

FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

# JUGENDSEXUALITÄT UND BEHINDERUNG

ERGEBNISSE EINER BEFRAGUNG AN  
FÖRDERSCHULEN IN SACHSEN

## STUDIE

---

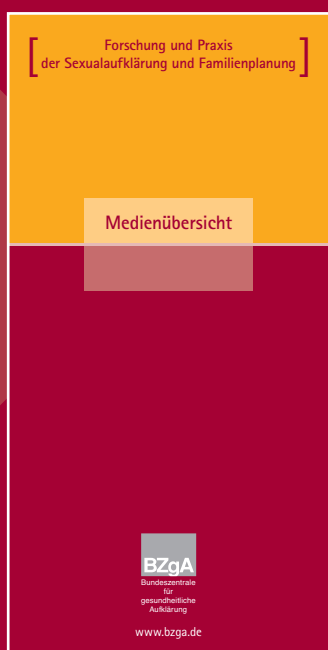
Herausgeberin: Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

## FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG

Die Fachheftreihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** dokumentiert Studien und Expertisen sowie Ergebnisse aus Modellprojekten. Die einzelnen Bände zeigen den aktuellen Forschungsstand sowie Entwicklungen und Tendenzen auf. Die Bandbreite der Themen reicht von der Aufarbeitung grundsätzlicher Fragestellungen über die Diskussion ausgewählter Einzelthemen bis hin zur Unterstützung der praktischen Arbeit. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wird sowohl Material für die Praxis als auch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung angeboten.

Die Ergebnisse ausgewählter Studien und repräsentativer Wiederholungsbefragungen sind teilweise auch in Kurzfassungen erschienen. In Sonderbänden werden die Ergebnisse von Tagungen und Kongressen dokumentiert.

Dieses Faltblatt gibt einen Überblick über die bisher erschienenen Bände der Reihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG**.



Die Publikation  
ist über folgende Adressen  
zu beziehen:

per Post            BZgA, 51101 Köln  
per Fax             0221 8992-257  
per E-Mail        order@bzga.de

Bestellnummer: 13300000

# **Jugendsexualität und Behinderung**

**Ergebnisse einer Befragung an  
Förderschulen in Sachsen**

**von Sabine Wienholz, Anja Seidel, Marion Michel, Martina Müller**

**Unter Mitwirkung  
von Monika Häußler-Sczegan, Christina Schiller**

**Gefördert und im Auftrag von der  
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Köln 2013**

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet unter <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-942816-24-3

Die Beiträge der Fachheftreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung geben die Meinung der Autorinnen und Autoren wieder, die von der Herausgeberin nicht in jedem Fall geteilt werden muss.

Die Fachheftreihe ist als Diskussionsforum gedacht.

**Herausgeberin:**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln

Tel. 0221 8992-0

[www.bzga.de](http://www.bzga.de)

[www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de)

[www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de)

**Redaktion:**

Angelika Heßling

**Lektorat, Konzept und Gestaltung:**

Kühn Medienkonzept & Design GmbH, Hennef

**Druck:** Rasch, Bramsche

**Auflage:** 1.1.04.13

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird von der BZgA gegen eine Schutzgebühr von 11 € abgegeben. Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin/den Empfänger oder Dritte bestimmt.

**Bestelladresse:**

per Post: BZgA, 51101 Köln

per Fax: 0221 8992-257

per E-Mail: [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de)

Bestellnummer: 13300036

# Inhalt

<b>Projektteam</b>	6
--------------------	---

<b>Vorwort</b>	7
----------------	---

<b>1 Einleitung</b>	8
---------------------	---

1.1 Forschungsstand und Forschungsbedarf	9
------------------------------------------	---

1.2 Forschungsanliegen und Fragestellungen	10
--------------------------------------------	----

1.3 Aufbau des Ergebnisberichts	12
---------------------------------	----

1.4 Wichtige Ergebnisse auf einen Blick	13
-----------------------------------------	----

<b>I Grundlagen</b>	19
---------------------	----

<b>2 Behinderungsspezifische lebensweltliche Hintergründe</b>	20
---------------------------------------------------------------	----

