

Sexuelle Grenzverletzungen zwischen Menschen mit Behinderungen

Von Klaus Gehling

Inhalt

I . Einführung und Problemstellung

II. Wissenschaftlicher Teil

1. Evolution und Sexualität

2. Sexuelle Gesundheit und Gehirnforschung

3. Philosophische, rechtliche und diagnostische Aspekte

4. Aspekte von Behinderung und Sexualität

4.1 Sexuelles Verhalten: Was ist normal (normophil) und was ist nicht normal (paraphil)? – Störungsbegriffe

4.2 Der Einfluß der Behinderung auf die sexuelle Entwicklung

III. Spezieller Teil

1. Was sind sexuelle Handlungen?

2. Was sind sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz?

3. Abweichendes sexuelle Verhalten und dessen Beurteilung bei Menschen mit Behinderung
4. Bewertung von Sexualität und Behinderung
5. Therapeutische Erfahrungen
6. Zur evolutionären und psychologischen Natur der sexuellen Grenzverletzungen und der Umgang mit ihnen
7. Typische Sexuelle Grenzverletzungen
in den letzten zwei Jahren
8. Wie wurde auf die sexuellen Grenzverletzungen in den Institutionen reagiert?
9. Sexuelle Grenzverletzungen im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge
10. Das Konzept der Abstinenz in der Arbeit mit M. m. B.
11. Wie selbstbestimmt und frei ist ein Mensch m. B. und einer Pädophilie?

IV. Leitsätze im Umgang mit sexuellen Grenzverletzungen

V. Leitlinien und Qualitätsstandards

1. Die Haltung der Institution
2. Begriffsklärung

3. Leitlinien zur Orientierung

4. Zuständigkeit

5. Prüfung und Beurteilung

VI. Literatur

I. Einführung und Problemstellung

Die UN-Behindertenrechtskonvention von 2009 betont ausdrücklich den Schutz von Menschen mit Behinderung vor Mißbrauch und sexueller Gewalt.

In den letzten Jahren ist eine Flut von Publikationen zu dem Thema „Sexuelle Grenzverletzungen“ erschienen. Sie beschäftigen sich jedoch zumeist mit sex. Grenzverletzungen von professionell agierenden Personen gegenüber abhängigen Personen (Schüler, Jugendliche in Kirchen, Menschen mit Behinderung – M. m. B. - etc.). Sexuelle Grenzverletzungen in den sozialen Räumen „Kirche“ und „Schule“ stehen dabei aktuell im Vordergrund.

Sexuelle Grenzverletzungen, die von M. m. B. an anderen M. m. B. verübt werden, finden allenfalls in speziellen Fachkreisen Beachtung; repräsentative Untersuchungen dazu fehlen (vgl. ERMANN 2004). Sie stellen aber ein nicht weniger drängendes Problem dar. Diesem Problem widmet sich vorliegende Arbeit. Neben aktuellen psychologischen und sexualmedizinischen Forschungsergebnissen sollen vor allem praktische Erfahrungen zur Sprache kommen. Zusammen liefern sie die

Grundlagen der Begründung für die anschließenden Überlegungen, Vorschläge und konzeptuelle Lösungen; soziologische Konzepte (z. B. Macht – und Abhängigkeitsverhältnisse als Ursache von Grenzverletzungen) werden nur gestreift und stehen nicht im Vordergrund, weil hier das psychologische, individuumzentrierte Erleben analysiert wird und weil m. E. die strukturelle Gewalt vielfach anderswo behandelt wird (vgl. Kap. III). Die psychologischen Aussagen und Implikationen gelten jedoch für sex. Grenzverletzungen jeglicher Art an allen Menschen.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit soll die zwischenmenschliche Begegnung stehen, in der die MitarbeiterInnen, die mit M. m. B. in Institutionen arbeiten, täglich agieren und entscheiden müssen.

Ich habe mich insbesondere gefragt, warum der Verletzung der sexuellen Selbstbestimmung durch M. m. B. so wenig Beachtung geschenkt wird und warum der Umgang mit sex. Grenzverletzungen in der gesamten Gesellschaft so schwer ist und immer wieder ähnliche (universale) Reaktionen hervorruft. Dazu äußert sich die unabhängige Beauftragte der Bundesregierung, Christine BERGMANN (2011):“ Missbrauch dauert oft das ganze Leben, auch wenn die Taten schon längst vorbei sind...Wir brauchen einen Paradigmenwechsel: Die Besten sind nicht die Institutionen, die alles dransetzen, einen Imageverlust abzuwenden, sondern jene, die offensiv mit dem Thema umgehen...” (S. 67).

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut:

Nach dem Anfangskapitel beschäftigt sich Kapitel II rein wissenschaftlich mit sexueller Evolution, Gesundheit, sexuellen Störungen, Folgen von sexuellen Grenzverletzungen und Kultur. Es liefert die Wissensgrundlage für alle weiteren Kapitel.

Die anderen Kapitel (Spezieller Teil) können aber auch ohne dieses Kapitel gelesen werden.

II. Wissenschaftlicher Teil

1. Evolution und Sexualität

Aus evolutionärer Sicht ist es schwierig, Sexualität zu erklären. Ein wichtiger Grund liegt darin, dass es zu "teuer" ist, Männchen zu produzieren. Wenn eine Art nur Weibchen produzieren würde, gäbe es sehr viel mehr Nachkommen, denn die Eier alleine entscheiden über die Anzahl der Nachkommen, (wenige) Eier sind also sehr viel wertvoller als (Millionen) Spermien.

Einzellige Wimperntiere können sich beispw. ungeschlechtlich vermehren, indem sich ein Tierchen einfach verdoppelt. Trotzdem gibt es bei den Wimperntieren sieben Geschlechter, die paarweise Kinder bekommen. Dennoch hat sich die zweigeschlechtliche Fortpflanzung bei den meisten Spezies, besonders, je komplexer sie sind, durchgesetzt.

Der Grund dafür ist die genetische Variation, die dadurch entsteht und uns gegen Gefahren in Form von z. B. Bakterien "sichert", die Krankheiten verursachen können (siehe auch im weiteren Text). So verdoppelt sich das Darmbakterium "Escherichia Coli" alle 20 Minuten, es hat somit viel geringere Reproduktionszeiten als Menschen. - Das ist zur Zeit die wesentlichste wissenschaftliche Auffassung über die Gründe von Sex.

Viele menschliche Verhaltensweisen, also auch sexuelles Verhalten, Bedürfnisse, Vorlieben oder Abneigungen lassen sich aus der stammesgeschichtlichen Entwicklung des Menschen als genetisch manifeste Anpassung an frühere Lebensbedingungen erklären. Eine einseitige Deutung, Verhalten nur aus gesellschaftlichen Bedingungen her zu erklären und die Biologie zu verleugnen, muß scheitern. Von einer genetisch bedingten Unveränderlichkeit von Verhaltenstendenzen ist jedoch nicht auszugehen.

Unser angeborener Appetit auf beispielsweise Süßigkeiten ist mit deren hohem Nährwert begründet, der unser Überleben sicherte. So interpretieren Männer - ein weiteres Beispiel - das Anlächeln von Frauen häufiger als Zeichen sexuelles Interesse als umgekehrt. Vermutlich ist diese Anpassungsleistung der Notwendigkeit geschuldet, sexuelle Möglichkeiten zu nutzen, auch wenn sie sich als falsch interpretiert erweisen sollten, denn der Nutzen der Genweitergabe ist höher. So ist es möglich, männliches Verhalten besser zu verstehen, wenn es zu Problemen (z. B. Grenzverletzung) führt. Unterschiedliche Schwierigkeiten entstehen auch dadurch, dass Frauen aufgrund der 100% Gewissheit, dass ihre Kinder ihre Gene haben, in den Nachwuchs mehr investieren als Männer (weitere Beispiele bei MASS 2011).

Der Mensch ist auch von seiner Evolution her auf Bindung programmiert. Seine Gesundheit, seine Lebensqualität hängt von der Qualität wichtiger Beziehungen ab. Dazugehören, angenommen und respektiert werden ermöglichen erst eine gesunde Entwicklung; Zuwendung, Wärme und Geborgenheit sucht er sein Leben lang. Diese Grundbedürfnisse sind universell und damit unverzichtbar, unabhängig von anderen Faktoren wie Geschlecht oder etwa Hautfarbe oder Behinderung. Eine sichere Bindung des Kindes entsteht durch

ständiges Beachtet werden. Bei unsicher gebundenen Einjährigen steigt im Speichel die Konzentration des Stresshormons Cortisol und bleibt auch bei Rückkehr der Mutter länger erhöht als bei sicher gebundenen. Sexuelle Grenzverletzungen führen fast unweigerlich zu „Bindungsstörungen“ und später zu psychischen Behinderungen und können ohne therapeutische Interventionen meist nicht mehr aufgelöst werden (BRISCH 2011; Kap. 4.2.).

Ursprünglich, auf dem Niveau von Paarzellern, dienten Paarungsvorgänge dem Austausch von Genen, wo die Evolution ansetzen konnte, die Vermehrung erfolgte asexuell (siehe auch BEIER et al. 2005 und LOEWIT 2010). Seit 3,5 Milliarden Jahre gibt es die – recht junge – Zweigeschlechtlichkeit. Sie verbesserte die Überlebens-Fitness und diente der sexuellen Selektion, die durch lediglich zwei Auswahlvarianten einfach funktionierte. Sie war zudem bei höheren Lebewesen wegen der komplexeren Anforderungen der Umwelt notwendig geworden. Die Durchmischung verschiedener Genpools förderte die Entwicklung besserer Immunsysteme, deren Code z. B. von Bakterien sehr viel schwieriger „geknackt“ werden konnte.

Bei den vormenschlichen Primaten bzw. Säugetieren ist bekanntlich das Sexualverhalten im Sinne der Fortpflanzungsfunktion an die entsprechenden Hormonspiegel gebunden. Paarungsbereitschaft fällt mit der Empfängnismöglichkeit zusammen, Sexualverhalten und Fortpflanzung sind eng miteinander verknüpft. Genetische Rekombination und Fortpflanzung wurden miteinander gekoppelt.

Dieses Prinzip wurde aber schon auf der Stufe unserer nächsten Verwandten, den Schimpansen, durchbrochen und hat für den Menschen seine Allgemeingültigkeit verloren.

Unsere Hormone bestimmen unser Verhalten nicht mehr ausschließlich, das Verhalten ist kognitiv und sozial überlagert. (So berichtet beispielsweise eine Medizinprofessorin, seit sie um ihre Position kämpfen müsse, sei ihr Testosteronspiegel über die Norm erhöht. Zudem sei sie risikofreudiger geworden (DIE ZEIT v. 17.2.2011, 8, S. 41).

Damit Paarungen aber ohne größere Probleme „klappten“ mussten Aggressions – und Fluchtimpulse, individuelle Reviergrenzen und soziale Rangunterschiede minimiert werden, zumindest während der Kopulation. Das ermöglichte bzw. ermöglicht das bereits erwähnte enge Zusammenspiel von Sexualzentrum/Sexualhormonen und Oxytocin-System. Das „Kuschelhormon“ Oxytocin steigert sex. Lust und verbessert soziales Verhalten. So entwickelte sich aus dem Fortpflanzungsverhalten bereits ab der Entstehung von Vögeln und Säugetieren eine soziale Dimension der Sexualität im Sinne der Förderung des Paar – und Gruppenzusammenhalts, des Abbau von Spannungen und Aggression in der Gruppe. Dieser soziale Aspekt des Paarungsverhaltens hat sich als eigenes Sexualverhalten in nicht-sexueller Bedeutung verselbständigt, ist nicht mehr an Fortpflanzung gebunden. Sexualität ist somit mehrdeutig, also auch missverständlich geworden, sexuelle Grenzverletzungen sind Teil der „Sozialwerdung“ der Sexualität. „In diesem Sinn kann das ganz konkrete (sexuelle) Verhalten ... nicht bloß symbolisch im körperlichen Vollzug sinnlich-lustvoll erfahrbar machen (bedeuten)... – oder in einer grenzüberschreitenden, gewalttätigen, lieblos-zerstörerischen Beziehung deren Gegenteil. Gerade weil es auch hier um Grundbedürfnisse geht, aber eben mit negativen Vorzeichen, nicht als Erfüllung, sondern als ihre Verweigerung oder Zerstörung hat sexuelle Gewalt, Ausbeutung, Missbrauch so nachhaltig und schwerwiegend verletzende Folgen“ (LOEWIT 2010, S. 19).

2. Sexuelle Gesundheit und Hirnforschung

Heute ermöglicht die moderne Hirnforschung, im Besonderen die Neuroendokrinologie erstmalig ein ganzheitliches Verständnis von der Bedeutung guter (sex.) Beziehungen. Positive Beziehungserfahrung setzt das Bindungshormon Oxytocin frei, das gleichzeitig den präfrontalen Sitz des kritischen Planens und Urteilens und die Mandelkerne (Sitz von Angst, Abneigung, Ekel und Aggression) deaktiviert. Stress nimmt insgesamt ab, auch Glückshormone werden ausgeschüttet, der Sexualhormonspiegel steigt. Bindung und Sexualität sind neuroendokrinologisch miteinander verknüpft. Negative Beziehungserfahrungen produzieren chronischen Stress mit allen negativen Folgen für den Organismus und Sozialität.

Schon 2003 fasste der Hirnforscher INSEL eine große Zahl von Forschungsartikeln zusammen („Ist soziale Bindung eine Sucht?“), die deutlich machten, dass das Gehirn auf gute zwischenmenschliche Beziehungen angewiesen ist. Nur so könne das „Social Brain“ Motivationssysteme aktivieren. Für das Beziehungswesen Mensch stellt deshalb die sexuelle Kommunikation ein unverzichtbarer Daseinsaspekt dar. Dessen Störung schafft oft die Basis für Erkrankungen, verschärft die sozialen Folgen von Behinderungen und chronifiziert sie.

3. Philosophische, rechtliche und diagnostische Aspekte

Die Geschichte des menschlichen (sex.) Begehrens ist immer auch eine Geschichte der Welt – und Lebensanschauungen. Eine feste Ordnungslinie bspw. besteht aus den Geschlechtern. Das Ordnungsgefüge wird auf der Basis biologischer Gegebenheiten, die bereits auf das Soziale zielen (Social Brain), kulturell bestimmt, aber immer von Individuen mit ihren

eigenen Vorstellungen von Begehrlichkeit gestaltet. Darum muß immer wieder um dieses Ordnungsgefüge gestritten werden. Das gilt insbesondere für sexuell abweichendes Verhalten.

Zwei weitere Ordnungslinien seien deshalb für unsere Zwecke gezogen: das Sexualstrafrecht und das DSM IV - TR (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen 2003).

Das Strafrecht ist eine Konvention, die uns sensibel für das sex. Abweichende machen soll. Gleichzeitig werden die Folgen des nicht erwünschten Begehrens festgelegt. Straftäter können psychisch krank sein, sie sind aber nicht generell psychisch krank, sie haben zu allererst das Gesetz verletzt.

Das DSM IV - TR beinhaltet die Sexuellen Funktionsstörungen (mit psychophysiologischen Veränderungen), die Paraphilien, die Geschlechtsidentitätsstörungen (Unbehagen am eigenen Geburtsgeschlecht) und die Nicht Näher bezeichneten Sexuellen Störungen (nicht klassifizierbare Störungen). Bei M. m. B. sind Paraphilien am häufigsten anzutreffen, sie stehen deshalb innerhalb unserer konzeptuellen Betrachtungen im Vordergrund. Paraphilien sind wiederkehrende intensive sexuell dranghafte Bedürfnisse, Phantasien oder Verhaltensweisen, die sich auf ungewöhnliche Objekte, Aktivitäten oder Situationen beziehen (siehe Kap. II/4.1).

Das DSM ist auch eine Konvention, ein Versuch, das psychisch – hier sexuell - Gestörte zu definieren. M. m. B. haben z. B. häufig ein vermindertes sexuelles Begehren (Störungen der sexuellen Appetenz). Der Betroffene muß das aber nicht als Problem empfinden. Ihm kann die Appetenz-Norm, die Bedeutung und Frequenz des Sexuellen im aktuellen Zeitgeist der Gesellschaft egal sein.

Anders ist es, wenn der M. m. B. unter diesem Zustand leidet oder hieraus zwischenmenschliche Schwierigkeiten entstehen, weil eine Beziehung gestört ist. Eine dritte Möglichkeit besteht darin, dass der M. m. B. an seinem Begehren nicht leidet, aber die Gesellschaft, etwa bei der Pädophilie, eine relativ häufige Störung bei M. m. B. An dieser Stelle wird deutlich, dass das Eine nicht ohne das Andere gesehen werden kann. Die Störung (Pädophilie) ist essentiell, ein Fakt, sie kann nicht rein soziokulturell umkodiert oder einfach normativ außer Kraft gesetzt werden.

Folglich liegt eine sexuelle Störung in Anlehnung an das DSM IV-TR dann vor, wenn der M. m. B. darunter leidet und daraus zwischenmenschliche Probleme resultieren. Sie ist oft eine Begleiterscheinung der Behinderung (chronifizierte Störung), kann aber auch selbst chronifizieren und eine eigenständige Behinderung bilden.

Die ICF, „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (2005) kodiert Sexualität generell in Kap. 6 unter „Genital – und reproduktive Funktionen“. Sex. Grenzverletzungen können unter d720, „Komplexe interpersonelle Interaktionen“ kodiert werden. Hier können auch Differenzierungen mittels d7202 („Verhalten in Beziehungen regulieren“), d7203 („Sozialen Regeln gemäß interagieren“) und d7204 („Sozialen Abstand wahren“) vorgenommen werden.

