

1 **Pflegerische und haftungsrechtliche Aspekte in der Betreuung von Menschen mit geistigen Behinderungen**

Der Anspruch von Menschen mit geistigen Behinderungen auf Pflegeleistungen ist im Sozialrecht verankert. Nach § 55 SGB XII ergeben sich für Menschen mit Behinderungen, sofern sie in einer vollstationären Einrichtung leben, Ansprüche auf Pflegeleistungen. »Werden Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen in einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen im Sinne des § 43a des Elften Buches erbracht, umfasst die Leistung auch die Pflegeleistungen in der Einrichtung« (Sechstes Kapitel Eingliederungshilfe für behinderte Menschen § 55 Sonderregelung für behinderte Menschen). Es ist nicht definiert, welche Pflegeleistung (Grundpflege und/oder Behandlungspflege) durch die Einrichtung zu erbringen ist.

Durch den sich zurzeit vollziehenden demografischen Wandel erfolgt eine stetige Zunahme des Anteils pflegebedürftiger Klienten. Infolgedessen sind pädagogische Mitarbeiter in ihren Einrichtungen schon heute mit wachsenden pflegerischen Anforderungen und auch der Zunahme an Todesfällen konfrontiert.

In der Beratung, in Fortbildungen und bei pflegerischen Bedarfsanalysen in Einrichtungen der Behindertenhilfe hat die Autorin die Erfahrung gemacht, dass dem Bereich der Pflege oft nicht die gleiche Aufmerksamkeit und fachliche Anleitung gegeben wird wie der pädagogischen Betreuung.

Wenn man Mitarbeiter in Behinderteneinrichtungen fragt, wie sie pflegerisch tätig sind, erhält man Antworten, die sich überwiegend auf das Ausführen ärztlicher Verordnungen beziehen. Ein häufig genanntes

Beispiel ist hier die Vergabe von Medikamenten. Obwohl tagtäglich viele pflegerische Hilfeleistungen erbracht werden, kommt es nicht vor, dass berichtet wird: »wir leiten zur Körper- und Hautpflege an, wir beugen Stürzen vor, fördern die Harnkontinenz, unterstützen die Mobilität und achten auf die Flüssigkeitszufuhr und Ernährung unserer Klienten«.

Neben den pädagogischen Kernaufgaben wird Pflege in Behinderteneinrichtungen häufig irgendwie mitgemacht, ohne dass hier direkt von Pflege gesprochen wird. Pädagogen sind häufig mit pflegerischen Situationen konfrontiert, ohne fachliche Anleitung zu erfahren. Die Pflege wird nach bestem Wissen und Gewissen ausgeführt. Dabei können aus Unwissenheit Fehler unterlaufen. Beispielsweise kann es passieren, dass gesundheitliche Risiken, wie die Entstehung von Dekubiti oder ein Flüssigkeitsdefizit, zu spät erkannt oder Pflegetätigkeiten, wie z. B. der Wechsel von Inkontinenzprodukten, nicht fachgerecht ausgeführt werden.

Diese Erfahrung hat die Autorin dazu veranlasst, gemeinsam mit dem Berliner Träger »Albert Schweitzer Stiftung – Wohnen & Betreuen« ein Instrument zur strukturierenden Pflegebedarfserhebung zu entwickeln und zu erproben. Dieses Instrument ist in das H. M. B.-W-Verfahren (Verfahren zur Bildung von Gruppen von Menschen mit vergleichbarem Hilfebedarf im Lebensbereich »Wohnen« von Frau Dr. Heidrun Metzler, Eberhard Karls Universität Tübingen) integriert und unterstützt Mitarbeitende darin, Aspekte der Pflege zu erkennen und herauszuarbeiten, um sie in der Hilfeplanung

zu berücksichtigen. Das H. M. B.-W-Verfahren wurde als Grundlage für den »Gesprächsleitfaden Pflegeerfassung« ausgewählt, weil es derzeit in Deutschland noch sehr verbreitet ist. Eine Übertragbarkeit auf andere Instrumente ist gegeben.