2.1 Körperbehinderung	26
-----------------------	----

2.2 Sinnesbehinderung	28
-----------------------	----

2.2.1 Sehbehinderung und Blindheit	29
------------------------------------	----

2.2.2 Hörbehinderung	31
----------------------	----

2.3 Förderschule versus Integrativschule	35
------------------------------------------	----

<b>3 Ausgangslage in Sachsen</b>	38
----------------------------------	----

3.1 Schwerbehinderte Jugendliche in der Statistik	38
---------------------------------------------------	----

3.2 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf	39
-------------------------------------------------------------------	----

3.3 Sexualekundeunterricht an Förderschulen in Sachsen	44
--------------------------------------------------------	----

<b>II Studiendesign und Ergebnisse</b>	51
----------------------------------------	----

<b>4 Methodische Umsetzung</b>	52
--------------------------------	----

4.1 Rekrutierung der Stichprobe	52
---------------------------------	----

4.2 Entwicklung des Fragebogens	54
---------------------------------	----

4.3 Durchführung der Befragung	56
--------------------------------	----

4.3.1	Erfahrungen in den jeweiligen Schulen	57
4.3.2	Strukturelle Probleme des Fragebogens	58
<b>4.4</b>	<b>Definition der Auswertungsgruppen</b>	<b>59</b>
<b>4.5</b>	<b>Empfehlungen für zukünftige Erhebungen</b>	<b>60</b>

## 5

<b>Ergebnisse im Detail</b>	<b>62</b>	
<b>5.1</b>	<b>Soziodemografie</b>	<b>62</b>
<b>5.2</b>	<b>Sexualaufklärung</b>	<b>65</b>
5.2.1	Subjektive Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit	65
5.2.2	Kommunikation über Sexualität	67
5.2.3	Quellen der Sexualaufklärung	68
5.2.4	Vertrauenspersonen und Aufklärungspersonen	73
5.2.5	Themen der Sexualaufklärung	76
5.2.6	Verhütungsberatung	85
<b>5.3</b>	<b>Erfahrungen mit der eigenen Körperlichkeit</b>	<b>88</b>
5.3.1	Körperbewusstsein	88
5.3.2	Sexuelle Reife	90
5.3.3	Besuch bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt	91
<b>5.4</b>	<b>Erfahrungen im sexuellen Bereich</b>	<b>93</b>
5.4.1	Formen sexueller Kontakte	93
5.4.2	Das erste Mal	106
5.4.3	Sexuelle Erfahrung	113
5.4.4	Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt	117
<b>5.5</b>	<b>Zukunftsperspektiven</b>	<b>119</b>
<b>5.6</b>	<b>Kinderwunsch</b>	<b>124</b>

## 6

<b>Ausgewählte Ergebnisse im Vergleich zu Jugendlichen ohne Behinderung</b>	<b>126</b>	
<b>6.1</b>	<b>Kommunikation über Sexualität</b>	<b>128</b>
<b>6.2</b>	<b>Vertrauenspersonen</b>	<b>129</b>
<b>6.3</b>	<b>Sexualaufklärung</b>	<b>130</b>
<b>6.4</b>	<b>Informationsbedarf</b>	<b>131</b>
<b>6.5</b>	<b>Verhütungsberatung und -empfehlung</b>	<b>132</b>
<b>6.6</b>	<b>Partnerschaft</b>	<b>132</b>