4. Aspekte von Behinderung und Sexualität

Sexualität hat in der Behindertenhilfe aufgehört, ein Tabu zu sein. Es gibt ein beeindruckendes konzeptuelles Bemühen, sexuelles Leben von Menschen mit Behinderung fachlich-fördernd, freundlich, intimitätsachtend und anerkennend zu begleiten. „Dieser Berg ist genommen. Aber nun erwarten uns

die Mühen der Ebene“ (HERRATH 2010, S. 4). Die Behinderung als intrapersonaler Faktor im Netzwerk sozialer Beziehungssysteme steht im Vordergrund psychologischer Forschungen. Die Praxis und umfangreiche empirische Befunde belegen, wie stark eine Behinderung die sexuelle Entwicklung eines Menschen beeinträchtigt (NEUHÄUSER 2004; ERMANN 2004; BEIER et al. 2005; BERNER et al. 2007; HERRATH 2010; CZARSKI 2010; siehe auch Internet, es weist über 2 Millionen Einträge dazu auf nebst vielen links). Einige, für unsere Fragestellung wichtigen Aspekte, seien hier vorgestellt und diskutiert.

4.1 Sexuelles Verhalten: Was ist normal (normophil) und was ist nicht normal (paraphil)? - Störungsbegriffe

Während seit dem Mittelalter jegliches Abweichen, insbesondere religiöses Denken und Handeln, der kirchlichen Verdammung und der weltlichen Kriminalisierung unterlag, kam es in der Neuzeit über die Pathologisierung bzw. Medikamentalisierung zur heutigen partiellen Tolerierung sexuell abweichenden Verhaltens (siehe z. B. Partner-Tauschclubs, S/M-Selbsthilfegruppen, Prostitution aller Art, Internetsex). Nicht zuletzt aufgrund dieses moralisch-definitiven Dilemmas der gegensätzlichen Entwicklung im Verlaufe der Jahrhunderte hat sich der alte Begriff der Paraphilie wieder durchgesetzt. Es handelt sich hierbei um ein deskriptives Konzept, das „Liebe“ nicht in ihrer normalen Form („normophil“) beschreibt, sondern in einer „neben“ der Normalität („paraphil“) liegenden. Der Begriff Paraphilie, der hier verwendet werden soll, beschreibt also eine Verhaltensweise, die gesellschaftlich nicht konsensfähig ist, weder in der Partnerschaft, noch in der Öffentlichkeit. Um die Unterscheidung von „normophil“ und „paraphil“ geht es in

diesem Kapitel. Weiterhin sollen praktische Hinweise den Umgang mit Paraphilie verstehen und erleichtern helfen.

Die enorme Variationsbreite sexuellen Erlebens oder Verhaltens lässt sich daran messen, dass bei sehr vielen Menschen, vielleicht sogar bei allen, in unterschiedlichem Ausprägungsgrad paraphile Impulse auftreten können, ohne dass eine Paraphilie vorliegen muss. Nur ein Teil davon ist als dissexuelles Verhalten einzustufen, weil über die Interessen anderer Menschen hinweg gegangen wird. Die dissexuelle paraphile Erlebniswelt ist aber gerade wegen ihrer individuellen Vielfalt nicht immer allgemein konsensfähig. Das erklärt auch den epochalen-sozialethischen Entwicklungsprozess, der oben bereits erwähnt wurde: von Verdammung, Kriminalisierung, Pathologisierung bis hin zur heutigen partiellen Tolerierung und Normalisierung als Normvariante.

Das Problem einer Definition von Paraphilien besteht darin, dass in sehr vielen diagnostischen Systemen der Psychologie und Medizin die Paraphilien zwar beschrieben, aber nie oder nur selten abgegrenzt wurden. Dieses soll sich sozusagen per Exklusionen aus dem ergeben, was nicht paraphil ist. Das DSM IV-TR und das ICD - 10 unterscheiden problematische (im Sinne von grenzverletzenden) von nicht problematischen Paraphilien.

Problematische Paraphilien sind:

- Sexueller Masochismus
- Sexueller Sadismus

- Exhibitionismus
- Pädophilie
- Voyeurismus
- Frotteurismus.

Bei Menschen m. B. treten oft Exhibitionismus (siehe Kap. III/5), Pädophilie (oft als Nebenströmung), Voyeurismus und Frotteurismus (sich an andere mit u.a. dem Penis reiben) auf.

Nicht problematische Paraphilien sind:

- Fetischismus
- Transvestitismus.

Bei Menschen m. B., insbesondere bei Menschen mit einer geistigen Behinderung, ist der Fetischismus stärker verbreitet, da er (auch) Ausdruck einer Kontaktstörung zur Außenwelt genereller Art ist. Nach meiner Erfahrung machen Pädophilie, Exhibitionismus und Fetischismus den Hauptteil der Störungen bei M. m. B. aus. Frotteurismus findet sich auch bei M. m. einer schweren B. nur selten, ist dann aber sehr hartnäckig. Pädophilie kommt am häufigsten vor. Wichtig: das Opfer (Kind) muß 13 Jahre oder jünger, die Person mit Pädophilie 16 Jahre oder älter sein und mindestens fünf Jahre älter als das Kind. Auf jeden Fall muß eine klinisch-psychologisch Beurteilung der jeweiligen Reifezustände erfolgen.

Zu einer klaren Ausformung von Normalität oder Paraphilie kommt es in der frühen Kindheit oder in der frühen Adoleszenz. Es kann dann Phasen geben, in denen die Häufigkeit der Phantasien und die Intensität der dranghaften Bedürfnisse

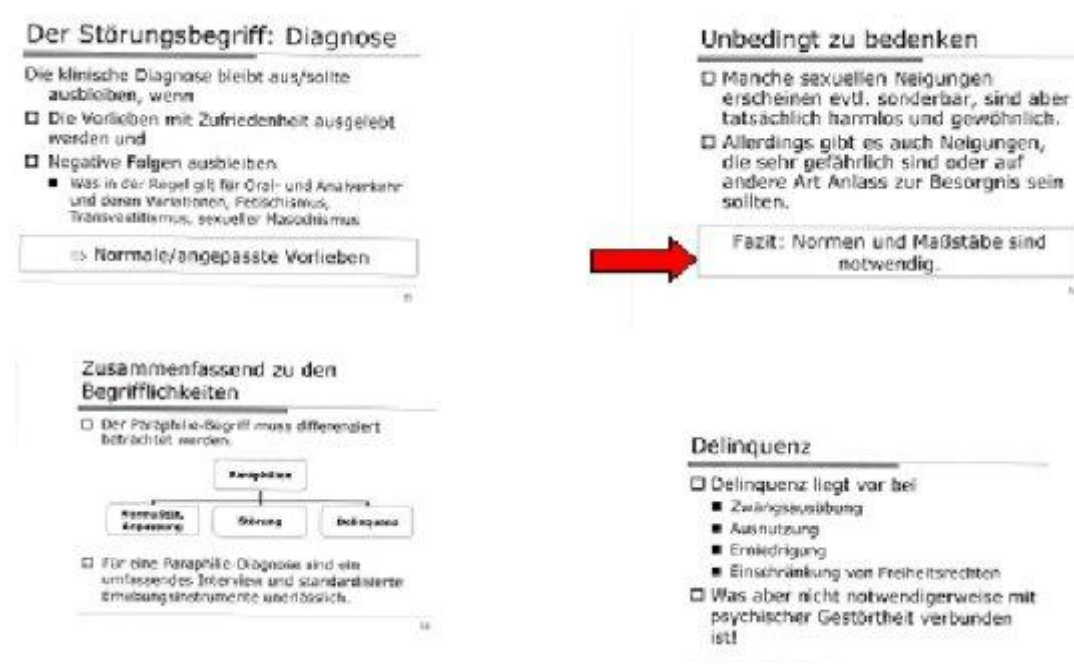
paraphilen Verhaltens deutlich zurückkehren, und andere, in denen diese Impulse das Erleben stark dominieren. Es ist aber davon auszugehen, dass paraphile Aktivitätsmuster biografisch über-dauern, auch wenn sie mit zunehmendem Alter an Inten-sität abnehmen und auf der Ver-haltensebene ganz verschwinden können. Ein Grund für das Weiterbestehen der Paraphilie ist, dass häufig ein Veränderungs-motiv auf-grund eines fehlenden Leidensdruckes nicht entwickelt wird (ein häufiges Phänomen bei M. m. B.!).

Diese Definitionen und Beschreibungsversuche gelten auch für Menschen mit einer Behinderung. Auch hier gab es in der Argumentationskette historische Verirrungen. Die Generationen vor uns haben häufig behauptet, dass M. m. B., insbesondere Menschen mit einer geistigen Behinderung, keine sexuellen Bedürfnisse haben und diese dürften erst gar nicht entfaltet werden, weil man sie ja dann nicht mehr kanalisieren und beherrschen könne. Weiterhin wurde auch die unsinnige Behauptung verbreitet, Menschen mit einer Behinderung (insbesondere auch Menschen mit einer geistigen Behinderung) blieben eigentlich immer Kinder und das gelte auch für ihre sexuellen Bedürfnisse: sie wünschten körperliche Nähe und Zärtlichkeit, aber nicht Sexualität im engeren Sinne (vgl. SCHWARTE & OBERSTE-UFER, 2001). Mit-unter mag dies durch-aus zutreffen, wie übrigens für alle Menschen, die nicht behindert sind. Im Allgemeinen aber gilt auch hier: Menschen mit einer Behinderung sind ebenso verschieden und auch in ihrer Sexualität so einmalig geprägt, wie alle anderen Menschen auch. Die typischen Menschen mit einer Behinderung gibt es natürlich nicht und auch zum Bedürfnis nach Sexualität kann letztlich nichts ausgesagt werden, was nicht auch für alle gleichermaßen gilt. Doch können die Unterschiede, bedingt durch die konkrete Störung, im eigenen Erleben, in der gelebten sexuellen Beziehung als Paar oder

gegenüber der Umwelt eklatant sein; und das gilt nicht nur für die bei behinderten Menschen häufig auftretenden pädophilen Paraphilie.

Von diesen Betrachtungen her und von der Erkenntnis, dass bestimmte Paraphilien nicht konsensfähig sind, gelten die Regeln normativen Verhaltens für Menschen ohne Behinderung ebenso, wie für Menschen mit Behinderung. Das heißt im Endeffekt, dass M. m. B. nicht konsensfähig sind, wenn sie paraphil sind und sex. Grenzverletzungen begehen. M. m. B. können die gesellschaftliche Norm als bloße Abweichung oder als Gesetz verletzen (Delinquenz). Beides kann in einer Diagnose klassifiziert sein.

Fassen wir zusammen (vgl. DSM IV-TR) Abb. 1:



4.2 Der Einfluss der Behinderung auf die sexuelle Entwicklung

Die sexuelle Entwicklung von M. m. B., besonders auf der körperlichen Ebene, unterscheidet sich nicht von Menschen

ohne Behinderung (CZARSKI 2010). Behinderung als biologischer, intrapersoneller und sozialer Faktor wirkt jedoch auf die psychosexuelle Entwicklung. Wir wissen aus vielen empirischen Befunden (vgl. SENCKEL 2003; siehe auch Kap. III), dass M. m. B. eine andere sexuelle Entwicklung haben.

Einen hohen Erklärungswert zum Verstehen der Entwicklung von M. m. B. hat das psycho-biologische Gen-Umwelt-Interaktion-Modell der Vulnerabilität. Zahlreiche Studien belegen die enge Wechselbeziehung zwischen einer Stressbelastung oder Traumatisierung, biologischer Vulnerabilität und dem Risiko, als Folge davon zu erkranken. Besonders bipolare Störungen, Schizophrenie und Depressionen aber auch Substanzabhängigkeit stehen im Fokus der Forschungen über die Interaktion zwischen psychosozialer Umwelt und Genetik (vgl. dazu MARTIN-SOELCH 2010, GRABE & SCHWAHN 2011). Behinderungen liegen oft multifaktorielle und genetisch heterogene Erkrankungen zugrunde. Dieses Modell geht davon aus, dass die biologischen Veränderungen (z.B. die Aktivierung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinde-Achse – HPA-Achse) bei vulnerablen, also streßempfindlichen Personen, dazu führen, die Fähigkeiten auf der Verhaltensebene, streßinduzierte Situationen angemessen zu bewältigen, einschränken. Dieses Modell findet sich auch in der Praxis bestätigt. Viele M. m. B. und sexuellen Paraphilien berichten von schwierigen Beziehungserfahrungen in der Kindheit und Jugend, von quälenden Übergriffen oder Vernachlässigung.

Diese Beziehung macht Abb. 2 deutlich.

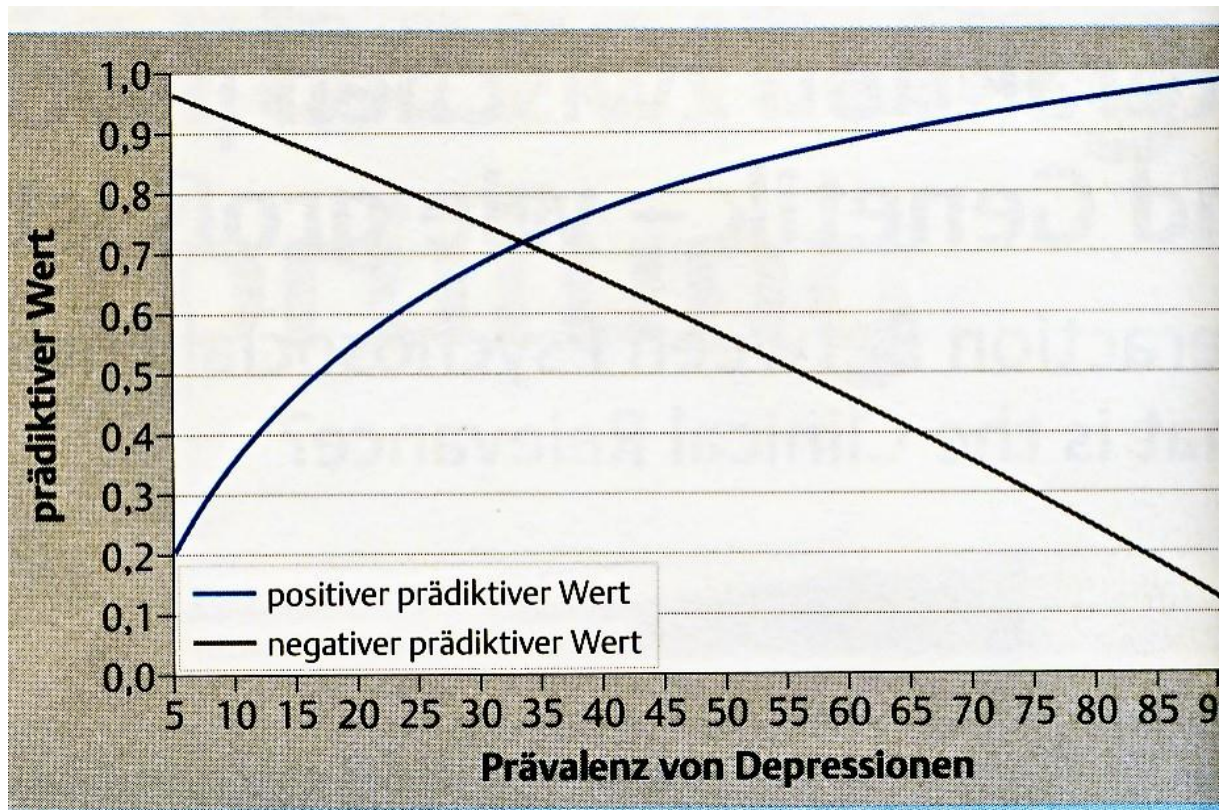


Abb.2: Vorhersagequalität/Vorhersagewahrscheinlichkeit (prädiktiver Wert) von Depressionen durch körperlichen Mißbrauch in der Kindheit (positiver prädiktiver Wert). Pfeil vom Referenten eingefügt. Prävalenz von Depressionen = Krankheitshäufigkeit der Depression einer Gruppe. In: GRABE & SCHWAHN (2011), S. 56.

Abb. 2 zeigt, dass sich beispw. in dem Prävalenzbereich 30-40% Depressionen der positive prädiktive Wert des Risikogentyps über 70% beträgt. Was heißt das? Um spätere psychische Störungen, in diesem Fall die Depression, vorherzusagen trägt also die Tatsache eines körperlichen Mißbrauchs zu über 70% bei. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird ein Mißbrauchsoffer später psychisch krank. Bei Populationen (Menschen einer bestimmten Gruppe), in denen Depressionen sehr häufig auftritt, z. B. wenn 80% einer Gruppe von M. m. Schizophrenie depressiv sind, ist wahrscheinlich der

Einfluß von frühen Mißbrauchserfahrungen, wenn diese stattgefunden haben, geringer, denn offensichtlich spielen andere Faktoren, in diesem Fall die Schizophrenie, eine größere Rolle.

Zusammengefaßt: Zum einen verändern Risikogenvarianten durch ihren Einfluß auf die neurobiologischen Funktionssysteme (HPA-Achse) die Gen-Umwelt-Interaktion. Zum anderen können Umweltfaktoren über epigenetische Prozesse, in denen zwar nicht die DNA aber die Zellen verändert werden, den Funktionszustand von Genen aber erheblich verändern und beispw. in den Reifezustand der Gehirnzellen eingreifen. Epigenetische Prozesse sind erbliche Veränderungen, ohne Veränderung der DNA-Frequenz. Missbrauchte Kinder entwickeln in unserem Beispiel durch ihre Umwelt mehr Depressionen und können diese später in Form eines gestressten Nervensystems weiter vererben.

