabbruch fristgerecht durchführen zu können.

Auf der anderen Seite nehmen viele Frauen mit geistiger Behinderung Jahrzehnte lang täglich die Pille ein, ohne jemals Geschlechtsverkehr zu haben oder zu erfahren, was das Medikament bewirkt, obwohl sie intellektuell durchaus in der Lage wären, die Zusammenhänge zu verstehen. Symptomatisch für die mangelnde Aufklärung ist die Frage einer jungen Frau, warum sie denn noch kein Kind habe, obwohl sie täglich die „Baby-Pille“ nehme.

Sexualpädagogische Beratung

Die Beratung zum Thema Kinderwunsch schließt fast immer eine anschauliche und sehr konkrete Körper- und Sexualaufklärung ein.

Es ist zum Beispiel zu klären, ob die Frau oder das Paar mit Kinderwunsch überhaupt über die Zusammenhänge von Zeugung und Schwangerschaft Bescheid weiß. Viele Paare mit Kinderwunsch vollziehen in ihrer Partnerschaft keinen Geschlechtsverkehr, sind mit diesem Zustand auch sehr zufrieden und wollen nichts daran ändern. Bei anderen Paaren steht hinter dem Kinderwunsch vielleicht der Wunsch nach genitaler Sexualität und eher die Frage nach dem Wie.

Häufig ist es nicht mit einer Beratungseinheit getan. Kurze Beratungseinheiten, kontinuierliche Angebote und regelmäßige Wiederholungen sind wichtig und schaffen Sicherheit. Zur Vermittlung empfehlen sich anschauliche Modelle, zum Bei-

⁷ Vgl. Ralf Specht in „Liebe(r) selbstbestimmt“, S. 78

⁸ In der Hälfte der 670 an der Studie teilnehmenden Einrichtungen der Behindertenhilfe waren Elternschaften bekannt. Insgesamt wurden 969 Elternschaften mit 1366 Kindern erfasst.

spiel Knetmodelle, und eine leichte, nicht abstrakte Sprache.⁹

Die Motivationen für einen Kinderwunsch sind bei Menschen mit Behinderung vielfältig, häufig resultieren sie aus ihrer spezifischen Lebenssituation und basieren auf einem Wunsch nach Normalität, nach einer Loslösung vom Elternhaus oder von lang andauernden Partnerschaften.

Joachim Walter schreibt dazu: „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 nicht behinderten Normalen.“¹⁰

Das Herausarbeiten der Motivation birgt jedoch immer die Gefahr einer moralischen Bewertung. Durch die intensive Betreuung, der Menschen mit Behinderung unterliegen, werden hier häufig sogar höhere Maßstäbe angelegt und eine größere Kontrolle als bei nicht behinderten Menschen ausgeübt.

Die mögliche Umsetzung eines Kinderwunsches sollte im Idealfall ergebnisoffen abgewägt werden. Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft sollten realistisch und objektiv dargestellt werden und sollten nicht als Horrorszenario mit Abschreckungsfunktion gezeichnet werden. Sie dürfen aber auch nicht idealisiert werden.¹¹ Es ist günstig, so konkret wie möglich über die Aufgaben von Eltern und die Bedeutung des Kindeswohls zu sprechen. Praktische Übungen, Hospitation und Praktika in Kindertageseinrichtungen oder bei einer Tagesmutter sind gute Möglichkeiten Elternschaft zu veranschaulichen.¹²

Jede Lösung ist individuell. Gemeinsam muss geklärt werden, welchen Unterstützungsbedarf die jeweilige Frau oder das Paar und eventuell auch das Neugeborene braucht und welche Hilfsmöglichkeiten regional und individuell zur Verfügung stehen, immer nach dem Motto: so wenig wie möglich, so viel wie nötig.

⁹ Das „Wörterbuch für leichte Sprache“ vom Selbsthilfverband *Mensch zuerst* ist hier sehr zu empfehlen.

¹⁰ Joachim Walter, *Sexualität und Behinderung*, S. 295

¹¹ Die extrem negative Darstellung von Elternschaft suggeriert gerade bei Menschen mit Behinderung, die sich als defizitär erleben: Auch du warst/bist eine Last. Es war schrecklich mit dir schwanger zu sein und dich als Kind zu betreuen.

¹² Vgl. Stefanie Bargfrede, in „Liebe(r) selbstbestimmt“, S. 78, ff

Elternschaft kann gelingen! Das Wissen und die Grundhaltung, dass Elternschaft von Menschen mit Behinderung, gegebenenfalls mit einer angemessenen Begleitung gelingen kann, ist grundlegende Voraussetzung für eine gute Beratung zum Thema Kinderwunsch. Auch aus dem Nicht-behindertenkontext kennen wir viele Fälle, in denen Frauen und Männer sich durch die Aufgaben einer Elternschaft enorm entwickeln und Kompetenzen erlangen, die ihnen zuvor nicht zugetraut wurden.¹³