Das H. M. B.-W-Verfahren eignet sich, um Pflegebedarfe darzustellen, jedoch nicht, um eine angemessene Refinanzierung von Pflegeleistungen zu erwirken, da hinterlegte Leistungsbewertungen in Punkten den umfassenden grundpflegerischen Assistenzbedarfen in keiner Weise gerecht werden. Nach Auskunft von Frau Dr. Prof. Heidrun Metzler (November 2014) ist keine Neuauflage des H.-M.-B.-W-Verfahrens geplant. Daher müssen zeitnah Hilfeplaninstrumente entwickelt werden, die eine strukturierte Erfassung von pflegerischen Assistenzbedarfen im Rahmen der Hilfeplanung ermöglichen. Dies ist eine Voraussetzung, um die Pflege systematisch in die pädagogische Leistungspraxis zu integrieren. In Hessen und in Rheinland-Pfalz wurden bereits vor Jahren Integrierte Teilhabepläne (ITP Hessen, ITP 3 Rheinland-Pfalz) entwickelt. Ausgehend von Lebenszielen werden Hilfeziele erarbeitet und sowohl pädagogische als auch gesundheitsbezogene Belange gleichermaßen berücksichtigt. Grundlage hierfür bildet die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Die ICF ist eine Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und kann fach- und länderübergreifend als einheitliche und standardisierte Sprache zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustands, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen herangezogen werden. Es bleibt abzuwarten, ob sich die vorhanden Integrierten Teilhabepläne durchsetzen.

Pflege schafft in vielen Fällen erst die Voraussetzung für Teilhabe und ist daher

aus dem ganzheitlichen Betreuungssetting der Eingliederungshilfe nicht wegzudenken. Eine zunehmende Zahl von Klienten kann erst nach grundpflegerischer Assistenz und medizinischer Versorgung (z. B. Medikamentengabe) Alltagsaktivitäten in Angriff nehmen.

Mein Anliegen ist es, über dieses Fachbuch das Bewusstsein für die Pflege in der Eingliederungshilfe zu fördern und Sie, liebe Leserin, lieber Leser, darin zu bestärken, sich fortzubilden und sich für die Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung sicherer zu machen. Der Pflegeempfänger muss darauf vertrauen können, dass die Hilfeleistung, die er empfängt, fachgerecht ausgeführt wird. Pflege ist eine anerkannte Wissenschaft und umfasst Pflegepraxis, Pflegelehre und Pflegeforschung. Pflege ist eine Profession, die gelernt sein will, und obliegt in erster Linie ausgebildeten Alten- sowie Gesundheits- und Krankenpflegekräften.

Die Besonderheit der »Pflege« von Menschen mit Behinderung liegt in dem Verständnis, dass sie nicht im üblichen Sinne »krank« sind, sondern zur Bewältigung ihres Alltags regelmäßig auf pflegerische Hilfeleistungen angewiesen sind. Deshalb konzentriert sich das Buch in erster Linie auf

- die vorbeugende Intervention zur Vermeidung von pflegerischen Risiken,
- die Aufklärung und Hilfe zur Selbsthilfe und
- auf Tätigkeiten, die auch von Mitarbeitern ausgeführt werden dürfen, die über keine pflegerische Ausbildung verfügen.

Das Verständnis von Pflege im Wandel der Zeit

Bevor Sie in die Pflegebedarfsanalysen, die Planung und die Dokumentation von Pflege eintauchen, wird Ihnen eine Vorstellung davon gegeben, wie sich das Verständnis von

Pflege von 1860 bis heute entwickelt und verändert hat.

Pflege ist ein interaktiver Beziehungsprozess, verbunden mit der Auffassung von sorgender Obhut und Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.

Erste Auffassungen von Pflege wurden von Florence Nightingale 1860 in ihren »Notes of Nursing« beschrieben und hatten fast ein Jahrhundert lang Bestand, bevor diese von verschiedenen Pflgetheoretikern weiterentwickelt wurden. In Bezug auf die Frage, was unter Pflege zu verstehen ist, vollzog sich die Theoriebildung im Zeitverlauf wie folgt (vgl. Psyhyrembel, 2003, S. 490–491):