Behinderung als komplexe Folgen der oben dargestellten Prozesse beeinträchtigt die Bindungsqualität. SENCKEL (2003) spricht von „desorganisierten Bindungsmuster“ (S. 131). Menschen mit Behinderung haben zu einem großen Prozentsatz Einschränkungen bei der Geschlechtsidentität und der Geschlechtsrolle. So sind z. B. wesentlich mehr Menschen mit Behinderung bisexuell (bis zu 40 Prozent, eigene 30jährige therapeutische Erfahrungen). Dies erhöht die Schwierigkeit, sich Geschlechtsrollen anzueignen, mit den sich daraus ergebenden Verhaltensweisen. Die sexuellen Verhaltensweisen von Menschen m. B. müssen vor dem Hintergrund ihrer allgemeinen Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden. Ihre Entwicklung ist geprägt von der Bewältigung zahlreicher Krisen. Sie kann nicht konfliktfrei verlaufen, und die Konflikte sind auch spezifisch an die gestörte Entwicklung gebunden, die sich als soziales Konstrukt vergesellschaftet (siehe auch IRBLICH &

STAHL 2003). HERRATH (2010) sieht insbesondere folgende Hindernisse:

- Die Neigung der Gesellschaft zur Kategorisierung und Normierung von Behinderung und Sexualität.
- Soziale Behinderungen im Alltag (Überbehütung, Machtmissbrauch, falsche Zuschreibungen etc.).
- Zu wenig Selbstbestimmung.

Ein weiterer Ausgangspunkt für unsere Überlegungen bieten bindungstheoretische Ansätze. Im Rahmen genetisch bedingter Grenzen wird das Bindungssystem im Laufe des Lebens zunächst durch die Interaktion mit der primären Bezugsperson (zumeist die Mutter) geprägt und stellt eine Art Blaupause für spätere Erfahrungen und Entwicklungen dar. Auch für sexuelle Motive, Orientierungen und Neigungen existieren Blaupausen, die sich besonders während der Pubertät bilden und mit zunehmendem Alter immer weniger modifizierbar werden. Oft werden Konflikte sexualisiert, d. h. sie finden im Sexuellen eine Ausdrucks - und Erlebensform. So werden z. B. negative Affekte wie Ängste oder Wut in sexuelle Phantasien gebunden.

Bei Menschen mit sexueller Delinquenz finden sich überzufällig auffällige Bindungstypen (BRIKEN 2009). Sie werden von kindlichen Erinnerungen überschwemmt, Probleme und Schwierigkeiten zu eigenen Bindungspersonen sind unverarbeitet. So finden sich in Psychotherapien bei M. m. B. mit einer Hemmungspädophilie oft überbehütende, neurotisch-enge Bindungen zur Mutter, so dass eine akzeptable Geschlechtsrollenübernahme misslingt. (Dies gilt grundsätzlich auch für Nichtbehinderte). Das Verhalten dieser Bezugspersonen können den Kindern in Bedrohungssituationen weder Schutz noch Haltung bieten, so dass Ängste und Depressionen entstehen. In ihren sexuellen Beziehungen ist oft

eine große Angst vor Ablehnung vorherrschend. Bei M. m. B. mit einer Pädophilie ist der Anteil mit diesem Bindungstyp überdurchschnittlich hoch. Vergewaltiger dagegen haben in der Kindheit häufig mangelnde Zuwendungen erfahren. Der Bindungsstil ist mehr distanziert-bindungsunabhängig. Antisoziale Verhaltensweisen dominieren.

Sozialisations – bzw. Bindungserfahrungen beeinflussen interaktionell neurobiologische Korrelate. Sexuelle Motive entstehen aus einem Wechselspiel zwischen positiven erregenden (einhergehend mit Hirnaktivitäten des z. B. nucleus accumbens) und negativen hemmenden (korreliert mit Aktivitäten des nucleus amygdala) Einflüssen. Bei sexueller Erregung müssen hemmende Funktionen vermindert werden. Verschiedene Untersuchungen legen nahe (siehe BRIKEN 2009), dass Menschen, deren hemmende Funktionen reduziert sind, bei depressiven und ängstlichen Stimmungslagen eher mit einer Zunahme von sexueller Erregung reagieren. Neurobiologische Theorien können die in Psychotherapien oft beobachtende erhöhte und zwanghaft bestehende sexuelle Erregbarkeit erklären. Verhaltenstherapeutische Programme sind deshalb stark beziehungsorientiert ausgerichtet. Sie zielen auf die Verbesserung der Fähigkeit soziale Situationen besser zu kontrollieren oder zu meiden.

Neben dem veränderten Entwicklungstempo, dem besonderen Bindungstyp und der neurobiologischen Vulnerabilität, (letztere sabotiert die Entwicklung und steht immer am Anfang eines Prozesses), ragt insbesondere ein Phänomen heraus, in dem sich Menschen mit Behinderung von Menschen ohne Behinderung unterscheiden und das für unser Thema von großer Bedeutung ist: die Entwicklung der Geschlechtsrollenidentität. Vielen Menschen mit Behinderung gelingt die Übernahme einer Geschlechtsrollenidentität nicht.

Aus diesem Problem entstehen sehr viele Defizite, die in Sexualtherapien immer wieder beobachtet werden können. Wie eng die sexuelle Entwicklung mit der sozialen Entwicklung zusammenhängt, zeigt die bereits referierte Erkenntnis der Sexualforschung, dass es sich bei sexuellen Störungen um ein im Sexuellen zeigendes Versagen des Sozialverhaltens handelt (BEIER et al. 2005). Insofern sind alle Para-philien auch Ausdruck einer Beziehungsstörung und der Unfähigkeit, keine befriedigenden oder sozial tolerierten Formen sexuellen Umgangs finden zu können.

Es ist trivial; aber ein Mann oder eine Frau zu sein, bedeutet wesentlich mehr, als nur verschiedene Chromosomen oder Genitalien zu haben. Es ist dies ein basales, zumeist unhinterfragtes Selbstverständnis, eine Seins- und Identitätsform. Geschlechtsidentität und Geschlechtsrolle sind die übergeordneten Kategorien für Verhaltensweisen, Eigenschaften und Einstellungen im Zusammenhang mit dem Zugehörigkeitsgefühl zu einem der beiden Geschlechter. Die Geschlechtsrollenzugehörigkeit, das haben alle Erfahrungen und Forschungen ergeben, ist eine zentrale Entwicklungskategorie (siehe Sex und Genderforschung; vgl. GREEN 2010). Am Anfang steht die biochemisch bestimmte sex. Orientierung. Vor diesem Hintergrund lernen die Kinder im Rahmen des sozialen Modells durch Bekräftigung oder Sanktionierung, sich rollengerecht zu verhalten.

Vor dem Hintergrund einer biologischen Gegebenheit entwickeln sich soziale Muster. Es gibt also eigentlich keinen vernünftigen Widerspruch zwischen Natur und Kultur, auch wenn es sich bei dieser Zweiteilung (Dichotomie) früher um einen der umstrittensten Forschungsgegenstände der modernen Philosophie und Psychologie gehandelt hat. Heute spielt diese Dichotomie keine große Rolle mehr. Heute wissen

wir ziemlich viel über das Zusammenspiel zwischen der Nutzung (Genexpression) eines DNA- Abschnittes (= eines Gens) und den sozialen Einflußquellen, die umgekehrt auch über Zwischenschritte zu einer neuen Genexpression führen und die dann auch an die nächste Generation weitergegeben werden kann.

Belege für die biologische Fixierung haben immer wieder auch ethnografische und ethologische Untersuchungen, insbesondere auch durch Eibel-Eibelsfeld, gezeigt. Danach gibt es trotz der teilweise erheblichen interkulturellen Varianz in den Tätigkeitsbeschreibungen für Geschlechter eine Reihe von kulturübergreifenden Universalien hinsichtlich basaler Verhaltensweisen wie Aggressivität, sexuelle Orientierung und prosoziales Verhalten, die in ihrer Qualität vom Erziehungsstil unabhängig, d.h. essentiell sind. Die seinerzeit mit großem Enthusiasmus aufgenommenen Berichte von Margret Meed, über die angebliche totale kulturelle Relativität der Geschlechterrolle gelten inzwischen als widerlegt (vgl. z. B. BEIER et al. 2005, LOEWIT 2010).

Die Entwicklung von Geschlechtsrollen ist verbunden mit einem erheblichen Wissen über soziale Interaktion und Sexualität. Hier gibt es bei den Menschen mit Behinderung erhebliche Defizite. Diese Defizite in der Entwicklung der Geschlechtsrollenidentität begünstigt die Entwicklung von Paraphilien.

In den Sexualtherapien bei Menschen mit Behinderung ist es immer wieder erstaunlich festzustellen, über wie wenig Informationen über Sexualität sie verfügen. Die Bedeutung des Wissens über die Biologie sexuellen Verhaltens zeigt sich insbesondere bei dem engen Zusammenhang einer biomedizinischen Veränderung (der somato-sexuellen Grundlage) und der sexuellen Orientierung. Dabei wurden

häufig keine konsistenten genetischen Auffälligkeiten gefunden, jedoch Veränderungen im Hormonspiegel und in der Hormonstruktur. Obwohl das strukturell hormonell funktionelle Substrat dieser biologischen Prädisposition zu einem bestimmten Geschlecht, zu einer bestimmten Geschlechtsrollenübernahme noch weiter erforscht werden muß, gibt es in Anbetracht der Datenlage keinen vernünftigen Widerspruch bezüglich der Existenz einer starken biologischen Prädisposition. Es ist eine Vielzahl von Genen für die sexuelle Orientierung verantwortlich. Bereiche für z. B. Homosexualität wurden auf den Chromosomen 7, 8 und 10 identifiziert. Diese Bereiche müssen jedoch von der Mutter geerbt sein (vgl. z. B. www.springeronline.com).

Am ehesten scheint die Entwicklung einer Geschlechtsrollenidentität mit der geschlechtstypischen Organisation der Hirnstruktur, speziell des Hypothalamus, unter dem Einfluss der Sexualhormone, welche wiederum aufgrund noch unbekannter polygenetischer Voraussetzungen in bestimmter Weise und in bestimmten sensiblen Phasen ausgeschüttet werden, zusammenzuhängen. Es kann vermutet werden, dass sich die geschlechtstypische Entwicklung des Gehirns zeitlich an die Genitaldifferenzierungen anschließt, mutmaßlich aber über die Prä- oder Perinatalzeit hinausgeht. Hierauf deuten neue hirnorganische Befunde der Gehirnforschung hin. Aus dieser Datenlage leitet sich die Forderung ab, dass es wichtig ist, die Zweiteilung (Dichotomie) zwischen normophil und paraphil beizubehalten.

III. Spezieller Teil

1. Was sind sexuelle Handlungen?

Um zu wissen, worüber wir reden und was eine sexuelle Grenze ist und wann eine sexuelle Grenzverletzung stattfinden kann, soll zunächst eine Begriffsbestimmung versucht werden. Nach dem § 184 des StGB sind 1. sexuelle Handlungen nur solche, die im Hinblick auf das jeweils geschützte Rechtsgut von einiger Erheblichkeit sind, 2. sexuelle Handlungen vor einem anderen nur solche, die vor einem anderen vorgenommen werden, der den Vorgang wahrnimmt.

Die Rechtsprechung hat bisher als erheblich angesehen:

- Entblößen und Betasten des Geschlechtsteils oder der weiblichen Brust;
- Anfassen des nackten Körpers in der Nähe des Geschlechtsteils;
- Heftige sexuelle Zudringlichkeit;
- Greifen in die Schambehaarung;
- Auch im bekleideten Zustand vorgenommene beischlafähnliche Bewegungen;
- Gewaltvoller Zungenkuss;
- Onanieren.

Als nicht erheblich sind in der Rechtsprechung bisher angesehen worden:

- bloße Taktlosigkeiten, Geschmacklosigkeiten und Handlungen, die nicht als sexuell bedeutsam empfunden werden wie
- Übliche Küsse und Umarmungen oder Streicheln des Körpers;
- Ein misslungener Kussversuch;

- Berühren des nackten Oberschenkels;
- Flüchtiger Griff an die Genitalien einer bekleideten Person;
- Flüchtige Berührung der Brust.

Bezüglich der nicht erheblichen sexuellen Handlungen gibt es eine unterschiedliche Rechtsprechung, die vom jeweiligen Richter abhängt. Das Arbeitsrecht fasst die obigen Verhaltensweisen auch unter dem Begriff „Sexuelle Belästigung“ (am Arbeitsplatz) zusammen.

2. Was sind sexuelle Belästigungen am Arbeitsplatz?

Sexuelle Belästigung wird nach dem Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetz AGG § 3 Abs. 4 als „jedes vorsätzliche, sexuell bestimmte Verhalten, das die Würde von Beschäftigten am Arbeitsplatz verletzt“. Dazu zählen:

- Hinterher pfeifen
- Anstarren
- Bemerkungen sexuellen Inhalts
- Körperliche Berührungen (siehe III./1)
- Aufdrängen sex. Handlungen
- Unerwünschte Einladungen sex. Inhalts
- Zeigen pornografischer Darstellungen
- Androhung beruflicher Nachteile bei sex. Verweigerung, etc.

Anstarren ist ein häufiges Phänomen und für den/die Angestarrte(n) oft sehr unangenehm. Die Person empfindet dieses als beleidigend oder fühlt sich in ihrer Würde verletzt.

Eine normale (natürliche) Orientierungsreaktion dauert, neuronal bedingt, 3 Sekunden. „Reizvolles“ führt immer zu einer Orientierungsreaktion. In Psychotherapien des Referenten hat es sich bewährt, den Klienten folgende Regel zu vermitteln: Anstarren (von Personen) ist alles, was länger als 3 Sekunden andauert (und entsprechend untersagt).

Sex. Belästigung ist kein Strafbestand! Die Maßnahmen des Arbeitgebers innerhalb des Beschwerderechts nach § 13 AGG hängen von dem Einzelfall ab. Wichtig ist, dass zuvor die betroffene Person deutlich auf den Charakter der sex. Belästigung hinweist, weil, wie im Kap. II ausführlich erläutert, Beziehungen, evolutionär bedingt, oft mißverständlich sind, wenn sich Begehren breit macht. ZIZEK (2010) spricht von einem blinden Fleck, denn es gäbe kein Sex ohne das Element „Belästigung“. Der eigene Wille muß daher deutlich gemacht werden, um eine Handlung als sex. belästigend wahrzunehmen.

Deshalb ist die Rechtsprechung nicht immer einheitlich. Beispiele aus der Rechtsprechung:

Ermahnung:

- Einmalige Belästigung durch sex. Witze gegen den Willen der/des Betroffenen.

Abmahnung:

- Piksen, Streicheln, Hinterher pfeifen, sich in den Weg stellen mit sex. Anspielungen, zum wiederholten Mal den Arm um die Schultern einer/eines Auszubildenden legen und sie /ihn streicheln.
- Ordentliche Kündigung:
- Einstellungsgespräche in einer Sauna

- Wiederholtes Umarmen einer Kollegin/eines Kollegen gegen ihren/seinen Willen.
- Außerordentliche Kündigung:
- Wiederholtes Erzählen sex. Witze und pornographische Geschichten bei Kolleginnen oder Kollegen gegen deren Willen, um sich selbst zu befriedigen
- Obszönes Ausfragen von Kolleginnen oder Kollegen nach sex. Aktivitäten in der vergangenen Nacht, verbunden mit Berührungen an Geschlechtssteilen und obszönen Bemerkungen und Angeboten
- Exhibitionistische Handlungen.

3. Abweichendes sexuelles Verhalten und dessen Beurteilung bei Menschen mit Behinderung

Da der Umgang mit Sexualität auch gelernt werden muß und M. m. B. Sozialisationsdefizite haben, zeigen sie oft abweichendes Verhalten in Form von Schamverletzung, Distanzlosigkeit oder anderen zum Teil paraphilen Verhaltensweisen. Dadurch wird oft ihre Glaubwürdigkeit herabgesetzt, sexuelle Grenzverletzungen werden begünstigt.

Unter distanzlosem Verhalten ist ein unangemessenes Interaktionsverhalten zu verstehen, bei dem der Betreffende auch „mit fremden Menschen unangemessen vertraulich, direkt oder sexuell enthemmt umgeht“ (MÖLLER et al. 2001, S. 573). Distanzloses Verhalten ist häufig bei M. m. B. anzutreffen. Die Gründe sind unter III/5.2. erläutert. Distanzloses Verhalten begünstigt den sex. Mißbrauch. Der Täter beutet den Wunsch nach Zärtlichkeit und körperlicher Zuwendung aus, der in der Sexualität nicht gelebt werden kann. Die Rechtsprechung nach § 179 StGB (sex. Mißbrauch an widerstandsunfähigen Personen) macht es in der Praxis nicht leicht, zwischen

bewusster Einwilligung und Ausnutzung zu unterscheiden, da die Rechtsprechung davon ausgeht, dass der M. m. B. oft aufgrund von „Furcht auf Widerstand“ verzichtet.