Erfreulicherweise gibt es eine immer größer werdende Zahl von Beratungsangeboten und Projekten, die Eltern mit Behinderung individuelle und angemessene Unterstützung bieten. Auch erfolgreiche Wohnprojekte, in denen Eltern und Kinder je nach Bedarf begleitet und unterstützt werden, gibt es in einigen Regionen Deutschlands: z.B. das Tandem Projekt Hamburg, die Eltern-Kind-Einrichtung Bethel, das Familienprojekt Berlin oder das Familienprojekt Friesack.¹⁴ Für Beratungsstellen ist es günstig, sich bereits im Vorfeld einer möglichen Beratung über die regionalen Angebote vor Ort kundig zu machen.¹⁵

Eltern

In der Regel bedeutet die Beratung von Menschen mit Behinderung zum Thema Kinderwunsch auch immer die Beratung der Eltern. Die Eltern sind häufig auch diejenigen, die den Kontakt zur Beratungsstelle herstellen, nicht selten mit der Erwartung, die BeraterInnen sollten etwas gegen den Kinderwunsch unternehmen. In der Regel sind sie sehr besorgt, fühlen sich verantwortlich und sind es gewohnt, Entscheidungen für ihre erwachsenen Kinder zu treffen. Oft ist es das erste Mal, dass die Eltern mit jemandem über die Sexualität ihrer Kinder reden.

Die Eltern fühlen sich verantwortlich für ihre erwachsenen Kinder und die Vorstellung einer

¹³ Vgl. Ralf Specht, in *Hilfe! Eltern? Elternhilfe* S. 26

¹⁴ Wohnprojekt Tandem, Begleitung für Menschen mit Beeinträchtigungen, Henriette-Herz-Ring 1, 21035 Hamburg; Bethel, Eltern-Kind-Einrichtung, Deckertstraße 9, 33617 Bielefeld; Familienprojekt Neukölln, Parchimer Allee 6, 12359 Berlin; AWO Betreuungsdienste gGmbH, Wohn- und Betreuungsverbund Friesack, Familienprojekt, Thiemannstrasse 1a, 14662 Friesack

¹⁵ Der online-Service <http://www.familienratgeber.de>, der Aktion Mensch, informiert umfassend über Hilfen für behinderte Menschen und Ansprechpartner vor Ort

Schwangerschaft der behinderten Kinder kann mit eigenen Schuldgefühlen behaftet sein. Darüber hinaus sind sie einem großen gesellschaftlichen Druck ausgesetzt, da sie sich nicht nur selbst verantwortlich fühlen, sondern häufig auch von ihrem Umfeld verantwortlich gemacht werden.

Die Beratungsanliegen der Eltern und ihrer erwachsenen Kinder können sehr unterschiedlich sein. Daher ist es gut abzuwägen, welche Phasen der Beratung gemeinsam und welche jeweils einzeln vorzunehmen sind, um den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden.

Ist mit dem Kinderwunsch bei den Menschen mit Behinderung häufig der Wunsch nach Selbständigkeit, Ablösung und Normalität verbunden, löst er bei den Eltern oft gegenteilige Gefühle aus. Eltern befürchten, dass sie mit der Elternschaft ihrer behinderten Kinder ein weiteres Kind zu versorgen haben und somit noch länger eine intensive Betreuungsfunktion einnehmen müssen.

Dass die eigene Schwangerschaft und Geburt des behinderten Kindes wohlmöglich als schwierig oder gar traumatisierend erlebt wurde, macht die Einstellung zum Thema nicht leichter. Häufig kommt die Angst hinzu, es könnten wieder behinderte Kinder geboren werden.

Mit der Kinderwunschdiskussion wird die Loslösung vom Elternhaus plötzlich konkret. Die Entscheidung zum Kinderwunsch wird manchmal gegen den Rat der Eltern getroffen und ist in manchen Fällen die erste emanzipierte, eigenständig getroffene Entscheidung.

Literatur:

AWO, Bundesverband e.V. (Hrsg.): Liebe(r) selbstbestimmt, AWO-Bundesverband e.V. Verlag & Vertrieb, 2006; Bezugsadresse: www.awo.org/AWO-Shop

Netzwerk People First Deutschland e.V. (Hrsg.): Wörterbuch für leichte Sprache. 5. überarbeitete Aufl. Kassel 2004; Bezugsadresse: www.menschzuerst.de

Pixa-Kettner, U, Bargfrede S, Blanken I: „Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...“ Bremer Studie zur Lebenssituation von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Kinder in der BRD. Baden-Baden 1996

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz (Hrsg.): Hilfe! Eltern? Elternhilfe, 2003, Bestellnummer 13670000 Bezugsadresse: order@bzga.de

Walter J (Hrsg.): Sexualität und geistige Behinderung. Gesellschaft für Sexualerziehung und Sexualmedizin Baden-Württemberg e.V. Schriftenreihe Band 1. 6. Aufl. Heidelberg 2005

„FRAU SEIN MIT BEHINDERUNG“

Ein Kooperationsprojekt vom pro familia Ortsverband Frankfurt am Main und dem Club Behinderter und ihrer Freunde in Frankfurt und Umgebung (CeBeeF) e.V.

„Die Besteigung des Mount Gyn“ betitelt die bundesweit vertriebene Zeitschrift „Handicap – Das Magazin für Lebensqualität“ im September 2005 einen Artikel über die gynäkologische Versorgung von Frauen mit körperlicher Behinderung. „Frauen mit Körperbehinderung, die eine gynäkologische Untersuchung durchführen lassen wollen, haben einen im wahrsten Sinne des Wortes beschwerlichen Weg vor sich. Als erstes müssen sie in die Arztpraxis reinkommen können mit dem Rolli. Und als nächstes auf den gynäkologischen Stuhl“, so die Autorin.