- Pflege zum Lindern von Schmerzen und Leiden (Nightingale, 1860)
- Pflege als Umgebungsgestaltung. Hier ist das Ziel die Förderung des Wiederherstellungsprozesses durch die pflegerische Sorge für die optimale Umgebung, d. h. Luft, Wasser, Licht, Reinheit, Ernährung, Wärme und Ruhe. Die Gesundung vollzieht der Mensch selbst (Nightingale, 1860).
- Pflege als Beziehung:
 - Pflege vollzieht sich als signifikanter therapeutischer zwischenmenschlicher Prozess (Peplau, 1952)
 - Pflege vollzieht sich als zwischenmenschlicher Dialog (Peplau, 1952)
- Pflege als tätige Handlung: Als Funktion der Hilfeleistung für den Einzelnen, ob krank oder gesund, als Durchführung von Handlungen, die der Mensch normalerweise selbst und ohne Unterstützung durchführen würde, wenn er über die nötige Kraft, den Willen und das Wissen verfügte. Ziel ist eine schnellstmögliche Unabhängigkeit des zu Pflegenden (Henderson, 1955; Orem, 1971).
- Pflege als Wissenschaft und Kunst (Psyhyrembel, 2003, S. 490–491, zit. n. Rogers, 1963). Ziel ist eine umfassende wissenschaftliche Fundierung der Pflege, um den

Menschen als einmaliges Wesen in der Ausübung (Kunst) der Pflege besser gerecht zu werden.

Der International Council of Nurses (ICN²) definiert Pflege wie folgt:

»Pflege umfasst die eigenverantwortliche Versorgung und Betreuung, allein oder in Kooperation mit anderen Berufsangehörigen, von Menschen aller Altersgruppen, von Familien oder Lebensgemeinschaften, sowie von Gruppen und sozialen Gemeinschaften, ob krank oder gesund, in allen Lebenssituationen (Settings). Pflege schließt die Förderung der Gesundheit, Verhütung von Krankheiten und die Versorgung und Betreuung kranker, behinderter und sterbender Menschen ein.«

Die heute geltende Definition von Pflege zeigt, dass es um Prävention zur Förderung der Gesundheit und um die Unterstützung bei der Versorgung geht.

Gesundheitsförderung, das aktive Handeln zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, wird immer mehr zum zentralen Thema des Pflegeberufs. Sind die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung ausgeschöpft, kann pflegerische Unterstützung, beginnend bei der Anleitung zum eigenen Tun bis hin zur vollständigen Übernahme notwendig werden.

2 Der ICN ist ein Zusammenschluss von 128 nationalen Berufsverbänden der Pflege und vertritt weltweit Millionen von Pflegenden.

1.1 Haftungsrechtliche Aspekte bei der Übernahme von Pflege

In diesem Kapitel wird dargestellt, wer nach heutiger Rechtslage in Deutschland Pflege übernehmen darf und unter welchen Voraussetzungen Behandlungspflege an pädagogische Fachkräfte delegiert werden kann.

In den Sozialgesetzbüchern V und XI wird der Begriff Pflege eindimensional und funktionell betrachtet. Es erfolgt eine Unterteilung in Grund- und Behandlungspflege³ (SGB V, § 37, Abs. 1).

Grundpflege

Unter Grundpflege (auch direkte Pflege) werden alltägliche, sich regelmäßig wiederholende Pflegeleistungen verstanden. Diese umfassen unter anderem die Unterstützung bei Nahrungsaufnahme, Körperpflege, Ausscheidungsvorgängen und der Förderung der Mobilität (SGB XI § 14, Abs. 4). Grundpflege darf auch von **nicht pflegefachlich ausgebildeten Personen** durchgeführt werden (SGB XI, § 75 Abs. 2). Für die Pflegepraxis bedeutet die Trennung zwischen Grund- und Behandlungspflege faktisch eine Abwertung der Grundpflege, die sich auch in ihrer Zuweisung an zumeist unerfahrene Pflegenden oder ungelernete Aushilfen widerspiegelt. Ein Beispiel für die Folgen nicht fachgerechter Ausführung der Grundpflege ist, dass es immer wieder zu schmerzhaften Entzündungen am Penis kommt, weil die Vorhaut beim Waschen nicht zurückgezogen und der Belag hinter der Eichel nicht entfernt wird.

In Betrachtung der Grundpflege findet der wichtige Aspekt der sozialen Betreuung und Interaktion, die eine wesentliche Voraussetzung für eine gelungene pflegerische Intervention darstellt, keine Berücksichtigung. Zusammenfassend können folgende Schlüsse gezogen werden.