Scham wird allgemein als ein Gefühl der Verlegenheit oder der Bloßstellung definiert, das sowohl durch Verletzung der Intimsphäre auftreten, als auch auf dem Bewusstsein beruhen kann, durch unehrenhafte, unanständige oder erfolglose Handlungen sozialen Erwartungen oder Normen nicht entsprochen zu haben. Das Brechen sozialer Erwartungen und Normen wird im § 183 des Sexualstrafrechts behandelt. Dies betrifft natürlich in erster Linie den Exhibitionismus. Während § 183 von männlichen Exhibitionisten spricht und weibliche Exhibitionistinnen extrem selten sind, können nach § 183a (Erregung öffentlichen Ärgernisses) Männer wie Frauen strafverfolgt werden, wenn sie durch ihr Sexualverhalten öffentliches Ärgernis erregen. Das nackte Herumlaufen in öffentlichen Räumen kann deshalb auch unter dem § 183a gesehen werden oder auch als paraphil bezeichnet werden, denn die Schamverletzung durch nacktes Herumlaufen betrifft immer den anderen.

Menschen m. B. wird wenig Glaubwürdigkeit zugebilligt. Untersuchungen stellten fest, dass 55 % der Frauen mit kognitiven Einschränkungen, die erlebten Missbrauch schilderten, nicht geglaubt wurde (ERMANN 2004). Aufgrund der kognitiven Einschränkungen, besonders bei M. m. einer geistigen Behinderung, ist es aber oft sehr schwierig, zuverlässige Aussagen zu erhalten.

Jährlich gibt es 17000 Verfahren wegen sex. Kindesmißbrauchs. Nach nachweislichen vielen falschen Anschuldigungen, auch mitverursacht durch die sogenannte Aufdeckerbewegung (Vereine wie „Zartbitter“ oder „Wildwasser“, die u.a. mit Puppen diagnostisch arbeiten) stellte

der Bundesgerichtshof schon am 30.7.1999 Mindestanforderungen an strafprozessuale Glaubwürdigkeitsgutachten auf (siehe dazu FIEDLER & SCHMID 1999; STELLER & VOLBERT 1999).

Diese „STELLER/FIEDLER – Kriterien“ genannten Mindeststandards sind auch für die Beurteilung von Aussagen bei sex. Grenzverletzungen bei M. m. B. nutzbar. Besonderen Wert wird dabei auf die Dokumentation der Entstehung einer Aussage gelegt. Manipulative oder suggestible Fragen sind unzulässig und produzieren nur das, was der Frager, im Sinne seiner Hypothese, hören will. Mit nichtdirektiver Fragetechnik müssen die Aussagen von Betroffenen und Zeugen nach bestimmten Merkmalen wie z. B. „logische Konsequenz“, „quantitativer Detailreichtum“, „raum-zeitliche Verknüpfung“ oder „Schilderung ausgefallener Einzelheiten“ geprüft werden. Der Deutung von Zeichnungen und Rollenspielen mit Puppen maß der BGH keine Bedeutung zu.

Der psychologischen, interpretierenden Analyse von sex. Grenzverletzungen kommt im Rahmen eines interdisziplinären Fallmanagement eine große Relevanz zu, weil der körperliche Untersuchungsbefund bei den Opfern oft unauffällig ist. So weisen z. B. Verletzungen im Anal – oder Genitalbereich eine rasche Heilungstendenz auf. Extragenitale Verletzungen findet man nicht häufig. Auch spielt der - ein weiteres häufiges Beispiel - erweiterte Scheideneingang als gängiger Beweis eines sex. Mißbrauchs heute keine Rolle mehr, da sich der Scheideneingang auch durch Vernarbung verengen kann. Spezialisierte Untersuchungseinheiten innerhalb der Rechtsmedizin verwenden Puppen heute nur als Untersuchungshilfe während der Untersuchung der Genitalen („Trixi“, vgl. GÖRNDT, PÜSCHEL & WILKE 2010).

Bei M. m. B. müssen zusätzlich kognitive Dysfunktionen, wie z. B. der Konkretismus (vordergründige Sehwarnehmung), beachtet werden. Dafür kommen nur ausgebildete Psychologen, Ärzte und Sozialpädagogen mit Therapieausbildung oder ähnlich qualifizierte Therapeuten in Frage. Konsequenterweise wurden inzwischen entsprechende Lehrstühle für Aussagepsychologie an den Universitäten eingerichtet.

4. Bewertung von Sexualität und Behinderung

Erst seit den 80er Jahren ist eine deutliche Veränderung in der Betrachtung und Bewertung von Sexualität und Behinderung feststellbar. Ein grundlegender Wandel der Leitideen ist mit den Begriffen Paradigmenwechsel, Normalisierung, Teilhabe, Empowerment als Selbstermächtigung und – insbesondere – mit der Selbstbestimmung verbunden. Diese sozialpolitischen Begriffe sind zeitbedingt als Zielvorgabe der Sozial – und Gesundheitspolitik sehr weit gefasst, ohne jedoch ausreichend mit Bedeutung versehen worden zu sein. Wir werden später sehen, dass gerade diese fehlende Bedeutung den MA es in der Praxis sehr schwer macht, bei sex. Mißbrauch fachlich begründet zu handeln. Im Übrigen legen Forschungsergebnisse (z. B. TU Dortmund, Institut für Rehabilitation) nahe, dass das Konzept „Selbstbestimmung“ nur ansatzweise das Kuhnschen Hauptkriterium eines Paradigmenwechsels erfüllt (Aufgabe vorherrschender Denkmuster eines Großteils der Bevölkerung; KUHN 1976). Es muß sich erst noch erweisen, ob der in den 90er und 2000er Jahren behauptete Paradigmenwechsel vom medizinischen zum menschenrechtlichen Behindertenkonzept (Behindertenrechtskonvention 2006 der UNO) auch im Sinne der Kuhnschen Definition stattgefunden hat.

Paradigmenwechsel sind nach POPPER (vgl. SCHLATOW 2010) in der sozialen Welt nicht prüfbar, da die soziale Welt nicht falsifizierbar ist. In den Sozialen Wissenschaften wird mit Paradigmenwechsel eine wichtige qualitative Änderung von Denkmustern bezeichnet. Paradigmenwechsel in der sozialen Welt bedeutet somit eher Veränderungen in Wahrnehmung und Bewertung vorherrschender Konzepte (z. B. die Veränderung des Fürsorgekonzepts) in der Gesamtgesellschaft. Politische Vorstellungen und rechtliche Implementierungen alleine reichen noch nicht aus, um von einem Paradigmenwechsel zu sprechen (vgl. SCHÄDLER 2002).

Neue Erkenntnisse der Naturwissenschaften, die im Gegensatz zu Sozialwissenschaften leichter falsifizierbare Hypothesen generieren können, liefern deutlichere und widerspruchsfreiere Hinweise auf einen Paradigmenwechsel. Diese lassen sich auch schlechter politisch instrumentalisieren, weil sie, methodenkritisch angewandt, ergebnisoffen dem Erkenntnisprozess und nicht politischen Trends oder Zwängen verpflichtet sind. So zwingen im Rahmen unserer Betrachtungen neue Erkenntnisse in der Genetik und Neurobiologie dazu, eine früh entstandene Störung als den signifikanten Faktor für die spätere Entwicklung von Menschen anzusehen, der u. a. die Selbstbestimmung von M. m. B. mehr oder weniger stark beeinträchtigen. Die Störung ist somit elementar für die weitere Entwicklung des M. m. B. und nicht „nur“ als ein neutrales Merkmal wie z. B. „braune Haare“ zu betrachten (wie uns dies die Inklusionsbewegung weiß machen will), eine Tatsache, die Diagnostiker bei der Anamneseerhebung immer wieder erfahren.

Zwei gegensätzliche Auffassungen stehen sich hier gegenüber: die naturwissenschaftliche, inklusive der psychologischen, die die Störung in ihrer Ganzheitlichkeit (Evolution, Genese und

Situation) sieht und die sozialwissenschaftliche, die in erster Linie die Folgen einer Behinderung beschreiben und sozial auffangen will, wobei sie wissenschaftstheoretisch eher systemisch denkt bzw. systemische Theorien entwirft und weniger das Individuum im Blickpunkt hat (einige Theorien innerhalb der Soziologie verweisen explizit auf diesen Punkt).

„Selbstbestimmung“ ist ein Kernbegriff der sexuellen Kommunikation. Das Rechtsgut, das in den §§ 174-184 des StGB geschützt wird, ist die sexuelle Selbstbestimmung. Wo Menschen über längere Zeit mit Menschen zu tun haben, entsteht „Beziehung“, in der ständig kommuniziert wird, denn nach WATZLAWIK et al. (1969) ist es unmöglich, nicht zu kommunizieren und sich nicht zu verhalten. Da trifft besonders auf das Sexualverhalten zu. Eine sexuelle Kommunikation mit Selbstbestimmung erfüllt besonders intensive Grundbedürfnisse nach Akzeptanz, Nähe und Geborgenheit, und sexuelles Verhalten ist der körperliche Ausdruck sowie als Regulationssystem dieser Bedürfnisse zu verstehen.

Aber auch bei dem Begriff „Selbstbestimmung“, wie bei anderen aufgeführten sozialpolitischen Begriffen, sind ebenfalls Zweifel begründet (siehe dazu SCHWARTE 2008; Impulspapier des BEB e.V. 2009 und Kap. III/9).

Grundsätzlich lässt sich erfahrungsgemäß aus der psychologischen und pädagogischen Praxis sagen:

- Je enger der Kontakt zu M. m. B. ist, desto wichtiger werden andere Kriterien zur Einschätzung eines Menschen und zur eigenen Haltung als der reine Etiketten-Aspekt der Behinderung.

5. Therapeutische Erfahrungen

Bei Menschen mit Behinderung entsteht aus den oben beschriebenen Grundstörungen ein größeres Misstrauen und damit einhergehende Befürchtungen, die die Grundbedürfnisse nach Nähe, Geborgenheit und Sicherheit durch eine Beziehung nicht erfüllen lässt. Dies führt häufig auch zu diesen paraphilen Erlebnismustern, wie z. B. auch bei den M. m. B. oft auftretenden Fetischismus, weil hier symbolisch die Befriedigung psychosozialer Grundbedürfnisse über das im Fetisch verkörperte Liebesobjekt erfolgt und ein anderer realer Mensch nicht mit so viel Vertrauen wie der Fetisch ausgestattet werden kann.

Zu der typischen Biografie eines Menschen mit Behinderung gehört auch, dass geistig behinderte Männer meist deutlich weniger sozio-sexuelle Erfahrungen mit Frauen haben, häufiger haben sie sexuelle Kontakte mit Männern. Ein großes Problem besteht in der Vermittlung, dass Paraphilien in öffentlichen Räumen nicht gestattet werden können.

Die mangelhafte Entwicklung in der sexuellen Orientierung, die behinderungsspezifische Störung (z. B. Psychose), erfahrene sexuelle Grenzverletzungen und emotionale Defiziterfahrungen führen bei M. m. B. oft zu schamverletzenden und distanzlosen Verhalten.

Eine Grunderfahrung bezüglich sex. Grenzverletzungen aus meinen Psychotherapien sei hier zunächst festgestellt:

- Wer Grenzverletzungen erfahren musste, ist selbst nur schlecht in Lage, Grenzen wahrzunehmen und Grenzen zu setzen. Das gilt auch generell für alle Menschen.

Bei M. m. B. gibt es nach wissenschaftlichen Erkenntnissen und meinen Erfahrungen folgende diagnostische und therapeutische Erfahrungen:

- Das Grundproblem der Beziehungen dreht sich um Nähe und Distanz.
- Die Bindungsfähigkeit ist herabgesetzt.
- Die Auseinandersetzung mit der Welt spielt sich vorwiegend auf der Ebene der Beziehung ab.
- Die Abstandsbedürfnisse sind meist geringer als in der Normalbevölkerung. Oft wird dieses Verhalten als Zustimmung für einen sexuellen Kontakt mißdeutet und als Entschuldigungspotential für den Täter verwendet (Täterschutz).
- Die Wahrnehmung des Partners ist oft gestört.
- Die Störungsempfindlichkeit bzw. Stressempfindlichkeit ist erhöht, die Fähigkeit zum Regulieren herabgesetzt.
- Stress wird oft in sex.- paraphilen Verhaltensweisen "umgesetzt", bzw. hängt psychophysisch eng zusammen.
- Ein Teil der Eltern wünschen sich gelebte Sexualität. Doch möchten sie die Folgen von Sexualität verhindert wissen (Schwangerschaft etc.). Eine Anzahl von Eltern haben Probleme im offenen Umgang mit Sexualität und behandeln ihre erwachsenen Söhne und Töchter wie Kinder.
- Viele Eltern können mit sexuellem Mißbrauch nicht umgehen. Dieser wird oft bagatellisiert oder verdrängt. Einflussmöglichkeiten werden als gering erachtet.
- Die Täter sind selten unbekannte Männer, sondern kommen aus der näheren Umgebung (M. m. B., Nachbarn/Bekannte, Väter, Mitarbeiter von Einrichtungen).

- Menschen mit einer sexuell-paraphilen Störung zeigen sehr oft planvolles Verhalten bzw. kognitive Kontrolle bei der Durchführung ihrer sex. Grenzverletzung. Sie unterscheiden sich von M. m. B. nur in der Qualität des Vorgehens, nicht im Procedere (modus operandi).
- Pädophile, die Jungen bevorzugen, sind deutlich schwieriger zu behandeln. Sie haben auch mehr Rückfälle als Pädophile, die sich für präpubertäre Mädchen sex. interessieren
- M. m. Persönlichkeitsstörungen und M. mit einer geistigen Behinderung sind aussagepsychologisch mit besonderer Skepsis zu begegnen.
- Therapien dauern oft sehr lange. Eine "Heilung" ist insbesondere bei Pädophilie nicht möglich. Der Erfolg besteht in der Vernetzung verschiedener Lebensräume bei der sozialen Kontrolle des (symptomatischen) Verhaltens.

6. Zur evolutionären und psychologischen Natur sexueller Grenzverletzungen und der Umgang mit ihnen

Grenzen ziehen und Grenzen verletzen sind ein allumfassendes Phänomen. Eine Grenzverletzung gegenüber Menschen ist zunächst – bewusst oder zufällig - eine Überschreitung der Individualdistanz. In der abendländischen Kultur wird auf einen Körperabstand von ungefähr 45 Zentimeter geachtet. Zwischen 45 – 120 Zentimeter wird der Handschlag – und Gesprächsabstand gestaltet. Die öffentliche Distanz beginnt bei 2 Metern. Das Distanzbedürfnis entspricht – wie das Reden vor Menschen – einer biologisch bedingten Sozialangst, die bei näherer Bekanntschaft abnimmt. Die kulturellen Unterschiede sind beträchtlich. Asiaten haben

beispielsweise eine geringere Individualdistanz (siehe zur Entstehung von zivilen Regeln besonders ELIAS 1976).

Die Individualdistanz ist eine biologische Konstante. Bei Tieren, wie etwa bei Hunden, ist diese Distanz deutlich und leicht zu beobachten. Sie dient, wie die Rangordnung dazu, ständige Auseinandersetzungen und damit Streß (z. B. Aggressionshandlungen) zu vermeiden.

Einer der wesentlichsten Grundfragen in der Biologie ist die nach der Anpassung der Organismen an ihre belebte (und unbelebte) Umwelt, nach dem „Warum verhält sich das Individuum so und nicht anders?“. Was für einen „Gewinn“ bringt eine Grenzverletzung? Auch hier wirkt die Darwinsche Selektion, die sich auch auf das Verhalten („Verhaltensökologie“, siehe KREBS & DAWIS 1996) von Mensch und Tier anwenden läßt. Das Verhalten eines Organismus (Tier, Mensch) beeinflusst entscheidend die Überlebenswahrscheinlichkeit und den Reproduktionserfolg. Die Selektion hat Organismen geformt, die effizient Nahrung suchen, effizient Räuber meiden, effizient kopulieren, erfolgreiche Eltern sind usw. (siehe dazu auch ROSE 2001).

Bei der sexuellen Selektion im Tierreich entstehen oft Konflikte, nicht immer wird kooperiert. Ein besonders drastisches Beispiel für eine „Grenzverletzung“ hierfür ist z. B. die weibliche Gottesanbeterin, die den Partner wegen des Proteinbedarfs während der Begattung verzehrt. Sexuelle Konflikte zwischen Männchen und Weibchen sind vorprogrammiert. Sie hängen u. a. von der Anzahl der Weibchen, vom Nahrungsangebot etc. ab und ähneln im Ergebnis eher einer Ausbeutung des einen Geschlechts durch das andere als einer Kooperation.

Der sexuelle Zwang (auf das Weibchen) führt zum Beispiel bei den Primaten zum Infantizid. Indem das (neue und

dominante) Männchen die Nachkommen des Konkurrenten tötet, führt dieses früher zum Eisprung des Weibchens, so dass das (neue) Männchen seine Nachkommen zeugen kann. Die Gegenstrategie der Weibchen, seine Kinder zu schützen, besteht darin, sich mit mehreren Männchen zu paaren, um die Vaterschaft zu verschleiern und damit das (dominante) Männchen im Unklaren darüber lässt, ob es nicht seine Nachkommen sind, die es tötet und das Töten der Nachkommen dann unterläßt. Aber auch diese Gegenstrategie führt wiederum zu Konflikten mit dem dominanten Männchen, dass eine 100% Vaterschaftswahrscheinlichkeit haben will. Es gibt somit viele Anlässe für Auseinandersetzungen. Diese führen bei den Altweltaffen, die vorwiegend in Afrika und Eurasien auf dem Boden leben, zu einem stärkeren Geschlechtsdimorphismus, also zu einer Vergrößerung von Körper und Eckzähnen, um die männlichen Konkurrenten besser abwehren und die Weibchen besser kontrollieren zu können. Männchen der Altweltaffen werden also deutlich kräftiger im Körperbau als Weibchen. Bei den Neuweltaffen auf dem amerikanischen Kontinent (z. B. Lemuren) ist dies nicht so, da in den Bäumen die Weibchen besser ausweichen können (WEINGRILL & SCHAIK 2011). Hier können wir das Zusammenspiel zwischen Selektion und Umweltanpassung sehr gut erkennen. Der slowenische Philosoph und Psychoanalytiker ZIZEK (2010) sieht viele evolutionär bedingte Problemfelder auch bei Menschen; Sexualität sei immanent grenzübergreifend.