Das Projekt

Allein in Frankfurt am Main leben ca. 25.000 Frauen mit körperlicher Behinderung. Es gibt nur wenige barrierefrei zugängliche Frauenarztpraxen, es fehlt am notwendigen Hilfspersonal, an der nötigen Zeit oder auch an den entsprechenden Hilfsmitteln. Um diese Situation behinderter Frauen bei gynäkologischen Untersuchungen, Beratungen und Informationen zu verbessern, wurde ein gemeinsames Projekt mit dem CeBeeF gestartet. Das Jugend- und Sozialamt der Stadt Frankfurt unterstützt bis dato dankenswerter Weise diese Kooperation mit öffentlichen Mitteln. Im September 1997, am Rande einer Veranstaltung des DPWV (pro familia und der CeBeeF sind Mitglieder im DPWV), entstand die Idee, ein gemeinsames Angebot für Frauen mit körperlicher Behinderung anzubieten. Ab dem Sommer 1998 wurde das Angebot einer medizinischen Sprechstunde an der Hauptstelle des pro familia Ortsverbandes realisiert. Zunächst wurden die Sprechstunden mittwochs von 14.00 bis 16.00 Uhr durchgeführt. Dank einer Anschubfinanzierung durch die Stadt Frankfurt konnte 1999 ein

Hebelifter und ein elektrisch höhenverstellbarer, gynäkologischer Stuhl angeschafft werden. Aufgrund langer Wartelisten wurde die Sprechstunde alsbald ausgedehnt.

Zurzeit findet sie mittwochs zwischen 11.00 und 16.00 Uhr statt, bei Bedarf darüber hinaus an den übrigen Wochentagen. Ab 2001 wurde eine spezielle Telefonsprechstunde für die Frauen/Paare mit Behinderung eingerichtet. Diese findet jeweils dienstags von 12.00 bis 14.00 Uhr statt. Mittlerweile lassen sich auch zusehends mehr Frauen mit Lernschwierigkeiten bei uns untersuchen. Zielgruppe des Projektes sind Frauen/Paare jeden Alters mit Behinderung, die Fragen zu Partnerschaft, Liebe, Sexualität, Gesundheit, Familienplanung und Kinderwunsch haben. Dieser Interessengruppe bieten wir konkrete Hilfsmöglichkeiten an.

Wer nimmt das Angebot wahr?

Viele behinderte Frauen und Menschen in ihrer Umgebung sehen nicht die Notwendigkeit einer regelmäßigen gynäkologischen Untersuchung, da Mädchen mit Behinderung nicht unbedingt frauenspezifisch erzogen werden und Sexualität bzw. Partnerschaft nicht in ihre Lebensgestaltung „gehören“. Als behinderte Frauen scheinen sie keine potentiellen SexualpartnerInnen zu sein. Kinder zu bekommen und zu heiraten liegen bei vielen außerhalb ihrer Vorstellung. Die negativen Erfahrungen mit dem Arzt/der Ärztin, dem Personal oder der Untersuchung selbst, jedoch auch der meist nicht barrierefreie Zugang zu einer Arztpraxis, schrecken von einem Arztbesuch ab. Für die meisten Frauen ist der Besuch eine ungeliebte Pflichtübung, die in der Regel bei Beschwerden oder bei Verhütungsfragen ansteht. Das Hauptklientel sind Frauen mit Behinderungen wie Amyotrophische Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose (MS), Querschnittslähmungen (komplett oder inkomplett), Blindheit, Kleinwuchs, Muskeldystrophien, Muskelatrophie, Polio, Epilepsie, Trisomie 21, Tetraplegie oder Tetraspastik durch Geburtsschäden oder Infektionen etc. Viele Behinderungen sind von Harn- bzw. Stuhlinkontinenz begleitet. Die Frauen tragen verschiedenste Kathetersysteme. Bei manchen Behinderungen – wie beispielsweise ALS und MS – kann die Sprachverständigung stark beeinträchtigt sein. In diesen Fällen sind Übersetzungshilfen wie Buchstaben- und Symboltafeln hilfreich. Da die Frauen meist mehrere Krankenhausaufenthalte und Operationen hinter sich haben, diverse Medikamente einnehmen und Ärzte unterschiedlicher Fachrichtungen (AllgemeinmedizinerInnen, KinderärztInnen, NeurologInnen, OrthopädInnen, UrologIn-

nen, SchmerztherapeutInnen, AnästhesistInnen) aufsuchen müssen, sind eine besonders gründliche und sorgfältige Erstanamnese sowie zeitintensive Folgeanamnesen notwendig.

Die praktische Umsetzung

Der pro familia Ortsverband Frankfurt am Main bietet einen Behindertenparkplatz direkt vor der Tür an, einen behindertengerechten Fahrstuhl, der für besonders breite Elektrorollstühle geeignet ist, eine große behindertengerechte Toilette, einen elektrisch höhenverstellbaren gynäkologischen Untersuchungsstuhl, einen Hebelifter, eine extrabreite Untersuchungsliege, ein Vaginoskop und nicht zuletzt die Unterstützung durch unser erfahrenes Assistenzpersonal.