Die Hilfestellung bei der Grundpflege erfordert vom Mitarbeiter eine **hohe pflegefachliche und soziale Kompetenz** sowie die Anwendung von pflegerischen Methoden und wird häufig in ihrer **Komplexität** unterschätzt.

Behandlungspflege

Unter Behandlungspflege (auch spezielle oder medizinische Pflege) werden alle Leistungen verstanden, die vom behandelnden **Arzt angeordnet** werden und den Rahmen der Grundpflege übersteigen. Die Maßnahmen umfassen unter anderem Wundversorgung, Medikamentenabgabe sowie Blutdruck- und Blutzuckermessung und obliegen dreijährig examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern (und Kinderkrankenpflegern) sowie staatlich anerkannten examinierten Altenpflegern (SGB V, § 37, Abs. 1, 2).

Seit dem 01.01.2010 ist die Personalvereinbarung zum Wohn- und Teilhabegesetz verabschiedet. Bestandteil dieser Personalvereinbarung ist die sogenannte »offene Berufsgruppenliste«. Hiernach werden **Heilerziehungspfleger** nun auch als Pflegefachkräfte in Einrichtungen der Eingliederungshilfe **anerkannt**, sofern diese eine **Nachqualifizierung** durchlaufen. Im Zusammenhang mit der pflegerischen Kompetenz von Heilerziehungspflegern sind Lehrpläne zu entwi-

3 Die Strukturierung in Grund- und Behandlungspflege ist aus pflegewissenschaftlicher Sicht falsch, wird jedoch immer noch zur Unterteilung pflegerischer Tätigkeiten herangezogen.

ckeln, um entsprechende Nachqualifizierungen durchzuführen. Von einer rechtlich abgesicherten Erbringung von Behandlungspflege kann dann ausgegangen werden, wenn die erbringende Person im Rahmen ihrer Ausbildung oder einer Nachqualifizierung an staatlich anerkannten Ausbildungsstätten/Fachschulen sowohl theoretisch als auch praktisch in die jeweilige Tätigkeit eingewiesen wurde. Für Träger bedeutet dies, dass diese bspw. bei examinierten Gesundheits- und Krankenpflegern davon ausgehen können, dass diese Injektionen vergeben und sterile Verbände anlegen können, während bei staatlich anerkannten Altenpflegern und Heilerziehungspflegern individuell zu prüfen ist, ob die Tätigkeit Teil der theoretischen und praktischen Ausbildung war. Die einfache Aussage, ein Heilerziehungspfleger sei als Pflegefachkraft in der Behindertenhilfe anerkannt, kann nicht dazu berechtigen, medizinische Behandlungspflege auszuüben, ohne vorab eine entsprechende Qualifizierung durchlaufen zu haben.

Ärztliche Delegation

Träger, die kein examiniertes Pflegepersonal zur Verfügung haben, können medizinische

Behandlungspflege auf dem Weg der ärztlichen Delegation von geeigneten Mitarbeitern⁴ durchführen lassen. Um dies rechtsicher durchzuführen, weist der anordnende Arzt vorab von ihm ausgewählte, namentlich benannte Mitarbeiter in die Tätigkeit (z. B. eine Insulininjektion) ein und dokumentiert dies schriftlich. Bei dieser Art von Delegation handelt es sich um eine »ad persona« Delegation, was bedeutet, dass die eingewiesene Person diese Tätigkeit nur bei dem benannten Klienten durchführen darf. Da es sich nicht um Pflegefachkräfte handelt, ist es rechtlich nicht zulässig, dass die eingewiesene Person als Multiplikator für Kollegen fungiert oder die beschriebene Tätigkeit bei anderen als den benannten Personen durchführt.

Für den Träger bedeutet dies, dass er mehrere Mitarbeiter einweisen lassen muss, damit die behandlungspflegerische Tätigkeit auch zuverlässig ausgeführt werden kann und es bei Personalausfällen nicht zu Engpässen in der Leistungserbringung kommt.