Nur wenige biologische Merkmale trennen Menschen von ihren Vorfahren, deshalb werden Menschen zu den Menschenaffen gezählt. Dennoch gibt es viele psychologische Unterschiede. Menschen sind viel kooperativer und altruistischer als die anderen Menschenaffen. Schwangerschaften bei Menschen fördern Bindungen und

väterliche Hilfen bei der Aufzucht des Nachwuchses. Körperliche Faktoren wie beispielsweise ein V-förmiger Torso bei den Männern oder ein Taille-Hüfte Verhältnis von 0,7 bei den Frauen werden zwar bei der Partnerwahl berücksichtigt, jedoch auch psychische Faktoren wie Zuneigung, Verlässlichkeit und emotionale Stabilität. Aus psychologischer Sicht sind es gerade diese Eigenschaften, die Langzeitbeziehungen erleichtern. Spezifisch bei den Menschen sind nur enge Bindungen, auch zwischen Verwandten und Freunden (WEINGRILL & SCHAİK 2011). Interessant ist, dass mit der Auflösung von patriarchalischen Gesellschaftsstrukturen in westlichen Ländern als eine Form, Frauen zu kontrollieren, unabhängige junge Frauen besonders häufig von einer der schlimmsten Grenzverletzungen, der Vergewaltigung, betroffen sind. Vergewaltigungen in Amerika finden häufig in der (fremdem) Umgebung von Colleges und Universitäten statt, wo Frauen ohne die familiäre schützende Umgebung leben. Frauen, die in der Nähe von Verwandtschaft leben, werden deutlich seltener vergewaltigt (siehe weitere Hinweise bei WEINGRILL & SCHAİK 2011). Zeigen sich hier, auch im Kontext der Selbstbemächtigung und der Selbstbestimmung, auch bei M. m. B. bio-soziale Grenzen auf?

Sexuelle Grenzverletzungen bei Menschen zeigen sich in ganz unterschiedlichen Formen und Zusammenhängen. Das zeigt sich auch beim Vergleich der sex. Entwicklung in Kindheit und Pubertät zwischen M. m. B. und M. o. B. Während bei minderjährigen M. m. B. sexuelle Grenzverletzungen oft als Resultat einer behinderungsbedingten gestörten Entwicklung der Geschlechtsrollenübernahme gewertet werden kann und diese sehr häufig problematische Paraphilien zeigen, wurde in der Hamburger Studie „Sexuell auffällige Minderjährige“ –

sexuelle Grenzverletzungen durch Minderjährige - (SPEHR, YOON & BRIKEN 2010) die Gründe für sexuelle Grenzverletzungen bei minderjährigen M. o. B in problematischen Familienverhältnissen verortet. 63% der Eltern waren geschieden und bei 37% konnten dysfunktionale Familienbeziehungen mit gewalttätigen Konfliktlösungen zwischen den Bezugspersonen in der Partnerbeziehung beobachtet werden (35%). Nichtproblematische Paraphilien traten oft, problematische Paraphilien dagegen selten auf. Statistisch bedeutsame psychische Störungen lagen in dieser Gruppe nicht vor. 16 % der untersuchten Minderjährigen hatten in ihrer Biografie mehrere sex. Grenzverletzungen gezeigt. Die Defizite der sozialen Netze und Bindungen war auch hier kausal von großer Bedeutung. In jedem Fall werden dysfunktionale neuronale Verschaltungsmuster durch diese Sozialisation im Gehirn gebildet.

Das „Social Brain“ des Menschen ist ein Produkt der Gruppenbildung während seiner Evolution. Es lernt besonders in sozialen Beziehungen. Das soziale Lernen (z. B. Modellernen) findet nicht einseitig nur über externe Reizquellen statt, sondern ist nur möglich, weil wir ein Social Brain haben. Das Benennen und Einhalten von Freiheit (Unabhängigkeit von anderen), Regeln und Grenzen, das Bestrafen von Grenzverletzungen ist soziobiologisch angelegt und diente der Überlebensfitness.

Normen wurden eingeführt und kontrolliert. Die Gruppenevolution schaffte u. a. zwei für unsere Betrachtungen wichtige, evolutionär verankerte Verhaltensweisen: 1. Die Ächtung von gegen die Gruppe gerichteten Handlungen („Nestbeschmutzung“ - whistleblower-Effekt) und 2. Das Misstrauen gegen „Anderssein“; Menschen werden nicht ob

ihrer Behinderung diskriminiert, sondern weil sie „anders“ sind. Beiden Motiven werden wir immer wieder begegnen.

Weil jede Gruppe andere Normen haben kann, wird ein Verhalten erst dann zur Grenzverletzung, wenn sie nicht legitim ist, es also eine gesellschaftliche Übereinkunft darüber gibt, sie nicht zuzulassen. So ist bekannterweise das Töten im Krieg erlaubt, im Frieden wird das Töten eines Menschen strafrechtlich geahndet und sozial stigmatisiert. Neben der direkten Bestrafung erfolgt oft anschließend eine Stigmatisierung.

Häufig werden von M. m. B. eigene Normen entwickelt oder ihnen von Menschen ohne Behinderung unreflektiert zugestanden. Wenn in einer stattgefundenen Fortbildung über „Umgang mit der Sexualität Behinderter“ von der Referentin der Ratschlag gegeben wird, Onanie in der Gruppe zu akzeptieren und nur eine Decke darüber zu legen, so ist dieser Vorschlag nicht nur absurd, sondern dem M. m. B. wird der Status, wie ein Nichtbehinderter behandelt zu werden, aberkannt. Gleichzeitig wird die Stigmatisierung eingeleitet. Denn, welchem Nichtbehinderten würde man einen solchen Vorschlag unterbreiten? Das ist klassische Ausgrenzung und weit von der gesellschaftlichen Teilhabe entfernt. Hier finden wir einen wichtigen Grund für die Schwierigkeiten im Umgang mit sexuellen Grenzverletzungen von M. m. B., der uns noch beschäftigen wird: sie werden aus ihrer Verantwortung entlassen.

Hypothese:

Die MitarbeiterInnen im Bereich der Behindertenhilfe schenken aufgrund der vorherrschenden sozialpolitischen Auffassungen über Behinderung Störungen wenig Beachtung; naturwissenschaftliche (biologische, medizinische oder psychologische) Grundlagen sind entweder wenig bekannt oder

werden als eine defizitäre Sichtweise und damit als politisch nicht korrekt bewertet. MA wechseln in ihrer Assistenz ständig zwischen dem „laissez faire“ der Teilhabe und „Umklammerung“ der Fürsorge, es kann sich keine klare Linie, keine Verhaltenssicherheit entfalten.

Dahinter verbirgt sich psychologisch – neben den üblichen political correctness-Argumenten (Grenzen bzw. Störungen werden nur als Begrenzung gesellschaftlicher Teilhabe gesehen), die Weigerung, sich mit dem Leid der M. m. B. auseinander zu setzen (siehe dazu besonders BAER 2008). Behinderte werden letztlich rebehindert, wie Behinderte behandelt, der Gleichheitsgrundsatz verletzt. Der MA wechselt ständig zwischen den Konzepten „Teilhabe“ und „Fürsorge“ hin und her. Manchmal entsteht aus dieser Entscheidungsnot auch Passivität oder das strikte Befolgen von – vermeintlich - politisch korrekten Verhaltensregeln. Gesellschaftliche Korrektheit geht somit vor Fachkenntnis, die Störung wechselt in eine Parallelwelt.

Dadurch wird den M. m. B. auch deren Subjektivität entzogen, wenn ihr nicht-normatives Verhalten vorschnell entschuldigt oder ihnen keine Fähigkeit zur Verantwortungsübernahme zugetraut wird. Ein gleichberechtigtes Miteinander im Sinne der Teilhabe zwischen MitarbeiterInnen und M. m. B. auf Augenhöhe ist so unmöglich, Handlungs- und Problemlösungsstrategien sind dadurch erschwert, Verunsicherung die Folge.

Kann ein M. m. B. die Verantwortung aufgrund der Behinderung (z. B. Sucht oder Pädophilie) nicht übernehmen, wird es sehr schwierig, die Selbstbestimmung einzuschränken. Das führt selbst bei alltäglichen Pflicht – und Regelverletzungen wie z. B. Fehlzeiten bei der Arbeit, Duschen, Klauen von

Lebensmitteln in den Wohnstätten zu dem Problem, vereinbarte Regeln durchzusetzen.

Aber auch Gerichte reagieren bei sexuellen Grenzverletzungen zwischen M. m. B. oft sehr zögerlich oder stellen das Verfahren mit Hinweis auf rechtliche Hürden ein.

Sexuelle Grenzverletzungen durch M. m. B. führen z. B. sehr selten zu Entlassungen. Es wird dann argumentiert, der Täter wäre z. B. dann ohne Arbeit und – wegen der Behinderung - ohne Chancen, eine zu bekommen. Die Folgen einer Strafe bestimmen somit die Strafe selbst, das Leid des Opfers tritt in den Hintergrund! Diese zirkuläre Argumentation ist nicht einfach nur logisch falsch, sie bedeutet die Wiedereinführung des (alten) Fürsorgekonzepts: andere übernehmen wieder die Verantwortung. Ein häufiges Statement von MitarbeiterInnen lautet daher: M. m. B. haben alle Rechte aber keine Pflichten, sie sind ihrer Verantwortung enthoben. Auch wenn M. m. B. das ganz anders sehen, ist dieser Eindruck verständlich.

7. Typische Sexuelle Grenzverletzungen und Reaktionen in Institutionen

1. Herrn X wurde mehrfach von der Nachtwache dabei beobachtet, wie er, teils nur mit einer Unterhose bekleidet aus den Zimmern von BewohnerInnen kommt. Die meisten dieser BewohnerInnen gelten als „widerstandsunfähig“. Konsequenzen: Ermahnungen.

2. Erneuter Vorfall (der bemerkt wurde). Das Gleiche wie unter 1. Zusätzlich wurde körperliches Anfassen von Scheide und Brust beobachtet.

3. Weitere sex. Übergriffe durch Herrn X. Konsequenzen: in Folge Gruppenwechsel.

4. Ein M. m. einer dekompenzierten Psychose läuft nachts nackt um die Wohnstätte. Schon einige Tage vorher wird bemerkt, dass er mit offenem Bademantel durch die Flure läuft und u. a. die Duschtür offen lässt. Sein verändertes Verhalten wird zwar bemerkt, es erfolgt jedoch keine Intervention.
5. Herr Z. wird beobachtet wie er extern Tische und Stühle auf einem Spielplatz „bumst“ (Paraphilie, siehe Kap. II). Ein diagnostisches Gespräch erbringt eine therapiebedürftige Paraphilie. Die Therapie wird jedoch nicht umgesetzt, das Verhalten verharmlost.
6. Weiterhin sex. Übergriffe desselben Täters X wie unter 1. Keine externe Beratung, der Täter wird nicht entfernt und begeht weitere sex. Grenzverletzungen.
7. Ein Fall von sex. Grenzverletzung wird durch eine Hilfskraft "behandelt".
8. Vorfall: Nachts Eindringen in ein fremdes Zimmer. Täter wird vom Opfer benannt. Durch Vorgespräche ist der Täter auf die Befragung durch den Psychologen vorbereitet und mauert, die Befragung gestaltet sich auch wegen des Misstrauens schwierig. Dennoch ergeben sich Hinweise auf die Täterschaft. Später wird der Täter ohne Rücksprache durch irgendwelche Personen wiederholt befragt. Warum, wird nicht ersichtlich.
9. Ein pädophiler Täter mit Lernstörungen wird von der nicht geschulten Betreuerin so lange unter Druck gesetzt, bis er pädophile Handlungen "gesteht", die er nachweislich nicht begangen hat.
10. Ein M. m. B. übt sexuelle Handlungen mit deutlich Schwächeren aus. Maßnahmen: Aufsicht und Auflagen (Gruppenwechsel).

10. Ein pädophiler M. m. B. beobachtet die Kinder in der Nachbarschaft. Er streichelt ein Kind am Fuß. Die MA wissen nicht, was sie machen sollen.

11. Die Nachtwache beobachtet, dass das Zimmer einer geistig behinderten Frau offen steht. Die Bettdecke ist beiseite gezogen, die Beine sind gespreizt. Es wird ein anderer Mensch m. B. verdächtigt, in ihrem Zimmer gewesen zu sein. Er hat sich des Nachts in der für ihn fremden Gruppe aufgehalten. Nach diesem Vorfall zeigt die Betroffene massive Störungen, u.a. Selbstverletzungen, Anklammern und Weinen. Psychologische Ratschläge werden nicht eingehalten bzw. nicht umgesetzt.

12. Ein M. m. B. missbraucht eine geistig behinderte Frau (massive körperliche Einwirkung mit den Händen). Die Frau zeigt traumatisiertes Verhalten (Weinen, Selbstbeschädigung). Der Täter wird nicht entfernt, Konsequenzen erfolgen nicht.

Bei den geschilderten sexuellen Grenzverletzungen handelt es sich zumeist um Grenzverletzungen von einiger Erheblichkeit im Sinne des § 184 des StGB (siehe oben); einige sex. Grenzverletzungen sind nicht erheblich. Zudem werden hier die Sexualstrafparagrafen § 177, Abs. 1, 5 (sexuelle Nötigung) und § 179 (sexueller Mißbrauch Widerstandsunfähiger) wirksam.

8. Wie wurde auf die sex. Grenzverletzungen reagiert?

Grundsätzlich unterschieden sich die Reaktionen der Verantwortlichen in den Institutionen für behinderte Menschen nicht von denen, die wir aus den Bereichen Schule und Kirche kennen. Es sind offensichtlich universale menschliche Reaktionsmuster auf sex. Grenzverletzungen, die auch einige

Eltern der Betroffenen zeigten: Bagatellisierung bzw. Verharmlosung, Verleugnung, Verdrängung, besonders mangelnde oder fehlende Verantwortungsübernahme durch die Führungskräfte, geringes Problembewusstsein, aber auch – seltener - couragiertes und verantwortliches Verhalten. Immerhin hat sich in den Schulen und Kirchen einiges getan. Inzwischen werden zum großen Teil in den Schulen und Kirchen auf Druck der Öffentlichkeit alle Täter entfernt und die Verantwortlichen ausgetauscht. Kirche und besonders Schulen zeigen jedoch nach wie vor z. T. nicht genug Verantwortung (BERGMANN 2011).

Soweit wie Kirche und Schulen sind die Institutionen für Menschen mit Behinderungen noch nicht. Aber auch die Öffentlichkeit ist oft unschlüssig über eine realistische Bewertung von sexuellem Mißbrauch. Eine Tageszeitung bringt beispielweise zwei Berichte über die Verharmlosung von sexuellem Mißbrauch. Ein Bericht titelt:“ Kinder sollen Kinder missbraucht haben.“ (S. 7). Ein Anwalt eines Kindes moniert das Verhalten der Verantwortlichen:“ Das wird nun alles kleingeredet. Aber wer einen Analverkehr als erweitertes Doktorspiel betitelt, der hat den Sinn für die Realität verloren“ (S. 7).

Im Einzelnen:

- MA haben oft keinerlei oder geringes sexualpathologisches Wissen.
- Es finden zu wenig fundierte Fortbildungen für diese MA statt, die Wirkungen der Störung werden zu wenig beachtet.
- Die Folge: Sexualpathologische Beobachtungen können nicht als solche erkannt und deshalb nicht weitergegeben werden.

- Es existiert keine Art von systematischem Krisenmanagement, einzelne Aktionen laufen unkoordiniert und zufällig nebeneinander her. Mal werden Fachleute eingeschaltet, mal nicht. Mal gelingt ein abgestimmtes Vorgehen, mal nicht. Die MA wissen oft nicht, wie sie reagieren sollen. Das Erkennen und die Trennung von paraphilen und normalen Verhalten gelingen wegen mangelnden Wissens nicht.
- Das Qualitätsmanagement und die Leitbilder der Institutionen geben keine Handlungssicherheit.
- Die sex. Selbstbestimmung anderer wird durch das Personal gering bewertet (siehe Hypothese).
- Rechte und Pflichten, die für auch für Menschen ohne Behinderung gelten, werden oft mit dem Hinweis auf die (negativen) Konsequenzen bei den M. m. B. ausgehebelt, sex. Grenzverletzungen werden oft nicht geahndet.
- Die sex. Grenzverletzung wird schlichtweg geleugnet oder fremdgedeutet, z. B. mit dem Hinweis „Der Täter sagt, er war es nicht“ oder „Die Selbstverletzungen zeigt sie nur, weil sie beim Waschen Schaum ins Auge bekommen hat“.
- Ratschläge von außen werden nicht selten als Störungen empfunden. Sachverstand wird nicht eingeholt – oder manchmal nur auf Drängen des M. m. B. Vorschläge werden nicht systematisch umgesetzt, verändert oder gar nicht umgesetzt. Rücksprache erfolgt ebenfalls selten und zufällig oder wenn größerer Ärger droht. Teilweise wird es den MA verboten, Sachverstand einzuholen.
- Handelnde Personen bekommen „Schwierigkeiten“. Es tritt der Whistleblower-Effekt auf (nicht die Verursacher oder die Verantwortlichen für das Fortbestehen des Missstandes werden zur Rechenschaft gezogen, sondern diejenigen, die auf den Missstand aufmerksam machen).