Nach ausführlichem Gespräch wird die Patientin wenn nötig per Hebelifter aus dem Rollstuhl auf die Liege gehoben, um die Kleidung auszuziehen. Anschließend wird die Untersuchung entweder auf der Untersuchungsliege durchgeführt oder sie wird per Hebelifter auf den gynäkologischen Stuhl gehoben. Unsere Mitarbeiterinnen helfen dabei, die Klientin entsprechend zu lagern bzw. beim Aus- und Ankleiden. Nach der Untersuchung geht es erneut per Hebelifter zum Anziehen auf die Liege, anschließend zurück in den Rollstuhl. Diese Untersuchungen/Beratungen sind sehr zeitintensiv und teilweise körperlich anstrengend für alle Beteiligten. Sie dauern im Durchschnitt ca. 1-1 ½ Stunden.

Das Alter der Rat suchenden Mädchen und Frauen liegt zwischen 13 und 80 Jahren. Pro Jahr finden ca. 200 Beratungen statt. Wir als pro familia Beratungsstelle verstehen uns als „Mittlerstelle“ bzw. „Erstkontaktstelle“ mit viel Zeit und Kompetenz in Sachen Frauengesundheit und gynäkologischen Fragen. Bei pathologischen Befunden verweisen wir an niedergelassene ÄrztInnen und umliegende Krankenhäuser. Auf diese Weise existiert ein enges Kooperationsnetz zu niedergelassenen KollegInnen (NeurologInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PathologInnen, RadiologInnen etc.) sowie den OP-Zentren.

Leider können wir bis dato nur sehr wenige Ziffern bei der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen, sodass wir dringend auf zusätzliche Fördermittel der Stadt Frankfurt am Main angewiesen sind. Die ärztliche Sprechstunde mit gynäkologischer Untersuchungsmöglichkeit ist ein wesentlicher Teil unseres Kooperationsprojektes mit dem CeBeeF. Des Weiteren bieten wir gemeinsam Informations- und Diskussionsveranstaltungen, Filmvorführungen und Gesprächsgruppen zu Frauenthemen, Frauengesundheit, Sexualität,

Partnerschaft, Liebe, Kinderwunsch sowie zu Behinderung und Selbstbild an. Teilweise sind die Veranstaltungen ausschließlich für Frauen mit Behinderung, teilweise für Frauen und Männer oder Paare. Diese finden meistens im CeBeeF Frankfurt am Main statt.

Auf Anfrage organisieren wir gerne Referate und Vorträge in diversen Institutionen, Behinderteneinrichtungen, Schulen, Selbsthilfegruppen oder Behindertenverbänden. pro familia trägt mit diesem Projekt zum Recht aller Menschen auf ungehinderten Zugang zu Diensten, Methoden und Informationen bezüglich Familienplanung, Sexualität und reproduktiver Gesundheit bei.

Angebote müssen ausgebaut werden

Damit Gesundheitsvorsorge bei Menschen mit Behinderung keine Glückssache bleibt und barrierefreie Arztpraxen Standard werden, sollten ähnliche Projekte bundesweite Unterstützung erfahren. Wichtig dabei ist, mit Behindertenverbänden zusammenzuarbeiten, um gemeinsam die Bedarfe der Menschen zu eruieren und um entsprechende Angebote entwickeln zu können. Den Wunsch vieler Menschen mit Behinderung wollen wir jedoch nicht aus den Augen verlieren: In einem wissenschaftlich weit fortgeschrittenen Jahrtausend keine „Sonderbehandlungen“ an „Sonderorten“ mehr erfahren zu müssen, sondern Akzeptanz und Gleichbehandlung auf gleicher Augenhöhe zu erreichen.

Zum Projekt „Frau sein mit Behinderung – Informationen, Beratung, ärztliche Sprechstunde und gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher Behinderung“ gibt es einen gemeinsamen Flyer, den Sie über uns beziehen können.

Hannelore Sonnleitner-Doll
 Ärztin beim pro familia Ortsverband Frankfurt am Main
 Palmengartenstraße 14
 60325 Frankfurt am Main
 Tel.: 069.90 744 744
 Fax: 069.90 744 730
hannelore.sonnleitner-doll@profamilia.de
www.profamilia.de/frankfurt-main

Literatur, Arbeits- hilfen und Projekte für die Arbeit mit Menschen mit Be- hinderungen

Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.

Das Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. ist ein Verein von und für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Wir sind Menschen, die nicht "geistig behindert" genannt werden wollen. Wir benutzen den Begriff "Menschen mit Lernschwierigkeiten".

Die People First-Bewegung hat in Amerika angefangen. Dort gab es Menschen mit Lernschwierigkeiten, die mitreden wollten. Sie haben sich in Gruppen getroffen. Eine betroffene Frau hat dafür den Namen „People First“ gefunden. Sie sagte: "Ich habe es satt, geistig behindert genannt zu werden – wir sind zuerst einmal Menschen, eben People First".

Das war vor 30 Jahren. Inzwischen gibt es People First Gruppen auf der ganzen Welt.