Zu berücksichtigen ist ferner, dass ausgewählte Mitarbeiter die Übernahme von behandlungspflegerischen Maßnahmen ablehnen dürfen, sofern diese nicht Bestandteil ihrer Ausbildung waren oder es an Praxiserfahrung mangelt.

1.2 Anforderungen an die Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen

Menschen mit geistigen Behinderungen durchlaufen entwicklungspsychologisch andere Wege als Menschen ohne geistige Behinderungen. Daher sind »normale« Verhaltensregeln häufig nicht anwendbar. Ein adäquates Verstehen, Einordnen und Reagieren auf Verhaltenweisen geistig behinderter Klienten setzt einen intensiven, teilweise über Monate und Jahre gepflegten **Beziehungsaufbau** zwischen Klient und Mitarbeiter voraus.

Die Kommunikation und die Gestaltung des Beziehungsprozesses während der Pfl-

4 Ein Mitarbeitender ist dann geeignet, wenn er vom Arzt als geeignet eingeschätzt wird und wenn dieser bereit ist, nach Einweisung in die Tätigkeit die Übernahmeverantwortung für die Durchführung der Tätigkeit zu übernehmen.

gehandlung erfolgen vielfach auf der non-verbalen Ebene und erfordern von den Mitarbeitern ein hohes Maß an sozialer und kommunikativer Kompetenz sowie ausgezeichneter Beobachtungsgabe.

Von besonderer Bedeutung ist auch die **Interpretation von Symptombildern**, da Symptome häufig in untypischer Weise zum Ausdruck kommen. Die ärztliche Anamnese und Diagnostik ist erschwert, weil diese häufig als Fremdanamnese erhoben werden muss. So ist die Ärztin auf die genaue Beobachtung, fachgerechte Verlaufsdocumentation und Informationsweitergabe aller am Prozess der Betreuung Beteiligten angewiesen.

Weil sich Klienten häufig in verschiedenen Betreuungssettings (z. B. Wohnstätte, Förderstätte oder Werkstatt, Betreuung durch Angehörige und Therapeuten) bewegen, kommt es bei der Krankheits- und Verhaltensbeobachtung zu Informationsverlusten. »Die richtige Einordnung des Beschwerdebildes wird durch eine dulddende Haltung des Menschen mit Behinderungen, die zu einer Diskrepanz von Schwere der Symptome und zugrunde liegenden Beschwerden führt, zusätzlich erschwert« (Nicklas-Faust, 2006, S. 23).

In der Pflege von Menschen mit Behinderungen ist ferner zu berücksichtigen, dass diese einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung haben und Krankheiten in anderen Häufigkeiten auftreten. »So stellte sich in einer Untersuchung an Menschen mit geistiger Behinderung heraus, dass diese durchschnittlich an 2,5 gravierenden und 2,9 weniger schwerwiegenden Gesundheitsstörungen litten, die nur etwa zur guten Hälfte bekannt waren und nur zur Hälfte angemessen behandelt waren« (ebd., S. 24).

Im Erkrankungsmuster gibt es laut Nicklas-Faust (2006) deutliche Häufungen für Erkrankungen der Sinnesorgane, neurologi-

sche und psychiatrische Erkrankungen. Nach Erfahrung der Autorin hat ein Teil der praktizierenden Ärzte nur unzureichende Kenntnisse und Erfahrungen in Bezug auf Diagnostik und medizinische Versorgung von Menschen mit geistigen Behinderungen.

Pflegenden in der Behindertenhilfe kommt daher eine besondere Rolle in der Krankenbeobachtung und der Einleitung medizinischer und pflegerischer Maßnahmen zu. Laut Nicklas-Faust belegt eine Studie jedoch eine große Diskrepanz zwischen Einschätzung der Betreuungspersonen und den objektiven Untersuchungsbefunden, was einen weiteren Erschwernisfaktor in der Pflege von Menschen mit geistiger Behinderung darstellt (vgl. Nicklas-Faust, 2006).

Die Besonderheit liegt demnach nicht in den Pflege Techniken, sondern in den komplexen Anforderungen, die in der Pflege von Menschen mit geistigen Behinderungen zu berücksichtigen sind.