6.7	Das erste mal	133
6.8	Verhütungsverhalten	134
6.9	Kinderwunsch	136
6.10	Sexuelle Gewalt	137
<b>III Handlungsempfehlungen</b>		<b>139</b>
<b>7</b>	<b>Empfehlungen für Inhalte und die Bereitstellung von Aufklärungsangeboten</b>	<b>140</b>
7.1	Bedarfsgerechte Sexualaufklärung	141
7.2	Empfehlungen für Eltern und für die Arbeit mit Eltern	143
7.3	Empfehlungen für pädagogisches Personal	145
7.4	Empfehlungen für medizinisches und therapeutisches Personal	149
7.5	Empfehlungen für die Entwicklung barrierefreier Informationsmaterialien	150
<b>8</b>	<b>Empfehlungen für Wissenschaft und Politik</b>	<b>154</b>
8.1	Empfehlungen für die weitere wissenschaftliche Arbeit	154
8.2	Empfehlungen für die Politik	157
<b>IV Literatur</b>		<b>159</b>
<b>9</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>160</b>
<b>V Anhang</b>		<b>169</b>
<b>10</b>	<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>170</b>
<b>11</b>	<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>172</b>
<b>12</b>	<b>Fragebogen</b>	<b>176</b>
	<b>Online-Informationen zur Studie</b>	<b>211</b>
	<b>Publikationen und Online-Angebote der BZgA</b>	<b>212</b>

# Projektteam

## **Forschungsteam**

Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health (ISAP),  
Medizinische Fakultät, Universität Leipzig  
Projektleitung: Sabine Wienholz

## **Wissenschaftliche Mitarbeit**

Anja Seidel, Marion Michel, Martina Müller, Christina Schiller

## **In Kooperation mit**

Hochschule Mittweida, Fachbereich Soziale Arbeit, Rosswein  
Prof. Dr. Monika Häußler-Sczepan

## **Mit Unterstützung von**

Schulleitungen und Lehrkräften der sächsischen Förderschulen

## **Auftraggeberin**

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)  
Projektleitung und wissenschaftliche Beratung: Angelika Heßling



# Vorwort

„Sexualaufklärung und Behinderung“ ist seit 2010 ein neuer Arbeitsschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Grundlage ist ein Beschluss des Bundestages, zielgruppenspezifisches Aufklärungs- und Informationsmaterial zu erstellen und die Sexualaufklärung von Menschen mit Behinderungen verstärkt in den Fokus zu nehmen. Außerdem soll die Öffentlichkeit durch geeignete Kampagnen und Projekte für das Thema sensibilisiert werden. Zur Entwicklung und Bereitstellung von sexualpädagogischen Angeboten sowie zielgruppengerechter Sexualaufklärung sind wissenschaftlich abgesicherte Daten unerlässlich. Es gibt jedoch kaum Studien darüber, wie aufgeklärt Jugendliche mit Behinderung sind, wie sie das erste Mal erleben oder wie sie verhüten. Hier sind national und international erhebliche Forschungslücken zu verzeichnen.

Im Jahr 2010 gab die BZgA deshalb die Pilotstudie „Jugendsexualität und Behinderung“ in Auftrag. Zentrales Anliegen der Studie ist es, vorrangig Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen mit Behinderungen in Bezug auf Aufklärung, Sexualität und Verhütung zu analysieren und zu beschreiben. Von Dezember 2010 bis Mai 2011 wurden für diese Pilotstudie in Sachsen 169 Förderschülerinnen und -schüler mit Körper-, Hör- und Sehbehinderung befragt. Sie waren zwischen 12 und 18 Jahre alt. In Anlehnung an die Repräsentativbefragung zur Jugendsexualität der BZgA wurde nach den Maßgaben der Barrierefreiheit ein ähnlicher Fragebogen entwickelt. Mit diesem Instrument wurden Einstellungen und Kenntnisse zum Thema Sexualität, die jeweiligen aktuellen sexuellen Aktivitäten, die Art der Aufklärung in Elternhaus und Schule sowie Art und Grad der Verhütung erhoben.

Die in der vorliegenden Publikation dokumentierten Ergebnisse der Studie zeigen sowohl die Kompetenzen und Ressourcen als auch die Defizite der Jugendlichen mit Behinderung in Bezug auf Sexualaufklärung und Verhütung auf. Die Ergebnisse geben zahlreiche Anregungen für die Praxis. Perspektivisch leistet die Studie damit einen Beitrag zur Umsetzung der UN-Konventionen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen.