Wir kämpfen alle für unsere Selbstbestimmung.

Wir machen Schulungen und Vorträge

Zum Beispiel Schulungen zum Thema Selbstbestimmung und Selbstvertretung.

Viele Menschen mit Lernschwierigkeiten leben schon seit etlichen Jahren in Einrichtungen für behinderte Menschen. Viele von ihnen haben nicht gelernt, eigene Wünsche und Ideen zu entwickeln. In den Schulungen zum Thema Selbstbestimmung und Selbstvertretung sprechen wir deshalb zum Beispiel über diese Dinge:

- Wie leben Menschen mit Behinderung?
- Was heißt Selbstbestimmung?
- Welche Träume und Wünsche haben behinderte Menschen?
- Welche Dinge können wir ändern?

Wir geben Tipps und Tricks für leichte Sprache

Manche Menschen haben Schwierigkeiten, Briefe und andere Texte zu verstehen. Zum Beispiel weil die Wörter in den Briefen und Texten zu schwierig sind. Oder weil die Sätze zu lang sind. Und weil schwierige Sachen nicht erklärt werden. Wir vom Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V. prüfen, ob Briefe und andere Texte in leichter Sprache geschrieben sind.

So geht leichte Sprache:

- kurze Sätze
- keine Fremdwörter und Fachwörter
- schwierige Wörter werden erklärt
- Bilder helfen einen Text zu verstehen

Das sind Beispiele. Bei leichter Sprache muss man viel beachten.

Leichte Sprache ist für alle Menschen. Jeder Mensch kann damit Texte leichter verstehen. Besonders Menschen mit Lernschwierigkeiten hilft leichte Sprache.

In unserem "Wörterbuch für leichte Sprache" finden Sie noch viele andere Tipps und Tricks für leichte Sprache. Im Buch ist auch eine Wörterliste. Hier werden schwierige Wörter in leichter Sprache und mit Bildern erklärt. Zu dem Wörterbuch gehört auch eine CD-Rom mit Bildern. Das Buch können Sie bei uns bestellen.

People First hilft auch bei der Erstellung und/oder Übersetzung von Materialien rund um die Themen Sexualität, Partnerschaft, Elternschaft, ...

Wenn Sie wollen, dass wir einen Text für Sie prüfen oder übersetzen, schreiben Sie uns eine e-mail an: info@people1.de

Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V.

Kölnische Straße 99

D - 34119 Kassel

Telefon: (05 61) 7 28 85 - 55 oder -56 Fax: (05 61) 7 28 85 - 58

E-Mail: info@people1.de Internet:

<http://www.people1.de/>

www.menschzuerst.de

Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderungen.

Schriftenreihe Theorie und Praxis. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. 2006

Der Praxisleitfaden ist eine hervorragende Hilfe für die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen zu den Themen Sexualität, Partnerschaft, Verhütung, Kinderwunsch, Elternschaft, sexuelle und häusliche Gewalt. Er beinhaltet ausführliche Informationen sowohl für die Beratung als auch für die sexualpädagogische Gruppenarbeit und die Arbeit von BetreuerInnen in Einrichtungen für Menschen mit Behinderungen. Die Texte gehen praxisnah auf die relevanten Probleme und Aspekte der Themen ein und geben zahlreiche Hilfen und Anregungen zur Reflektion und zum Umgang damit. Ausführliche Beratungsbeispiele verdeutlichen die Ansätze der Beratung und rechtliche Informationen ergänzen die praxisnahen Tipps und Hilfen.

Das Netzwerk People First, ein Verein von und für Menschen mit Behinderungen, wird im Leitfaden vorgestellt, und ein Interview mit drei VertreterInnen des Netzwerks macht die Sichtweise dieser Menschen deutlich. Von allen Kapiteln finden sich Zusammenfassungen in einfacher Sprache, die als Beispiel für die Kommunikation mit den KlientInnen dienen können.

Eine umfangreiche Materialsammlung und Adressenliste sowie ein Spiel zum Thema Kinderwunsch vervollständigen diese Praxishilfe.

Die hohe Kompetenz der AutorInnen in den behandelten Fragen wurde in diesem Leitfaden zusammengefasst und wird auf jeder der knapp 200 Seiten deutlich.

Schluss mit Lust und Liebe? Sexualität bei chronischen Krankheiten und Körperbehinderungen

Birgit Delisle / Gerhard Haselbacher / Nikolaus Weissenrieder (Hrsg.)

Ernst Reinhardt Verlag, München 2003

"Wenn ich gewusst hätte, dass Sex nach meiner Herzoperation nicht schädlich ist, hätten wir uns eine Menge Frust erspart", klagt ein Mann. Die Ärzte haben den Patienten mit guten Wünschen entlassen, ohne ihn darüber aufzuklären, was er sich sexuell zutrauen kann. "Sexualität haben unsere Bewohner nicht, die sind ja schwer behin-

dert", sagt eine Mitarbeiterin einer Behinderten-einrichtung und spricht ihnen damit sexuelle Bedürfnisse grundsätzlich ab.