Daher werden Sie keine neuen Pflegemethoden für den Behindertenbereich in diesem Buch finden. Die Pflege Techniken orientieren sich an aktuellen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen. Beispielsweise wird eine Dekubitusprophylaxe immer nach denselben Prinzipien – der Druckentlastung, Förderung der Mobilität und Hautpflege – erfolgen. Diese Erfolgsfaktoren zur Gesundheitsförderung sind unabhängig von der geistigen Verfassung der Klienten. Die Unterschiede liegen in den Voraussetzungen zur interaktiven Beziehungsgestaltung. So sind den Möglichkeiten der verbalen Interaktion und Kommunikation, der Schulung und Beratung von Menschen mit Behinderungen durch die kognitiven Möglichkeiten klare Grenzen gesetzt.

Die in diesem Buch beschriebenen Instrumente (wie z. B. der Schmerzerfassungsbogen für Menschen, die sich verbal nicht äußern können) helfen Mitarbeitenden, ihre Klienten besser zu verstehen.

1.3 Pflege und Sexualität

Bedeutung der sexuellen Identität

Es ist heute selbstverständlich, geistig behinderten Menschen dieselben Rechte auf Entfaltung ihrer Persönlichkeit und Sexualität zuzugestehen wie nicht behinderten Menschen. Sexualität bedeutet Beziehungen einzugehen, Zärtlichkeit und Liebe zu geben und zu empfangen sowie Erotik und Selbstbefriedigung auszuleben.

»Die sexuelle Entwicklung ist für Menschen mit geistigen Behinderungen ebenso bedeutungsvoll wie für jeden anderen Menschen« (pro familia, 1998, S. 5).

Medizinisch gesehen gibt es nur wenige schwere geistige Behinderungsformen, die eine Entwicklung sexuellen Begehrens nicht ermöglichen. Dies trifft laut pro familia insbesondere auf Klienten zu, deren genitale Organfunktionen unterentwickelt sind (z. B. Minderwuchs von Genitalien, ausbleibende Regelblutung oder Samenerguss, Fehlen sekundärer Geschlechtsmerkmale wie Schambehaarung). Etwa ab dem sechsten Lebensmonat fangen Kinder an, lustvoll mit ihrem Körper umzugehen. Wir wissen von Menschen mit geistiger Behinderung, dass sich körperliche und sexuelle Fähigkeiten zumeist langsamer entwickeln als bei anderen Menschen und sie mehr ausgeprägte Zuwendung brauchen, damit ihre Empfindungsfähigkeit geweckt wird (vgl. Wagner-Stolp, 2004).

»Die sexuelle Entwicklung verlangt – wie andere Entwicklungsbereiche auch – Anregung und Übung. Wer allzu selten Zärtlichkeit empfängt, der lernt auch

nicht zärtlich zu sein; sein Körper wird für sexuelle Reize nicht empfindsam. Es kommt also vor allem auf die liebevollen zärtlichen Körperkontakte an, auf die bereits Babys mit Reaktionen des Wohlfühlens reagieren« (Wagner-Stolp, 2004).

Beratung im Umgang mit Sexualität

Im alltäglichen Zusammenleben mit geistig behinderten Menschen bereitet der Umgang mit sexuellen Ambitionen der Klienten nach wie vor große Umsetzungsschwierigkeiten. Viele Erzieherinnen, pädagogisch-therapeutische Mitarbeiterinnen und Eltern stoßen an persönliche und fachliche Grenzen, wenn es um die Förderung und Verwirklichung sexueller Selbstbestimmung für Menschen mit einer geistigen Behinderung geht. Das Sexualleben geistig behinderter Menschen löst nach wie vor in ihrem Umfeld häufig Hilflosigkeit und Befangenheit aus (vgl. Walter, 1994).

Schon in einer 1980 veröffentlichten Studie wurde herausgefunden, dass die Sexualität geistig behinderter Menschen und ihr jeweiliges Sexualverhalten in erster Linie abhängig sind von der Toleranzbreite der moralischen Einstellung und den Ge- bzw. Verboten ihrer Eltern und Betreuerinnen (vgl. Walter, 1994).

Es ist eine wichtige Voraussetzung für Mitarbeitende, die Klienten mit geistigen Behinderungen »sexualpädagogisch« zu betreuen und eine entspannte, offene Haltung ihrer eigenen Sexualität gegenüber zu haben. Beratungsinhalte, bei denen sich Mitarbeitende nicht sicher fühlen, können auch an externe Berater (z. B. Psychologen) delegiert werden.