Im Frühjahr 2012 stellte das Forschungsteam die Ergebnisse im Rahmen einer Fachtagung in Leipzig vor. Zahlreiche Fachkräfte aus Beratungsstellen, Sexualpädagoginnen und -pädagogen, Lehrkräfte, Vertreterinnen und Vertreter von Verbänden, Politik und Wissenschaft sowie der beteiligten Schulen diskutierten die Ergebnisse der Pilotstudie und bestätigten sie. Die Vorträge und Zusammenfassungen der durchgeführten Workshops sowie Informationen zu den beteiligten Expertinnen und Experten finden sich online unter: [www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de).

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Köln 2013

# Einleitung

# 1

In der Vergangenheit galten „Behinderte“ häufig nicht als vollwertige Menschen – schon gar nicht in ihren verschiedenen sozialen Rollen. Noch bis in die 90er Jahre des letzten Jahrtausends herrschte vielfach die Auffassung, Menschen mit Behinderungen hätten keine gelebte Sexualität. Sie wurden als kindlich und unschuldig, als asexuell wahrgenommen.<sup>1</sup> Besonders Jungen und Männern mit Behinderung wurden mangelnde Triebkontrolle oder Sexbesessenheit zugeschrieben.<sup>2</sup> Was vorherrschte, war das Bild eines partnerlosen behinderten Menschen, der auf die Fürsorge seiner Herkunftsfamilie und/oder der staatlichen Gemeinschaft angewiesen ist, ohne selbst zur Fürsorge verpflichtet zu sein. Die Pädagogin und ehemalige leitende Direktorin des Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter Gisela Hermes sagte dazu in ihrer Dissertationsschrift:

*„Die Lebensbereiche Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft wurden Menschen mit Behinderung in der Vergangenheit abgesprochen bzw. vorenthalten, da eine Vermehrung der als gesellschaftliche Last empfundenen Personengruppe gesellschaftlich nicht erwünscht war.“<sup>3</sup>*

Die Literatur beschreibt häufig enge familiäre Bindungen zwischen behinderten Jugendlichen und ihren Eltern bis hin zur Überfürsorge und Infantilisierung.<sup>4</sup> Diese Überbehütung hat Folgen für die Entwicklung der jungen Menschen: Jugendliche, die sich überbehütet fühlten, berichten davon, weniger glücklich zu sein, weniger Selbstwertgefühl zu haben, weniger beliebt und ängstlicher zu sein.<sup>5</sup> All diese Faktoren beeinflussen den Umgang mit Sexualität, den Wissenserwerb, die Verarbeitung des Wissens und als Konsequenz das Sexualverhalten. Ein in diesem Zusammenhang stehender Aspekt ist die mangelnde soziale Integration in Peergroups. Fehlende

<sup>1</sup> Vgl. dazu auch Berman et al. 1999, Cheng/Udry 2002, Alemu/Fantahun 2011

<sup>2</sup> Alemu/Fantahun 2011

<sup>3</sup> Hermes 2003

<sup>4</sup> Stevens et al. 1996, Alriksson-Schmidt et al. 2010

<sup>5</sup> Stevens et al. 1996

soziale Integration als Repräsentant aller Aspekte von gleichaltrigen Beziehungen wird sogar als ein problematischer Gesundheitsfaktor gesehen.<sup>6</sup> Besonders für Menschen mit körperlichen Behinderungen ist es schwerer, soziale, intime und sexuelle Beziehungen aufzubauen und aufrechtzuerhalten.<sup>7</sup> Dazu kommt die pflegerische Abhängigkeit von anderen, die mit Grenzüberschreitungen wie Verletzungen der Intimsphäre verbunden sein kann.<sup>8</sup>

Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung sind Themen, mit denen sich Kinder und Jugendliche im Rahmen der Realisierung von Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz auseinandersetzen müssen. Für Mädchen und Jungen mit Behinderungen gestaltet sich diese Auseinandersetzung schwieriger, da sowohl die Bedingungen für die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts, die emotionale Lösung von den Eltern wie auch die Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit infolge der Behinderung erschwert sein können. Auch die Eltern selbst widmen diesen Bereichen der Entwicklung ihrer Kinder weniger Aufmerksamkeit als der schulischen und beruflichen Entwicklung.<sup>9</sup> Sigrid Arnade porträtiert in ihrem Buch „Weder Küsse noch Karriere“<sup>10</sup> zwölf behinderte Frauen. Gemeinsam ist ihnen, dass die Erziehung im Elternhaus für Mädchen mit Behinderungen offenbar unter dem Motto erfolgte: „Wenn schon kein Partner, dann wenigstens ein guter Beruf.“ Dabei spielen ambivalente Gefühle der Eltern eine große Rolle. Einerseits gehen vor allem Mütter behinderter Kinder davon aus, die wichtigste Bezugsperson für das Kind zu sein. Sie können nur schwer das Selbstständigwerden ihres Kindes akzeptieren. Andererseits besteht die Sorge, durch ein Enkelkind zusätzlich selbst belastet zu werden.

## 1.1 Forschungsstand und Forschungsbedarf

In der Vergangenheit gab es kaum Informationen über sexuelle Aktivitäten behinderter Jugendlicher, über deren Einstellungen und Kenntnisse zum Thema Sexualität sowie zum Einfluss von Art und Schwere der Behinderung auf die sexuelle Entwicklung. Erst durch den medizinischen Fortschritt in den letzten 40 Jahren stieg die Lebenserwartung von Menschen mit angeborenen Behinderungen, etwa Spina bifida<sup>11</sup> oder Mukoviszidose<sup>12</sup>, bis ins Erwachsenenalter. Dies erklärt die späte

**6** Stevens et al. 1996

**7** Wiegerink 2008

**8** Hermes 2003

**9** Michel/Häußler-Sczegan/Riedel 2003

**10** Arnade 1992

**11** Spina bifida: Spaltbildung der Wirbelsäule, die Querschnitts- oder Teillähmungen sowie Beeinträchtigungen der Motorik und Sensibilität verursachen und Auswirkungen auf das geistige Leistungsvermögen haben kann (vgl. Haupt 2006)

**12** Mukoviszidose (auch: zystische Fibrose): Stoffwechselerkrankung, die mit erhöhter Produktion und Zähflüssigkeit von Drüsensekreten (Bronchien, Verdauungstrakt) einhergeht. Dies kann zu Komplikationen im Bereich der Atmung und der Verwertung von Nahrung führen (vgl. Pschyrembel 2004: 570).

Wahrnehmung behinderter und chronisch kranker Menschen als sexuelle und fertile Wesen. Noch im Jahre 1976 schrieb Dorner:

*„Practically nothing is known of how adolescents with physical handicap face totally new issues of independence, work and sexual relationships.“<sup>13</sup>*

Nach wie vor gibt es national wie international nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Sexualität von Jugendlichen mit Behinderungen beschäftigen. Es existieren nur wenige zuverlässige Daten, da Betroffene meist von quantitativen Erhebungen ausgeschlossen blieben, bisherige Studien nur sehr kleine Fallzahlen aufweisen oder sich die Studien auf Menschen mit geistigen Behinderungen beschränkten.

Auch heute bleiben Jugendliche mit Behinderung noch immer größtenteils aus wissenschaftlichen, quantitativen, schriftlichen Erhebungen ausgeschlossen, da die Studiendesigns nicht barrierefrei sind. Menschen mit Sehbehinderungen können das Geschriebene nicht erkennen, Menschen mit Hörbehinderungen haben ein anderes Sprachverständnis als Hörende und können das Gelesene nicht interpretieren (z. B. den Begriff Sorgentelefon), und Menschen mit Lernschwierigkeiten verstehen komplexe Fragestellungen häufig nicht.

## 1.2 Forschungsanliegen und Fragestellungen

Ziel der vorliegenden, von der BZgA geförderten Studie ist es, mithilfe eines den Richtlinien der Barrierefreiheit entsprechenden Erhebungsinstruments eine Datenlage zu schaffen, auf deren Grundlage Aussagen zum Sexualwissen und Verhütungsverhalten bei Jugendlichen mit Behinderungen getroffen werden können. Dies ist anhand einer Erhebung an neun Förderschulen und zwei Berufsbildungswerken in Sachsen mit der Befragung von körper-, seh- und hörbehinderten Jugendlichen erfolgt. Grundlage der Befragung sollte der Fragebogen der Studie zur Jugendsexualität<sup>14</sup> der BZgA sein.