Gesellschaftlich gewachsene Vorstellungen sind für solche verfehlten Einschätzungen mit verantwortlich. Oft fehlt das Wissen über Sexualität bei Körperbehinderungen oder über die Auswirkungen von Operationen oder von chronischen Krankheiten auf das sexuelle Empfinden. ÄrztInnen, BetreuerInnen und SozialpädagogInnen sind gefragt, die eigenen Informationsdefizite auszugleichen und Patienten oder Menschen mit einer Behinderung aufzuklären und zu beraten. In diesem Band kommen unterschiedliche Autoren zu Wort: Da geben Betroffene Einblick in ihr Empfinden, sprechen von den Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden, und von ihren Bedürfnissen, die sie befriedigen. Fachärzte klären über die Folgen auf, die bestimmte Erkrankungen wie Diabetes, Rheuma oder Krebs auf das sexuelle Erleben haben können. Pädagogen zeigen, wie unverkrampft der Umgang mit Sexualität in einem Wohnheim gelingen kann. Damit noch lange nicht Schluss ist mit Lust und Liebe.

Partnerschaft, Sexualität und Kinderwunsch behinderter Frauen

Dokumentation. Hrsg. **netzwerkfrauen-bayern**
Ute Strittmatter M.A. Dipl.- Sozialpäd. (FH)
netzwerkfrauen-bayern c/o LAGH
Orleansplatz 3
81667 München
Tel.: 089/45992427 Fax: 089/45992428
E- Mail: info@netzwerkfrauen-bayern.de, Internet: www.netzwerkfrauen-bayern.de

Elternschaft körper- und sinnesbehinderter Menschen – noch immer ein Tabuthema?

Gisela Hermes
http://www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelle/s/a_Behinderung/s_972.html#menu

BM-Online. Behinderte Menschen im Internet

BM-Online entstand aus dem Interesse, für den deutschen Sprachraum eine Plattform für behinderte Menschen zu schaffen, die eine ein Netzwerk der vielen kleinen Ansätze und Aktivitäten herstellt.

Es handelt sich um einen eingetragenen und gemeinnützigen Verein.

Homepage: <http://www.behinderte.de/>

Hinweise

Vorhautbeschneidung bei Männern reduziert das Risiko für eine HIV-Infektion

Nachdem über 40 Beobachtungsstudien einen Zusammenhang zwischen Vorhautbeschneidung und einem reduzierten Infektionsrisiko für HIV gezeigt haben, wurden in den letzten Jahren drei randomisierte Studien durchgeführt, um diese Ergebnisse zu überprüfen.

Die dritte dieser Studien, die in Kenia durchgeführt wurde, wurde gerade vorzeitig beendet, weil sie eine sehr deutliche Reduktion der HIV-Infektionen durch heterosexuellen Geschlechtsverkehr bei beschnittenen Männern um 53% zeigte. Im letzten Jahr wurde bereits eine randomisierte Studie in Südafrika vorzeitig abgebrochen, nachdem deutlich wurde, dass sich das Risiko für eine HIV-Infektion bei beschnittenen Männern um 60% reduziert. Schon eine in Uganda an 5000 Männern durchgeführte randomisierte Studie zu diesem Thema war vorzeitig beendet worden, als sich ein auf die Hälfte reduziertes Risiko für HIV-Infektionen bei beschnittenen Männern nachweisen ließ.

In Kenia wurden ca. 2800 HIV-negative 18-24-jährige Männer per Zufall auf zwei Gruppen verteilt. In der einen Gruppe wurde eine Vorhautbeschneidung durchgeführt. Alle Teilnehmer wurden über Infektionsrisiken und Schutzmaßnahmen aufgeklärt, erhielten zwei Jahre lang kostenlose Tests für HIV und andere sexuell übertragbare Infektionen sowie Kondome. Von den beschnittenen Männern infizierten sich 22 mit HIV, von den nicht beschnittenen 47.

Die Ergebnisse sind beeindruckend. Es gibt jedoch bisher nur Beobachtungen über wenige Jahre, langfristige Studien der präventiven Wirkung der Beschneidung bei Männern für die Verbreitung von HIV fehlen hingegen gänzlich. Außerdem besteht die Sorge, dass beschnittene Männer sich sicher fühlen und andere, wirksamere Schutzmaßnahmen, insbesondere die Benutzung von Kondomen, vernachlässigen könnten. Dies konnte zwar in den Studien nicht beobachtet werden, die allerdings auch von intensiven Bera-

tungen und permanenter Betreuung begleitet wurden.

In vielen Ländern fehlt die geeignete Ausrüstung und das medizinische Personal, um die Vorhautbeschneidung als flächendeckende präventive Maßnahme propagieren zu können. Die Kosten für die Einrichtung einer solchen medizinischen Infrastruktur sind hoch und für viele Länder nicht bezahlbar.

Konsequente Benutzung von Kondomen schützt besser vor einer HIV-Infektion als die Vorhautbeschneidung und zudem vor anderen sexuell übertragbaren Infektionen. Da jedoch nur wenige Männer und Frauen konsequent Kondome benutzen, sind andere präventive Maßnahmen sinnvoll. Die beeindruckenden Studienergebnisse zur präventiven Wirkung der Beschneidung entbinden allerdings nicht davon, sich weiter für die Benutzung von Kondomen einzusetzen.