- Verantwortliche Frauen (inklusive Eltern) reagieren nicht sensibler als Männer.
- Die meisten Täter werden nicht entfernt.
- Im Einzelfall wird aus Angst vor der Öffentlichkeit überreagiert, ohne Berücksichtigung der sexualpsychologischen Erfahrungen. Medikamente werden ohne ausreichende Indikation verordnet, wichtige psychologische Regeln nicht umgesetzt.
- Der Gefahr für eine Imagebeschädigung der Institution, wenn diese Vorfälle an die Öffentlichkeit geraten, wird wenig Gewicht beigemessen.

9. Sexuelle Grenzverletzungen im Spannungsfeld zwischen Selbstbestimmung, Fürsorge und Teilhabe

Von zentraler Bedeutung bei der Analyse von sex. Grenzverletzungen ist der oben behandelte Begriff „Selbstbestimmung“ als Möglichkeit und Fähigkeit des Individuums, der Gesellschaft oder des Staates, frei dem eigentlichen Willen gemäß zu handeln. Selbstbestimmung wird in der gesellschaftlichen Diskussion unter anthropologischen Vorzeichen gesehen als Grundbedürfnis, das allen Menschen – ob behindert oder nicht – zu Eigen ist. Der Bürgerrechtsansatz der UN stellt in den Mittelpunkt der Selbstbestimmung die Wahlmöglichkeiten, die auch M. m. B. eröffnet werden.

Das Konzept Selbstbestimmung wird jedoch oft, wie bereits angeführt, unkritisch als zentraler Begriff des so genannten Paradigmenwechsels verwendet (vgl. z. B. die Schriften der Bundesvereinigung Lebenshilfe, Marburg). SCHÄDLER (2002) argumentiert, Wahlmöglichkeiten reichen nicht aus, Teilhabe zu ermöglichen. Er weist darauf hin, dass die Verwirklichung der Selbstbestimmung Kompetenzen erfordert, die erst erlernt werden müssen, und ohne geeignete „ökologische Übergänge“ der Sozial – und Dienstleistungssysteme käme

Selbstbestimmung nicht zustande. Im IMPULSPAPIER des Bundesverbandes Evangelischer Behindertenhilfe (BEB) vom 2009 heißt es:“ Die Ausrichtung an dem Ziel uneingeschränkter Autonomie negiert nämlich, dass ein Mensch niemals uneingeschränkte Autonomie und Selbstbestimmung erreichen kann, weil jeder Mensch in Abhängigkeitsverhältnissen zu anderen Menschen und Bedingungen steht ... Das menschliche Leben für sich ist nicht autonom angelegt.....Alles andere wäre Orientierung an einer Scheinwelt...Selbstbestimmung als solche ist weder Selbstzweck, noch kann sie Kriterium dafür sein, wie gut wir miteinander umgehen. Eine Überbetonung dieses Aspekts birgt vielmehr die Gefahr von Vereinsamung und Verwahrlosung“ (S. 5).

SCHWARTE (2008), einer der Entwickler von LEWO (Lebensqualität in Wohnstätten für erwachsene Menschen mit geistiger Behinderung), führt in Anlehnung an ARISTOTELES und dem Wertequadrat von MOOR aus, dass Werte nicht isoliert durch einseitige Steigerung, sondern nur in der Spannung zu einem positiven Gegenwert konstruktiv wirksam werden. Sparsamkeit verkomme zu Geiz, wenn sie nicht zum positiven Wert der Großzügigkeit in Balance gebracht werde. Die allzu selbstgewiß daherkommende Parole „Selbstbestimmung statt Fürsorge“ sei vor dem Erfahrungshintergrund des herkömmlichen Hilfesystems für Menschen mit Behinderung verständlich, zielführend sei sie nicht. „Eher leistet sie im Sinne einer Überkompensation dem Wechsel von der Entwertungsvariante Bevormundung zur Entwertungsvariante Vernachlässigung Vorschub“ (S. 5). Für SCHWARTE ist deshalb das Fürsorgeparadigma nicht überflüssig, es ändere sich allerdings der Stellenwert und der Charakter in Hinblick auf eine bessere Interessenwahrnehmung.

Auch international zeigen Forschungen über Menschen mit einer geistigen Behinderung, dass die Störung „Geistige Behinderung“ und Störungen überhaupt die Teilnahme an Unterstützungsprogrammen entscheidend bestimmt und das Exklusionsrisiko in Richtung Überforderung, Vereinsamung und Verwahrlosung erhöht (z. B. HOLLAND 2010, MAES 2010, VERDUGO 2010, WHITE et al. 2010). Eine genaue Analyse der Störung/Behinderung und der Ressourcen erbringt die besten Förderergebnisse. Der Erfolg einer Teilhabe stellt sich nicht automatisch ein, nur weil die UN-Behindertenrechtskonvention oder gesellschaftliche Kräfte die Vorstellung haben, Behinderung sei vor allem eine soziale Konstruktion und bräuchte „nur“ auf dieser Ebene verbessert werden. (Das „Nur“ erhält eine besondere Dimension, wenn man konstatiert, dass auch z. B. Lybien zu den Unterzeichnerstaaten der Konvention gehört, ein Staat, der viele Menschen ermorden ließ und noch mehr Menschen zu Behinderten machte).

Ein typisches Beispiel einer einseitigen pädagogisch-sozialen Sichtweise von Behinderung ohne ganzheitliche Berücksichtigung der Störung ist die Argumentation von JANTZEN (2010). Er betrachtet unter dem Blickwinkel einer sozialen Konstruktion zunächst zu recht schwerste Behinderung als sinnvolles und systemhaftes Verhalten. Schwerst geistig behinderte Menschen hätten eine extrem hohe situative Streßbelastung, die Reaktion auf diese Streßbelastung in Form von bspw. Selbstverletzung sei nicht pathologisch, sondern sinnvoll. Leider zieht er daraus den falschen Schluß, eine Etikettierung durch eine Diagnose sei deshalb kontraproduktiv, eine Verdinglichung, ein Entsubjektivieren. Auch ein Mensch mit Epilepsie würde sich während eines Anfalls ein „Fenster des Kernselbst zur Welt“ (S. 106) bewahren und sinnvoll – nicht pathologisch - reagieren.

Solche Betrachtungen, die den Wert einer Diagnostik nur unter Stigmatisierungsgesichtspunkten betrachten und das Leid dahinter nicht sehen (wollen), sind nicht neu und werden durch ständige Wiederholungen nicht wahrer, sie sind aber ebenfalls nicht zielführend und haben einen nihilistischen Kern, weil sie keine diagnostisch begründete, sinnvolle Förderung erlauben und keine brauchbaren Alternativen aufzeigen. Sie suggerieren einen „aufgeklärten“ Standpunkt, fallen aber wissenschaftshistorisch weit hinter den vorhandenen Erkenntnissen einer bio-sozialen Interaktion zwischen individueller Vulnerabilität, epigenetischen Prozessen und sozialem Kontext zurück (siehe Kap. 4.2). S. FREUD soll einen Patienten einmal mit der Diagnose „Verrücktes Huhn“, an einen Kollegen überwiesen haben. FREUD, der über gute diagnostische Fähigkeiten verfügte, war sich der Grenzen der (psychologischen) Diagnostik schon vor 100(!) Jahren bewusst. Er gründete eine neue Anschauung von Diagnostik: als eine Beziehung zwischen Arzt/Psychologe und Patient und schärfte den Blick für Übertragungen und Stigmatisierungen (vgl. SCHÜSSLER 2000) lange vor GOFFMAN`s Werk über „Totale Institutionen“ (1972) und den Stigmatisierungsforschungen der Sozialpsychiatrie!

Längst wurde mit dem Konzept des „Herausfordernden Verhaltens“ (vgl. HEIJKOOP 1998) auch innerhalb der therapeutischen Diagnostik, die JANTZEN anspricht, auf Individuumszentrierung und Etikettierung reagiert. Seit den 60iger Jahren sind die Thesen und empirischen Ergebnisse entlang der GOFFMAN`schen Stigmatisierungslinie Gegenstand der soziologischen, psychologischen und medizinischen bzw. sozialpsychiatrischen Forschung. Die ICF ist ein Ergebnis dieser Forschungen. Während die internationalen Diagnostiksysteme DSM IV und ICD-10 den kriterienorientierten Rahmen liefern, klassifiziert das bio-

psycho-soziale ICF Funktionsfähigkeit und Behinderung, verbunden mit einem Gesundheitsproblem unter Kontextbedingungen. Beide diagnostischen Systeme ergänzen einander. Gerade sexuelle Störungen sind unter biologischen, psychischen und sozialen Kontextbedingungen zu diagnostizieren.

Im Übrigen: Für jeden, der zum Arzt geht, ist eine gute diagnostische Abklärung obligatorisch und unverzichtbar, und natürlich gibt es auch hier Entwertungsprozesse, denkt man nur an die z. B. Folgen einer Demenzerkrankung. Aber niemand verzichtet auf Diagnostik. Nur in der Behindertenpädagogik glaubt man, aus ideologischen Gründen, die an die antipsychiatrische Diskussion der 60er und 70er Jahre erinnert, auf eine wichtige Datenquelle verzichten zu können oder ständig den Wert einer bio-psycho-sozialen Diagnostik grundsätzlich abzuwerten. Gleichzeitig wird sie aber ständig genutzt und vom Kostenträger vermehrt eingefordert. Die Bundesvereinigung der Lebenshilfe hat schon 1998 eine „Verstehende Diagnostik“ anerkannt, die fachlich angemessen und interdisziplinär auf Augenhöhe interagiert und die alle Beteiligten auf der Grundlage von Fakten mit einbezieht (vgl. BADEL 2003).

In einer breit angelegten Schweizer Studie (BAER 2008) wurden schwer und chronisch psychisch Kranke sowie Angehörige zu ihrem Erleben und Bedürfnissen befragt. Die Analyse zeigte, dass die Befragten nicht die üblichen sozialen Kategorien Arbeit, eigene Wohnung, eigenes Geld etc. ansprachen, sondern Leiden vs. Ausgeglichenheit, Machtlosigkeit vs Kontrollgefühl (gegenüber der Krankheit), Diskriminierung vs. Zugehörigkeit, Nutzlosigkeit vs Gebrauchwerden etc. Die Lebensqualität wird nicht sozial, sondern emotional erlebt, sie ist eine Gefühlskategorie. „es ist

nicht so, dass automatisch Lebensqualität empfindet, wer selbständig wohnt, oder a priori unzufrieden ist, wer in einem betreuten Wohnheim lebt“ (S. 27). Deutlich wurde: Die Krankheitserfahrung prägt die Lebensqualität. Er sei, so der Autor, erschüttert, wie selten M. m. B. über ihre Leiden sprechen können. 29 Wohnheime wurden noch speziell befragt. Zu Beginn des Aufenthalts waren 60% der Bewohner sehr zufrieden, 30% hatten den Wunsch nach Veränderung in Richtung Autonomie. Nach 10 Jahren sank der Anteil der Veränderungswilligen gegen Null. Die Diskussionen mit den Bewohnern erbrachte die Hypothese, dass diese eine resignative Zufriedenheit entwickelt haben. Anschließend fragten die Autoren: „Was finden Wohnheimleiter wichtig?“ Gefragt nach den für ihre Arbeit mit den Bewohnern wichtigen Begriffen machten 29 Wohnheimleiter folgende Priorisierung

(Abb.3 im Text):

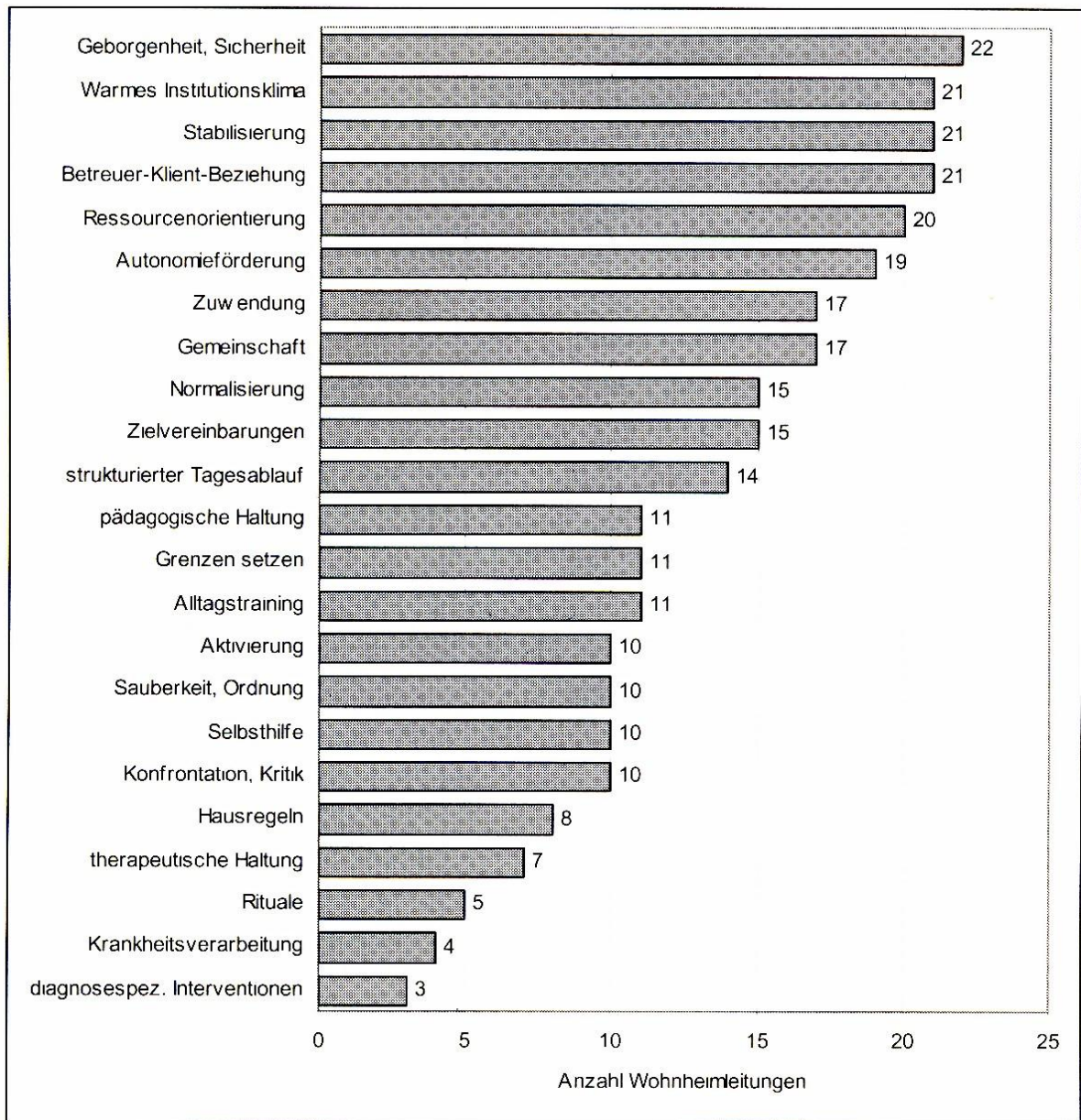


Abb. 2: Was finden Wohnheimleiter „sehr wichtig“ für ihre Arbeit (n = 29)?

In: BAER (2008), ibid. S. 30).

Erfreulich war die Fokussierung auf Klima und Beziehung, aber was bedeutet „Autonومieförderung“, wenn 90% der Klientel nie mehr austreten werden? Problematisch ist, dass diagnosespezifische Interventionen und Krankheitsverarbeitung für die meisten Wohnheimleiter nicht wichtig waren. Für das Erleben und die Förderung der M. m. B. sind aber gerade die

Krankheitsverarbeitung und das Wissen um ihre Diagnose sehr wichtig (die psychoedukativen Ansätze arbeiten genau mit diesen Bereichen!). Die Autoren kritisieren, hier werde das Leiden der M. m. B. verleugnet, nach vielen Jahren wisse kaum noch jemand, warum er im Wohnheim sei, und es würde auch kaum thematisiert. „Die anscheinend in vielen Einrichtungen vorherrschende Strategie, die Erkrankung zu bagatellisieren und zu verleugnen und stattdessen „Autonomie“ zu trainieren, nur „Ziele zu setzen“ oder irgendwelche „Ressourcen zu fokussieren“ geht an der Realität der Betroffenen vorbei und bewirkt nichts, sondern es kann für psychisch Kranke zusätzlich schädlich sein“ (BEAR 2008, S.31). Die Autoren der Studie fordern, die „schwere Realität“ zu würdigen, das würde auch sehr viele Ressourcen mobilisieren.