In der pflegerischen Arbeit mit Menschen begegnen Mitarbeitende zwangsläufig auch

dem Thema Sexualität und haben die Aufgabe, das Thema in den Alltag zu integrieren und die Klienten bei der Suche nach ihrer sexuellen Identität zu unterstützen und ihnen für Fragen (z. B. Verhütung, körperliche Veränderungen) zur Verfügung zu stehen und auf Befindlichkeiten (z. B. Schamgefühl) Rücksicht zu nehmen. So kann beispielsweise die erste Regelblutung oder der erste nächtliche Samenerguss unaufgeklärte Jugendliche in Angst und Schrecken (z. B. schwer krank zu sein oder zu verbluten) versetzen. Es ist herauszufinden, ob Klienten (in bestimmten Lebensphasen oder grundsätzlich) gleichgeschlechtliche pflegerische Unterstützung wünschen.

Selbstbefriedigung

Fallbeispiel

Bezüglich der Selbstbefriedigung ihres 17-jährigen Sohnes mit Trisomie 21 berichtet eine Mutter wie folgt:

»Tim geht, wenn er aus der Werkstatt nach Hause kommt, stets zunächst in sein Zimmer, legt sich bäuchlings auf den Teppich und fängt an zu rütteln, zu stoßen, er macht beischlafähnliche Bewegungen. Mir ist klar, dass Tim sexuell erregt ist und sich befriedigen will, aber offensichtlich weiß er nicht, wie das geht. Schließlich bleibt er mit knallrotem Gesicht, atemlos, völlig verschwitzt erschöpft liegen. Noch eine Weile danach ist er schlecht gelaunt« (pro familia, 1998, S. 12).

Das Fallbeispiel verdeutlicht, dass Tim Hilfe braucht, um ein Methode der Selbstbefriedigung zu erlernen, die es ihm ermöglicht, diese lustvoll auszuleben. Dies gilt selbstverständlich auch für Mädchen und junge Frauen, die ihre Klitoris auch nicht immer auf Anhieb finden (vgl. pro familia, 1998, S. 12).

Selbstbefriedigung zu erlernen ist nicht nur von Bedeutung, weil darüber Lust emp-

funden und Aggressionen abgebaut werden können, sondern weil es für einige Menschen mit geistiger Behinderung der einzige Weg ist, sexuelle Befriedigung zu erlangen. Schließlich ist aufgrund vieler sexueller Barrieren (z. B. mangelnde Intimsphäre durch Heimunterbringung, Unterdrückung sexueller Ambitionen durch Eltern und Mitarbeitende) davon auszugehen, dass ein Teil der Menschen mit geistigen Behinderungen nie Geschlechtsverkehr haben kann.

Schwangerschaftsverhütung

Laut pro familia (1998) ist nicht zu erwarten, dass es schon recht bald nach Beginn der Pubertät zum ersten Geschlechtsverkehr kommt. Menschen mit geistiger Behinderung freuen sich im Allgemeinen recht lange Zeit über Zärtlichkeiten, sollten jedoch frühzeitig über die Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung aufgeklärt werden. »Wir können zumeist davon ausgehen, dass Menschen, die gelernt haben, einen Geschlechtsverkehr zu vollziehen, auch in der Lage sind, für eine Schwangerschaftsverhütung zu sorgen« (Stolp-Wagner, 2004).

Wobei davor gewarnt werden sollte, dass die diesbezügliche Anleitung so klausuliert erfolgt, dass der Klient sie dann doch nicht versteht. So wurde der Autorin von einem Klienten berichtet, dass ihm die Anwendung von Kondomen praktisch am Besenstil vorgeführt wurde. Kurz darauf kam es zur Schwangerschaft, obwohl der Besenstil mit übergezogenem Kondom neben dem Bett stand.

Sexueller Missbrauch

Mädchen, Frauen, Jungen und Männer mit geistiger Behinderung unterliegen einer höheren Gefahr, Opfer sexuellen Missbrauchs zu werden. Täter haben es leichter, die sexuelle Selbstbestimmung zu verletzen, wenn Opfer