Quelle:

Bailey R, Moses S et al.: Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet* 2007; 369:643-56

Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al.: Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial. *Lancet* 2007; 369: 657-66

Organon und Schering beenden die gemeinsame Forschung zur Entwicklung der „Pille für den Mann“

Die in einer Phase II-Studie getestete Kombination des Implantats mit Etonogestrel und einer Dreimonats-Spritze mit Testosteron (siehe Familienplanungsrundbrief Nr. 4, Dezember 2005) wird nicht weiterentwickelt. Als Grund wird genannt, dass für die untersuchte Methode keine ausreichende Akzeptanz erwartet wird. Konkrete neue Forschungsvorhaben gibt es wohl zurzeit nicht, so dass eine hormonelle Verhütungsmethode für Männer in Europa weiterhin nicht in absehbarer Zeit verfügbar sein wird.

Quelle:

Presseerklärung der Firma Schering vom 1.9.2006
[http://www.viva.vita.bayerhealthcare.de/index.php?id=385&tx_ttnews\[tt_news\]=11151&tx_ttnews\[backPid\]=385&cHash=af8b9855dd](http://www.viva.vita.bayerhealthcare.de/index.php?id=385&tx_ttnews[tt_news]=11151&tx_ttnews[backPid]=385&cHash=af8b9855dd)

Kondome bieten einen gewissen Schutz vor HPV-Infektionen

Ob und wie sicher Kondome vor einer HPV-Infektion schützen, ist bisher nicht klar. Die vorhandenen Daten aus Querschnittsstudien erweisen keinen Schutz für Frauen durch Kondombenutzung der Partner.

In einer aktuellen Längsschnittstudie wurde die Schutzwirkung von Kondomen in einer Gruppe von Frauen untersucht, die im Studienverlauf den ersten Geschlechtsverkehr hatten.

82 Studentinnen wurden über durchschnittlich 33 Monate regelmäßig auf HPV getestet und es wurden Pap-Abstriche untersucht. Alle 14 Tage wurden Daten zur sexuellen Aktivität und zur Kondombenutzung erhoben.

Von den Frauen, deren Partner regelmäßig Kondome benutzten, hatten im Laufe eines Jahres knapp 38% eine HPV-Infektion. Von den Frauen, deren Partner selten oder nie Kondome benutzten hatten knapp 90 % innerhalb eines Jahres eine HPV-Infektion. Bei 39 Frauen mit regelmäßiger Kondombenutzung wurde kein auffälliger Pap-Abstrich gefunden, bei 128 Frauen mit unregelmäßiger oder keiner Kondombenutzung 14 auffällige Abstriche festgestellt.

Die Studie belegt erneut, dass HPV-Infektionen nach Beginn der sexuellen Aktivität sehr häufig sind. Sie zeigt auch, dass Kondome keinen vollständigen Schutz bieten, aber doch die Infektionshäufigkeit deutlich reduzieren können. Dies gelingt aber nur durch sehr konsequente Anwendung – auch in der Gruppe der Frauen, deren Partner in mehr als der Hälfte der sexuellen Kontakte Kondome benutzten, war das Infektionsrisiko kaum reduziert.

Quelle:

Winer, RL, Hughes JP et al.: "Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women." *The New England journal of medicine* 2006, 354: 2645-54.

HPV-Typen 16 und 18 seltener als angenommen

Die HPV-Typen 16 und 18, gegen die die neue HPV-Impfung schützt, treten bei 70% der Zervixkarzinome auf. In einer neuen Studie wird untersucht, wie häufig eine Infektion mit diesen Virus-typen bei Frauen insgesamt ist. In den meisten

Studien zur Häufigkeit von HPV-Infektionen werden die Virustypen nicht genau bestimmt oder nur in Gruppen von Hoch- und Niedrig-Risiko-Typen eingeteilt. Außerdem gibt es wenig Daten zur Verbreitung von HPV-Infektionen in der Allgemeinbevölkerung, da sich viele Untersuchungen auf Einrichtungen zur Behandlung von Geschlechtskrankheiten beschränken.

In einer repräsentativen bevölkerungsbezogenen Studie in den USA wurde bei knapp 2000 14-59-jährigen Frauen aus einem Scheidenabstrich eine Untersuchung auf HP-Viren durchgeführt. Dabei wurden die einzelnen Virustypen genauer als in den meisten bisherigen Studien bestimmt. Insgesamt wurde bei knapp 27% der Frauen eine HPV-Infektion gefunden. Die Infektionsrate nahm bis zum Alter von 24 Jahren zu und danach langsam wieder ab.

Die Hochrisiko-Typen 16 und 18 wurden aber nur bei 1,5 bzw. 0,8% der Frauen gefunden, HPV 6 und 11 (die Erreger der Feigwarzen) wurden bei 3,4% der Frauen gefunden.

Es ist bekannt, dass 90% dieser Infektionen nach einigen Monaten spontan heilen, und dass nur bei etwa 1% der langfristig bestehenden Infektionen mit Hochrisiko-Typen ein Zervixkarzinom entsteht.