Zusammenfassend kann deshalb gefordert werden: Das Teilhabekonzept muß das (symmetrische) Fürsorgekonzept ergänzen, nicht ersetzen. „Sich Sorgen um den anderen machen“ ist eine menschliche Universalie, die alle Menschen zu eigen haben, ein Produkt unseres Social Brains, unserer Evolution. Sich um andere Sorgen machen ist eine evolutionäre Errungenschaft, eine psychologische (emotionale) Kategorie; teilnehmen lassen ist eine ebenso wichtige aber soziale Kategorie und von sehr viel mehr Bedingungen abhängig, u.a. von politischen Rahmenbedingungen, die sich schnell ändern können, und dem bereits erwähnten Ressentiment „Anders sein“.

Es wird immer Menschen geben, wo frei zu wählende Assistenz in die Verwahrlosung führt. Der alleinige Hinweis auf den historischen Strukturhintergrund (Almosentradition, gönnerhaft, asymmetrisch, hierarchisch und bevormundend) reicht zur Diskreditierung nicht aus, da diese Kritik auch für viele andere Begriffe gelten kann. Die Konnotationen eines

Begriffs ändern sich im Laufe der Zeit, und sie unterliegen ebenfalls der gesellschaftlichen Kontrolle, damit die Wahrnehmung der Verantwortung für alle, deren soziale Teilhabe nicht möglich ist (siehe nächstes Kapitel) nicht (wieder) in Abhängigkeit und Willkür auch in Form der political correctness mündet. Ich kann jedenfalls nicht erkennen, dass das Teilhabekonzept in der Verhinderung von sexuellen Grenzverletzungen dem Fürsorgekonzept überlegen gewesen wäre.

Oft liegt die „personenzentrierte Beratungshaltung“ nach ROGERS der Teilhabeplanung von M. m. B. zugrunde. Das zeigt uns das ganze Dilemma: Der Teil dieses klientenzentrierten Ansatzes, der eine hohe Explorations- und Selbststeuerungskompetenz vom Klienten verlangt, wird einfach weggelassen. Viele M. m. B. können diese Ansprüche nicht erfüllen und sind überfordert. Wissenschaftlich gesehen (logisch begründet und wiederholbar, unabhängig, Tatsachen beachtend, diskursiv) ist diese Vorgehensweise ruinös und verliert jede Aussagekraft, da diese Art von Teilhabe der Therapiekonzeption von ROGERS nicht entspricht und nur den humanistischen Teil der Konzeption importiert, der aber für konkrete, lebensnahe Verhaltensprobleme insbesondere bei Menschen mit Lernstörungen keine Lösungen bietet und somit als reine – moralisch generierte - Legitimationskosmetik erscheint. Im Übrigen hat nicht zuletzt deshalb der wissenschaftliche Beirat der Krankenkassen der klientenzentrierte Psychotherapie nach ROGERS die Kassenzulassung nie erteilt.

Kommen wir zu der auf der vorherigen Seite zitierten Moral, die mitmenschlichen Begrifflichkeiten, Einstellungen und Konzepten, insbesondere zur Sexualität, zugrunde liegt. Die Forschungsergebnisse zur Entwicklung von Moral bei

Menschen (vgl. GESELLENSETTER 2010) legen nahe, von der Vorstellung Abschied zu nehmen, die moralische Entwicklung würde linear-progressiv, immer höhere Stufen erklimmend, verlaufen. Ein neuer Begriff („Teilhabe“) impliziert nicht unbedingt eine bessere Moralität, er wird nur dann akzeptiert, wenn er dem Drang nach Selbstkonsistenz entspricht. Konsistenzstreben ist der Angelpunkt zwischen Urteilen und Handeln. Gefühle (z. B. Schuldgefühle) ergeben ein (negatives) Feedback. Diese Gefühlssteuerung ist zunächst der Grund für die Priorisierung von Begriffen oder Konzepten, erst dann erfolgt die logische Analyse, die aber das Gefühl bestätigen will. Deshalb lehnt HABERMAS (zitiert nach GESELLENSETTER 2010) auch die autonom entscheidende Person als Endziel der Moralentwicklung ab und fordert ein gemeinschaftliches Verfahren der diskursiven Einlösung von normativen Ansprüchen. Moralische Begriffe müssen in der lebenspraktischen Auseinandersetzung entstehen und implementiert und nicht nur als reines Ergebnis des politischen Mainstreams gewählt werden.

In der Teilhabediskussion ist aber auch ein Umdenken zu beobachten. Die Erfahrungen im z. B. schulischen Bereich mit Didaktik und Curricula für eine optimale Teilhabe haben gezeigt, dass Schüler(innen) mit schweren Funktionseinschränkungen durch ein inklusives Curriculum nicht erreicht werden können und dieses viele Risiken birgt und diesen Schüler(innen) nicht gerecht wird, welche störungsspezifische Angebote brauchen (vgl. SCHULZ ZUR WIESCH 2010).

Nun zurück zu unserem Hauptthema.

10. Das Konzept der Abstinenz in der Arbeit mit M. m. B .

In der psychotherapeutischen Arbeit darf ein Psychotherapeut nie seine Arbeitsebene verlassen und persönliche Beziehungen - welcher Art auch immer - pflegen. Das gilt natürlich besonders für sexuelle Beziehungen zu Klienten. Er hat hier abstinenz zu sein. Nach der professionell-berufsethischen Grundlage des Abstinenzgebotes stellt diese eine einseitige Pflicht dar. Das Abstinenzgebot wird in drei unterschiedlichen Rechtsgebieten codiert: im eng gefassten Strafrecht, im Zivilrecht und im Kammerrecht der Psychotherapeutenkammer. Das Kammerrecht wird durch die Berufsordnung bestimmt (siehe FRANCKE 2006).

SCHMAUCH (2010) verwendet das psychoanalytische Abstinenzkonzept von SCHMIDBAUER (2007) für den Umgang mit sex. Grenzverletzungen in der psychosozialen Arbeit, die einem doppelten Mandat verpflichtet ist: sowohl die Rechte des Individuums als auch der Gemeinschaft zu berücksichtigen. Der Psychoanalytiker nutzt die emotionale Nähe bzw. Übertragung des Klienten auf ihn, um die krankmachenden unbewußten Konflikte lebendig und damit einer Bearbeitung zugänglich zu machen. Gleichzeitig sorgt er dafür, dass der Klient die geringstmögliche Ersatzbefriedigung für seine Wünsche findet, er versagt sich den narzisstischen Wünschen des Klienten, um diesen nicht in eine neue Abhängigkeit zu bringen.

Die abstinente Arbeitshaltung gegenüber dem M. m. B. in der realen sozialen Situation sollte emotional warm und anerkennend, aber unparteiisch, an Zielen, Konzepten und Aufgaben gebunden, zwar wertend, aber nicht richtend sein. Sie ist am ehesten noch als „zugewandte Abgrenzung“ zu bezeichnen. Im Gegensatz zur Psychoanalyse wird kontrolliert. Aber Ziel ist auch eine aktive Herstellung und Gestaltung helfender Beziehungen. Es sollte versucht werden, die

Bedürfnisse der M. m. B. zu erfüllen, jedoch ohne als Ersatz für Väter, Mütter, Freunde, Partner etc. zu wirken. Der Dialog findet im Spannungsfeld zwischen emotionaler Übertragung in einer realen Situation des M. m. B. und vorgegebener Strukturierung statt. „Eine Abstinenzhaltung in diesem Spannungsfeld einzunehmen heißt, sich der objektiven und emotionalen Abhängigkeit der KlientInnen bewußt zu sein und verantwortlich mit ihr umzugehen“ (SCHMAUCH 2010, S. 212).

Der Gegensatz zur Abstinenz ist die Befriedigung eigener Wünsche, Bedürfnisse oder Vorstellungen (allgemeinpsychologische, soziale etc.) auf Kosten des Klienten/M. m. B. (siehe auch das Helfersyndrom, SCHMIDBAUER 1999). Die Abstinenz wird gefährdet, wenn zu viel Nähe entstanden und Distanz verloren gegangen ist und der professionelle Helfer unbewußt agiert. Als ein besonderes Risiko für eine professionelle Haltung wird die Tendenz zu Rettungsphantasien gesehen, die auf unbewußte kindliche Verlassenheitserfahrungen und unbewußte Wiedergutmachungsversuche beruhen (GEHLING 1986; SCHMAUCH 2010). Hinzu kommt eine, durch die Behinderung bedingte, destruktive Übertragungsdynamik. Überidentifizierungen führen oft zu dramatischen Überhöhungen, insbesondere durch den gesetzlichen Auftrag zur rettenden Intervention. Eine typische Abwehrhaltung, die auch die Abstinenz schwächt, stellt die Ignoranz der Behinderung oder der damit verbundenen Schwierigkeiten dar, die M. m. B. bewältigen müssen (vgl. die zitierte Untersuchung von BAER, 2008, S. 9).

Welche verheerenden Folgen die Verletzung der Abstinenz haben kann, zeigt das Beispiel der Odenwaldschule, in der pädosexuelle, kriminelle „Reformpädagogen“ mit pseudowissenschaftlichen Begründungen sogenannte

„Familien“ bildeten und in diesem grenzlosen Kontext SchülerInnen jahrelang sexuell mißbrauchten. In der 3sat-Sendung „Wir sind nicht die Einzigen“ vom 6.9.2011 schildern die missbrauchten Schüler, wie wichtig persönliche Grenzen sind und wie sehr sie es für ihr ganzes späteres Leben psychisch beeinträchtigt hat, dass diese verletzt wurden.

Als stabilisierende Faktoren zur Abstinenzsicherheit gelten:

- Festigung der beruflichen Identität.
- Gute Integration in ein Team.
- Möglichkeiten einer individuellen oder kollegialen Supervision.
- Realistischer und berufsethischer Umgang mit Fehlern.
- Anerkennung der Arbeit.
- Adäquate Bezahlung und Aufstiegschancen.

Auch das Abstinenzkonzept kann mit Gewinn verwendet werden, um sex. Grenzverletzungen zu minimieren. Handlungsanweisungen müssen immer auch den Beziehungsaspekt im Auge haben. Zudem schärft dieses Konzept den Blick für sex. Grenzverletzungen. Welchen Raum haben sexualpädagogische Themen bei den Bildungsangeboten? Wird die Behinderung zugewandt und individuumszentriert akzeptiert oder wird sie durch Umetikettierung oder Betrachtung vornehmlich als Sozialkonstrukt abgewehrt?

Das Abstinenzkonzept ist durch seine Wachsamkeit und Klarheit auch in der Lage, sexualitätsbejahend und offen zu wirken. Damit würden wir uns ausdrücklich zur sexuellen Vielfalt bekennen. Die Kartelle des Schweigens, seien es katholische

oder reformpädagogische, waren oder sind immer wie Wagenburgen organisiert: nach außen abgeschottet, nach innen verschworen. Solche „Wagenburgen“ produzieren keine Pädosexuellen oder sexuell Unreife, sie locken sie aber an!

11. Wie selbstbestimmt und frei ist ein M. m. B. und einer Pädophilie?

Es sei zunächst einmal festgestellt: Ein pädophiler Mensch kann für seine Pädophilie so wenig dafür wie der, der eine Frau begehrt. Die pädophile Neigung hat aus psychoanalytischer Sicht die seelische Funktion, einen unbewußten Konflikt einzudämmen: Abwehr und Angst durch die nie vollzogene Trennung von den Eltern. Das Skandalöse daran ist nicht nur die Ausnutzung eines Machtgefälles, sondern dass der Pädophile Kindern Zuwendung geben will, die er nicht vermag und nur vortäuscht. SIGUSCH (2010) beschreibt dies fast zynisch aber treffend: „Pädophile pflegen nicht auf ihren Fetisch Auto „Ein Herz für Kinder“ zu kleben, nachdem sie es ihnen auf ganz normale Weise herausgerissen haben“ (S. 253). M. m. einer geistigen Behinderung und einer Hemmungspädophilie haben nicht die kognitive und soziale Kompetenz für fadenscheinige Rationalisierungen, sie wissen oft nicht, dass das falsch ist, was sie tun.

Therapeutische Erfahrungen zeigen aber, dass sehr oft auch Menschen ohne Behinderung mit einer Pädophilie keinerlei Einsicht in ihr inakzeptables Verhalten zeigen, da die entfaltete, fixierte Perversion die Person zusammenhält: es geht für den Täter ums Überleben, um das Verhindern einer z. B. schweren Depression oder der Loslösung aus einer krankmachenden, ambivalenten Mutterbeziehung. Bei letzterer Problematik

kommt es durch das Fehlen des psychischen Dreiecks „Mutter – Vater – Kind“ (Mangel an Triangulierung) zu keinem reziproken Austausch zwischen gleichberechtigten Partnern. Die Mutter wird als kontrollierend und verschlingend erlebt. Pädophile entgehen diesem Ausgeliefertsein durch Umkehrung, indem sie kleine, kontrollierbare „Partner“ suchen. Das dadurch gewonnene Dominanzgefühl ermöglicht erst die sexuelle Erregung (vgl. LACKINGER 2009). M. m. B. sind von der Dominanz der Mutter oder des Vaters besonders oft betroffen.

Wie frei ist der Mensch m. B. mit einer Pädophilie (siehe auch BRIKEN 2009; FROMBERGER & MÜLLER 2009; BERNER 2009)?

Willensfreiheit, die Kraft zur eigenen Willensbetätigung, ist die individuelle Voraussetzung zur Selbstbestimmung. Der Mensch ist Urheber seiner Handlungen, er handelt aus verständlichen Gründen, und er könnte auch anders handeln. Diese drei Willenskomponenten lassen sich sexualforensisch auf M. m. B. und einer Pädophilie anwenden, obwohl „Willensfreiheit“ zunächst kein psychologisches, sondern eine naturphilosophische Problem ist, das sich auch nicht ohne Schwierigkeiten empirisch beweisen oder widerlegen lässt (vgl. WALTER 1997). Es geht um die Frage, wann und wie eine sexuelle Störung die Fähigkeit zur Selbstkontrolle und Selbstbestimmung derartig stört, dass der M. m. B. nicht mehr „Herr im eigenen Haus“ ist und keinen Verhaltensspielraum mehr hat. Diese oft von Richtern gestellte Frage hat auch eine subjektive, dem M. m. B. nachempfundene Täter-Seite. Wir wissen aus den oben ausgeführten psychologischen, sozialen und biologischen Prozessen, dass bei Pädophilen die Schwere der gleichzeitig bestehenden Bindungsstörung, die lebensgeschichtlichen Traumata, die Determinierung und Fixierung der Paraphilie, die misslungene

Geschlechtsrollenübernahme, die mangelnde Fähigkeit zur Selbst – und Objektwahrnehmung, das Ausmaß der allgemeinen Impulsivität und erhöhten Erregbarkeit bei erhöhter Angst und Depression zu der Täter-Seite gehören. BRIKEN (2009) weist zu Recht darauf hin, dass man die scheinbare kognitive Kontrolle von M. m. Pädophilie bei sex. Grenzverletzungen (Tatvorbereitung, planmäßiges Vorgehen, langhingezogenes Tatgeschehen) eben nicht als Zeichen besonderer Selbstkontrolle und Freiheit zur Entscheidung werten kann, da hier der Handlungsspielraum von ganz anderer Seite eingeschränkt ist, nämlich durch den sex. Drang, der zwar aufgeschoben aber nicht aufgehoben werden kann. Dies gilt umso mehr für M. m. B. mit ihren noch geringeren Bewältigungsmöglichkeiten. Je nach Gesamtstörung kann die Fähigkeit zur Willensbildung und Selbstbestimmung teilweise oder ganz aufgehoben sein.

IV. Leitsätze im Umgang mit sex. Grenzverletzungen

- Sexualität ist biologisch begründet.
- Es existiert ein starker biologisch-sozialer Zusammenhang, der Freiheitsgrade im Verhalten vermindert.
- Sexualität ist ein universelles Grundbedürfnis.
- Sexualität hat im Laufe der Evolution des Menschen eine soziale Dimension entwickelt.
- Sexualität hat sich als Paarungsverhalten in nicht-sexueller Bedeutung verselbständigt.
- Der Mensch ist auf Bindung programmiert. Bindung und Sexualität sind neuroendokrinologisch (das Hormonsystem

ist mit dem Nervensystem verbunden) miteinander verknüpft und bestimmen das Wohlergehen nachhaltig.

- Sexualität ist aufgrund der sozialen Dimension missverständlich geworden. Sexuelle Grenzverletzungen sind Teil der Sozialwerdung des Menschen.
- Sexuelle Grenzverletzungen sind ein schwerwiegender Eingriff in die Persönlichkeitsrechte und verstoßen auch juristisch gegen die Selbstbestimmung.
- Sexuelle Grenzverletzungen haben schwerwiegende und nachhaltige verletzende Folgen.
- Sexuelle Störungen liegen dann vor, wenn der Mensch darunter leidet und daraus zwischenmenschliche Probleme entstehen.
- Es ist notwendig, die Störungen des M. m. B. zu kennen, da ohne diese Kenntnis sex. Grenzverletzungen, die sie selber verüben oder erleiden, nicht zu verstehen sind.
- Menschen mit bestimmten abweichenden (paraphilen) Verhaltensweisen können sich nicht selbst bestimmen.
- Das Teilhabekonzept auf M. m. B. zu reduzieren ist gesellschaftspolitisch und konzeptuell falsch. Es gilt letztendlich für alle Menschen. Das Teilhabekonzept, bezogen auf M. m. B., muß grundsätzlich durch ein reflektiertes, abstinent bestimmtes Fürsorgekonzept bzw. Assistenzmodell ergänzt werden, besonders dann, wenn der Mensch (m. oder o. B.) durch seine Störung oder besonderen Umstände nicht selbstbestimmt handeln kann und/oder die Verwahrlosung droht. Auch ist die Gefährdung der Öffentlichkeit im Blick zu halten. Eine kostenneutrale Inklusion funktioniert nicht. Gesellschaftspolitische und besonders geschichtliche Erfahrungen lassen die Inklusion in ihrer verkürzten Diskussion und Umsetzung als politisch und ökonomisch abhängiges Schönwetterkonzept erscheinen.