Quelle:

Dunne E, Unger E et al.: Prevalence of HPV Infection Among Females in the United States JAMA 2007; 297:813-19

USA: Onkogene humane Papillomaviren wenig prävalent. Deutsches Ärzteblatt Mittwoch, 28. Februar 2007 <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=27671>

HPV-Impfung – Empfehlung der Stiko verabschiedet

Die Ständige Impfkommission am Robert-Koch-Institut (StiKo) hat im Februar eine Empfehlung für die HPV-Impfung verabschiedet. Die Impfung wird für alle Mädchen im Alter von 12-17 Jahren empfohlen. Die drei Impfdosen sollten vor dem ersten Geschlechtsverkehr gegeben werden. Da es keine epidemiologischen Daten dazu gibt, wie sich eine Impfung der Jungen auf die Häufigkeit von HPV-Infektionen bei Mädchen auswirkt, gibt es keine Empfehlung, auch Jungen zu impfen.

Wie lange die Immunität besteht, ist noch nicht bekannt. Deswegen kann die StiKo noch keine Empfehlungen darüber geben, ob und wann Auffrischimpfungen nötig sind.

Geimpfte Personen sollten darauf hingewiesen werden, dass HPV-Infektionen mit Virustypen, gegen die die Impfung nicht wirkt, möglich sind und auch Früherkennungsuntersuchungen weiter durchgeführt werden müssen. Die StiKo betrachtet die Impfung und die Früherkennungsuntersuchungen als sich ergänzende Strategien zur Prävention von Zervixkarzinomen.

Die Bekanntgabe der Empfehlung ist von einer ausführlichen Begründung und einer Bewertung der Impfung begleitet.

Quelle:

Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut: Impfung gegen humane Papillomaviren (HPV) für Mädchen von 12 bis 17 Jahren – Empfehlung und Begründung. Epidemiologisches Bulletin Nr. 12, 23. März 2007 http://www.rki.de/clin_049/nn_196418/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2007/12_07.templateId=raw,property=publicationFile.pdf/12_07.pdf

Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten

Text- und Bildtafeln zur Information und Beratung für Menschen verschiedener Kulturen.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat ein neues Multiplikatorenmedium entwickelt zur Prävention von HIV/Aids und anderen sexuell übertragbaren Krankheiten. Die „Präventionsmappe Sexuell übertragbare Krankheiten“ enthält Text- und Bildtafeln zur Beratung und Information für Menschen verschiedener Kulturen und wurde insbesondere für die Präventionsarbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund erstellt. Sie ist bewusst so konzipiert, dass auch Fachkräfte, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, korrekte Informationen zu sexuell übertragbaren Krankheiten und dem Schutz davor weitergeben können.

Ihre Anwendungsmöglichkeiten sind vielfältig: Neben Einzelberatungen sind Präventionsveranstaltungen in Kleingruppen (flipchartartige Aufstelltechnik) und Großgruppen (Overhead- oder Beamer-Präsentationen) möglich. Aus den Bild- und Texttafeln lassen sich außerdem Handouts für die Beratenden erstellen. Zusätzliche Hinweise und Empfehlungen für die Fachkraft, z.B. zur Durchführung von Beratung und Informationsveranstaltungen im interkulturellen Kontext, runden das Angebot ab.

Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, die mit Menschen mit Migrationshintergrund arbeiten, können die „Präventionsmappe Sexuell übertrag-

bare Krankheiten“ gegen eine Schutzgebühr von 8,- € bestellen (Best.-Nr. 70400000). Bestellung mit Angabe der Institution (Post: BZgA, 51101 Köln, Fax: 0221/8992-257, E-Mail: order@bzga.de). Für alle anderen Interessierten (und für Beamer-Präsentationen zum Download) stehen die Inhalte der Mappe unter <http://www.gib-aids-keine-chance.de/> Materialien, Prävention für Migrantinnen und Migranten im Internet zur Verfügung.

Mehrsprachige Informationen für [migrierte] Sexarbeiterinnen

Das TAMPEP Netzwerk hat eine Reihe von Angeboten entwickelt, um die Gesundheitsförderung für Sexarbeiterinnen zu unterstützen. Die folgenden Angebote sind nun auf der zweiten Ausgabe der TAMPEP-CD-Rom erhältlich und können von anderen Organisationen, die SexarbeiterInnen unterstützen, genutzt werden.

Faltblätter für Frauen:

Faltblätter über Sexualität, Gesundheit und individuelle Vorsorge, die frei verfügbar sind und für die Weitergabe an Sexarbeiterinnen heruntergeladen, gedruckt und vervielfältigt werden können. Die Faltblätter sind in 19 Sprachen erhältlich: Albanisch, Bulgarisch, Englisch, Tschechisch, Estnisch, Französisch, Deutsch, Ungarisch, Italienisch, Lettisch, Litauisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch, Russisch, Slowakisch, Spanisch, Thailändisch und Ukrainisch. Auch die Broschüre „Is Everything OK?“ in acht Sprachen ist auf der CD-Rom zu finden.

Faltblätter für TransGender (in Englisch, Spanisch und Portugiesisch)

- Hormone, Silikon, Brustentwicklung/ Transformation, Operation, Epilierung
- STI, AIDS und Hepatitis B

Bezug: TAMPEP Deutschland, Amnesty for Women e.V.

Große Bergstraße 231
22767 Hamburg

Telefon: 040 / 38 47 53

Fax: 040/385758

E-Mail: info@amnestyforwomen.de

<http://www.amnestyforwomen.de/>