- Opferschutz geht vor Täterschutz.
- Die Aufgabe der Institution darf sich nicht auf die Weiterleitung des „Falles“ an die Staatsanwaltschaft beschränken. Sie muß eine aktive Rolle einnehmen.
- Es müssen Leitlinien und Qualitätsstandards entwickelt werden.
- Durchführung des Abstinenzkonzepts.

V. Leitlinien und Qualitätsstandards

1. Die Haltung

Alle Menschen sollen sicher sein. Wir betrachten sexuelle Grenzverletzungen als schwerwiegenden Angriff auf die Persönlichkeit der Betroffenen. Wir dulden keine sex. Grenzverletzungen und versuchen, grenzverletzendes Verhalten zu verhindern. Wir verstehen die menschliche Schwäche der Verleugnung und/oder der Bagatellisierung, wir akzeptieren sie aber nicht. Wir wollen dazu anregen, das eigene Handeln zu überdenken und die Einrichtung so führen, dass sex. Grenzverletzungen geahndet werden. Menschen mit oder ohne Behinderung sind für ihr Verhalten grundsätzlich in Verantwortung zu nehmen.

2. Begriffsklärung

Der Begriff „sexuelle Grenzverletzung“ wird aufgrund seines umfassenden semantischen Spektrums anderen Begriffen vorgezogen. Er bedeutet im Einzelnen:

- Die körperlichen Grenzen einer Person werden zum einen massiv verletzt und/oder zum anderen wird nicht akzeptiert, was für die Person unangenehm ist. Die Person kann nicht selbst bestimmen, wie nahe sie jemanden kommen lassen möchte. Es wird bewusst und zielgerichtet ihr Bindungsbedürfnis einseitig sex. ausgenutzt, ohne die Einwilligung der Person geklärt zu haben. Es kommt zu einer aufgedrängten Nähe (fehlende Gleichheit der Interagierenden).
- Es kommt wegen der sex. Übergriffe zu seelischen Verletzungen. Oder Grenzen der seelischen Intimität werden überschritten. Dazu gehören auch persönlich gemeinte erotische Anspielungen, anzügliche sex. Bemerkungen, kränkende sex. Abwertungen, die nach einer negativen Bewertung durch die Betroffenen wiederholt werden.

3 . Leitlinien zur Orientierung

- Der freundschaftliche Umgang miteinander im Rahmen des Abstinenzkonzeptes ist erwünscht. Zu einem unverkrampften Miteinander gehören auch Körperkontakte. Wir sprechen darüber, was im Rahmen der Abstinenz akzeptiert werden kann und wo die Grenzen liegen.
- Wir wissen, dass Menschen mit Behinderung besondere sex. Probleme haben, die mit ihrer Störung

zusammenhängen und die Beziehungen untereinander beeinträchtigen können.

- Aufgrund der allgemeinen und speziellen Vulnerabilität sind M. m. B. sex. Grenzverletzungen besonders ausgesetzt.
- Wir arbeiten mit externen Fachgruppen zusammen.
- Bei konkreten Hinweise oder Verdacht auf sex. Grenzverletzungen nehmen wir fachliche Hilfe in Anspruch.
- Es gilt zunächst die Unschuldsvermutung, die O-Hypothese, eine Standardüberwachung lehnen wir ab. Wir wissen um die stigmatisierende Wirkung von Vorwürfen sex. Art. Es gelten die FIEDLER/STELLER-Kriterien.
- Wer uns verantwortungsvoll und faktengestützt auf sexuelle Grenzverletzungen aufmerksam macht, erhält unsere Unterstützung.
- Die Fähigkeit der M. m. B. zur Verantwortungsübernahme kann durch die der Behinderung zugrundeliegenden Störungen beeinträchtigt sein. Beides muß gegeneinander abgewogen werden.
- Beziehungen zwischen Mitarbeiter/innen und Menschen mit Behinderung stellen einen Verstoß gegen das Abstinenzgebot dar. Sie sind deshalb untersagt. Sie sind auch juristisch sehr problematisch (siehe § 179, StGB und besonders § 174 b StGB).
- Auch Täter mit Behinderung werden bei sexuellen Grenzverletzungen mit einiger Erheblichkeit aus dem Lebens – oder Wahrnehmungsbereich des Opfers entfernt.
- Sexuelle Grenzverletzungen mit weniger Erheblichkeit (z. B. tägliche sex. Belästigungen) können oft nur schwer eingeschätzt werden. Daher muß vorher eine Verhaltensbeobachtung über eine gewisse Zeit (3-7 Tage)

stattfinden. Diese sollte wegen des Versuchsleitereffekts verdeckt erfolgen. Erst dann können Hypothesen aufgestellt werden.

4. Zuständigkeit

- M. m. B. haben - wie andere Menschen auch - für ihr Tun Verantwortung zu übernehmen. Die Einschränkung ihrer Verantwortung muß psychologisch und/oder medizinisch begründet werden. Dabei dürfen für die Opfer keine Nachteile entstehen. Es gelten folgende Zuständigkeiten und Procedere:
- Grundsätzlich ist jede/r MA verpflichtet, vermutete oder wahrgenommene sex. Grenzverletzungen zu melden. Dabei obliegt den leitenden MA – entsprechend ihrer Stellenbeschreibung, eine besondere Verantwortung.
- Bei M. mit oder o. B., die von einer erheblichen sex. Grenzverletzung nach § 184 StGB betroffen sind, wird der GF (Leiter der Einrichtung) informiert. Das Weitere Procedere wird von den Rechtsvorschriften bestimmt. Sind Menschen mit Behinderung betroffenen, muß aufgrund der Glaubwürdigkeitsproblematik, der korrespondierenden klinischen Störung und der FIEDLER/STELLER-Kriterien ein Dipl. Psychologe/Psychiater möglichst mit therapeutischer Ausbildung eingesetzt werden, der ebenfalls dem Leiter der Einrichtung berichtet. Dieser beauftragt einen Verantwortlichen, der den weiteren Sachverhalt recherchiert. Dieser Beauftragte kommt nicht aus dem Bereich, in dem die sexuelle Grenzverletzung stattgefunden hat oder haben soll. Das Procedere gilt nur für sex. Grenzverletzungen von einiger Erheblichkeit nach § 184 StGB.

- Sex. Grenzverletzungen ohne Erheblichkeit werden vom Fachdienst/Sozialer Dienst mit den zuständigen MA bearbeitet.
- Bei sex. Grenzverletzungen von MitarbeiterInnen gegenüber M. m. B. wird immer der GF eingeschaltet.
- Die vom GF beauftragte Person ist auch Kontaktperson für die staatlichen Strafverfolgungsbehörden.

5. Prüfung und Beurteilung

- Unmittelbar nach Kenntnisnahme der sex. Grenzverletzung wird das unter 4. formulierte Procedere in Gang gesetzt, wobei die erste Prüfung der Erheblichkeit einer sex. Grenzverletzung gilt.
- Es werden Gespräche mit den Beteiligten durchgeführt. Es wird darüber ein Protokoll angefertigt. Mit den, falls vorhanden, gesetzlichen Vertretern wird bei sex. Grenzverletzungen von einiger Erheblichkeit Kontakt aufgenommen. Eine rechtliche Prüfung erfolgt, wenn nötig.
- Der Schutz und die Unterstützung gelten zuerst dem Opfer. Dem Schutz des Opfers vor weiterem Mißbrauch wird besonderer Sorgfalt gewidmet. Auch dem behinderten Täter gilt unsere Hilfe bei der Bewältigung seiner Störung. Er hat sich einer therapeutischen Behandlung zu unterziehen. Opferschutz geht vor Täterschutz.
- Es gilt bis zum Beweis des Gegenteils die Unschuldsvermutung.

VI. Literatur

1. BADELDT, I. Geistig behinderte Menschen in ihren sozialen Bezügen. In: Nr. 10, 268 - 311.
2. BAER, N. Das Aushalten der Realität ermöglicht Entwicklung. Kerbe 2008. 1: 27-31.
3. BEB (Bundesverband evangelischer Behindertenhilfe e. V.): Achtsamkeit in Haltung und Handeln. Berlin 2009.
4. BEIER, K. M., BOSINSKI, H.A.G., HARTMANN, U., LOEWIT, K. Sexualmedizin (2. Aufl.), Elsevier Urban & Fischer, München 2005.
5. BERMANN, Chr. „Auch wenn es weh tut“. DIE ZEIT, 21, 19.5.2011. 67-68.
6. BERNER, W. Wille, Schuld und Störung. Kommentar zu den Überlegungen von Peer Briken sowie Peter Frommberger und Jürgen L. Müller. Zeitschrift für Sexualforschung 2009. 3: 281-283.
7. BERNER, W., BRIKEN, P. & HILL, A. (Hrsg). Sexualstraftäter behandeln mit Psychotherapie und Medikamenten. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 2007.
8. BRIKEN, P. Wie frei ist der Mensch mit einer Pädophilie? Überlegungen im sexualforensischen Kontext. Zeitschrift für Sexualforschung 2009. 22: 268-276.
9. BRISCH, K.H. Die Wiege der Sicherheit. Gehirn & Geist. 2011. 9: 48-55.
10. CZARSKI, R. Probleme und Risiken der psychosexuellen Entwicklung von Menschen mit geistiger Behinderung als pädagogische Herausforderung. In: Dokumentation der

Arbeitstagung der DGSGGB am 5.3.2010, Reihe Materialien der DGSGGB, 23. Berlin 2010.

11. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison – (DSM-IV-TR). Hogrefe, Göttingen 2003.

12. ELIAS, N. Über den Prozeß der Zivilisation. Suhrkamp. Frankfurt am Main 1976.

13. ERMANN, J. Sexueller Mißbrauch bei Menschen mit geistiger Behinderung. Seminararbeit. Institut für Psychologie der Universität Regensburg. Online. 1-30, 2004.

14. FIEDLER, K. & SCHMID, J. Gutachten über Methodik und Bewertungskriterien für Psychologische Glaubwürdigkeitsgutachten. Wissenschaftliches Gutachten für den BGH. Universität Heidelberg 1999.

15. FRANCKE, R. Die rechtliche Bedeutung des Abstinenzgebotes in der Psychotherapie. Psychotherapeutenjournal. 2006. 3: 238-246.

16.FROMMBERGER, P. & MÜLLER, J. L. Willensfreiheit bei Störungen der Sexualpräferenz. Kommentar zu den Überlegungen von Peer Briken. Zeitschrift für Sexualforschung 2009. 3: 277-280.

17. GEHLING, K.D. Überbehütung und Helfersyndrom bei Eltern und Betreuern einer WfB. Zur Orientierung 1986. 1:36-41.

18.GESELLENSETTER, R. Moralentwicklung. Universität Konstanz. Online 2010.

19.GÖRNDT,J., PÜSCHEL, K. & WILKE, N. Medizinische Diagnostik und interdisziplinäres Fallmanagement bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch von Kindern. Das Modell der

Hamburger Rechtsmedizin. Zeitschrift für Sexualforschung 2010. 23: 238-246.

20. GRABE, H.J. & SCHWAHN, C. Interaktion zwischen psychosozialer Umwelt und Genetik – wie groß ist die klinische Relevanz? Psychiatrische Praxis 2011. 38:55-57.

21. GREEN, R. Robert Stollers Sex and Gender: 40 Jahre danach. Zeitschrift für Sexualforschung 2010. 23: 348-364.

22. IJKOOP, J. Herausforderndes Verhalten von Menschen mit geistiger Behinderung. Neue Wege der Begleitung und Förderung. Beltz Verlag Weinheim, 1998.

23. HERRATH, F. Was behindert Sexualität? In: Nr. 10.

24. HOLLAND, A.-J. Biological vulnerabilities and environmental risks: the integration of different perspectives when determining need. Vortrag auf der Conference of IASSID-Europe 2010. Rom.

25. INSEL, T. Is social attachment an additive disorder? In: Physiology and Behavior 2003, Bd. 79, S. 351-357.

26. Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO (Hrsg). DIMDI 2005.

27. IRBLICH, D. & STAHL, B. (Hrsg). Menschen mit geistiger Behinderung. Hogrefe, Göttingen 2003.

28. JANTZEN, W. Schwerste Behinderung als sinnvolles und systemhaftes Verhalten unter isolierenden Bedingungen anhand der Beispiele Anencephalie, Epilepsie und Autismus. Teilhabe 2010. 3: 102-109.

29. KUHN, Thomas S. Die Struktur wissenschaftlicher Revolution. Frankfurt 1976, Suhrkamp, 2. Aufl..

30. LACKINGER, F. Psychoanalytische Überlegungen zur Pädophilie. *Psychotherapeut* 2009. 4: 262-269.
31. LOEWIT, K. Sexualität und Gesundheit. Vortrag, gehalten auf der Arbeitstagung der DGSGB am 5.3.2010 in Kassel: Sexualität bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: 10.
32. MAES, B. Key issues supporting people with profound intellectual and multiple disabilities. IN: 24.
33. MARTIN-SOELCH, C. Modelle der Substanzabhängigkeit: Neurobiologische und neuropsychologische Modelle der Substanzabhängigkeit. *Zeitschrift für Neuropsychologie*, 21 (3), 2010, 153-166.
34. MASS, R. Evolutionspsychologie der Sexualität. *Zeitschrift für Sexualforschung* 2011. 24: 105-110.
35. MÖLLER, H.-J., LAUX, G. & DEISTER, A. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl., Georg Thieme Verlag. Stuttgart 2001.
36. NEUHÄUSER, G. *Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung: Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen*. Lebenshilfe Verlag. Marburg 2004.
37. ROSE, M.R. *Darwins Schatten. Von Forschern, Finken und dem Bild der Welt*. DVA, München 2001.
38. SCHÄDLER, J. *Paradigmenwechsel in der Behindertenhilfe unter Bedingungen institutioneller Beharrlichkeit: Strukturelle Voraussetzungen der Implementation Offener Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung*. Dissertation an der Universität Siegen 2002.
39. SCHLATOW, Ch. *Theorien als Strukturen I: Kuhns Paradimenttheorie*. Universität Stuttgart. Online 2010.
40. SCHMAUCH, U. *Nähe, Distanz und Grenzen in psychosozialen und pädagogischen Berufen. Ein Beitrag zur*

aktuellen Debatte über sexuellen Kindesmißbrauch. Zeitschrift für Sexualforschung 2010. 3: 194-219.

41. SCHMIDBAUER, W. Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Mißbrauch und Narzissmus. Rowohlt Verlag. Reinbeck b. Hamburg 1999.

42. SCHULZ ZUR WISCH, H. Teilhabechancen und Teilhaberisiken im Kontext eines inklusiven Bildungssystems. Teilhabe 2010. 3: 122-125.

43. SCHÜSSLER, G. Psychoanalytische Psychotherapie. In: Praxis der Psychotherapie. Thieme Verlag Stuttgart 2000. 556-565.

44. SCHWARTE, N. & OBERSTE-UFER, R. LEWO II. Lebenshilfe Verlag Marburg 2001.

45. SENCKEL, B. Entwicklungspsychologische Aspekte bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: 27.

46. STELLER, M. & VOLBERT, R. Forensisch-aussagepsychologische Begutachtung (Glaubwürdigkeitsbegutachtung). Wissenschaftliches Gutachten für den BGH. Praxis der Rechtspsychologie 1999. 9: 46-112.

47. SCHWARTE, N. Selbstbestimmung allein genügt nicht - Thesen zu einem strapazierten Leitbegriff der Hilfen der Menschen mit geistiger Behinderung. In: MARKER, A. (Hrsg.). Soziale Arbeit und Sozialwissenschaft. Berlin 2008.

48. SIGUSCH, V. Sexualwissenschaftliche Thesen zur Mißbrauchsdebatte. Zeitschrift für Sexualforschung 2010. 3: 247-257.

49. SPEHR, A., YOON, D. & BRIKEN, P. Sexuell Auffallende Minderjährige. Erste Ergebnisse eines Hamburger

Modellprojekts. Zeitschrift für Sexualforschung 2010. 23: 139-154.

50. VERDUGO, M.A. Measuring quality of life and using data in the field of intellectual and development disabilities. In: 24.

51. Walter, H. Neurophilosophie der Willensfreiheit. Schöningh, Paderborn 1998.

52. WATZLAWICK, P., BEAVIN, J.H., JACKSÖN, D.D. Menschliche Kommunikation. Huber, Bern 1969.

53. WEINGRILL, T. & van SCHAİK, C. Sexueller Zwang bei Primaten: Evolutionäre Ursachen und Gegenstrategien der Weibchen. Zeitschrift für Sexualforschung 2011. 24: 111-133.

54. WHITE, D.L., DOSSETOR, D. & WHATSON, L. From things, big grow: outcomes from the establishment of the clinical framework. In: 24.

55. ZIZEK, S.: Die Metastasen des Genießens. 2008. Online 2010.

Konzeptuelle Verbesserungsvorschläge sind willkommen.

Juli 2012

Dr. Klaus Gehling

Email: K-Gehling@t-online.de

Homepage: www.psychologie-real.de