Die Studie kann damit einen Beitrag zur Entwicklung spezieller sexualpädagogischer Angebote leisten, die dem Bedarf von behinderten Jugendlichen gerecht werden und damit perspektivisch die Umsetzung der UN-Konventionen zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen unterstützen.

<sup>13</sup> Dorner 1976: 439

<sup>14</sup> Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-jährigen Jugendlichen und ihren Eltern, vgl. BZgA 2010

Schwerpunktmäßig wurden – wie bei der bundesweiten Jugendsexualitätsstudie – im Rahmen der vorliegenden Arbeit folgende Themen untersucht:

- Sexuaufklärung (Personen, Themen, Verhütungsmittelwissen)
- Körperliche Entwicklung (Körperbild, Menarche/Ejakularche)
- Sexuelle Aktivität (Petting, Geschlechtsverkehr, Bekanntheit des Partners, Erleben, Anzahl Partnerinnen/Partner)
- Kontrazeption (Maßnahmen, Anwendung, Beratung)
- Kinderwunsch
- Homosexuelle Erfahrungen
- Gewalterfahrungen

Konkret wurden eine Reihe von Forschungsfragen formuliert:

- In welcher Art und Weise erfolgt die Sexuaufklärung behinderter Jugendlicher? Welche Informationsquellen werden primär genutzt und wie äußert sich das konkrete Wissen innerhalb der verschiedenen Behinderungsgruppen?
- Lassen sich Besonderheiten hinsichtlich der körperlichen Entwicklung und der Selbstwahrnehmung bei Jugendlichen mit Behinderungen identifizieren?
- Welche sexuellen Erfahrungen berichten behinderte Jugendliche? Welche Angaben gibt es hinsichtlich Zeitpunkt, Zufriedenheit mit dem Zeitpunkt der sexuellen Erfahrung und Bekanntheit der Partnerin bzw. des Partners?
- Wie gestaltet sich das Kontrazeptionsverhalten von behinderten Jugendlichen in Bezug auf Umsetzung und Anwendungshäufigkeit?
- Welche Einstellungen vertreten behinderte Jugendliche in Bezug auf eine Schwangerschaft im Jugendalter? Wie äußert sich ihr Kinderwunsch, welche Erfahrungen werden berichtet?
- Welche Erfahrungen mit homosexuellen Kontakten werden berichtet?
- Gibt es Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt?

- In welcher Weise können die Ergebnisse in spezielle sexualpädagogische Angebote für den schulischen und außerschulischen Bereich umgewandelt werden, um dem Bedarf dieser Gruppen von Jugendlichen gerecht zu werden (z. B. Nutzung des Internets)?
- Lassen sich Konsequenzen für die Unterstützung der Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher für einen toleranten Umgang mit der Sexualität ihrer Kinder ableiten?

### 1.3 Aufbau des Ergebnisberichts

Der Ergebnisbericht gliedert sich in drei Teile. Im ersten Teil werden die Grundlagen der Studie dargestellt: → *Kapitel 2* geht auf die behinderungsspezifischen lebensweltlichen Hintergründe ein. Hier wird die aktuelle Sichtweise auf Behinderung skizziert, die sich im Laufe der Zeit verändert hat. Es wird dabei auf rechtliche Aspekte wie das Recht auf Teilhabe und allgemeine Gleichheitsgrundsätze eingegangen, aber auch die Sichtweise der Forschung beleuchtet. Darüber hinaus werden Besonderheiten der einzelnen Behinderungsarten dargestellt und unterschiedliche Beschulungsformen für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen diskutiert. → *Kapitel 3* befasst sich mit der Ausgangslage in Sachsen: Neben statistischen Angaben zu schwerbehinderten Menschen in Sachsen wird das sächsische Schulsystem vorgestellt und dabei auf die verschiedenen Schulformen für Schülerinnen und Schüler mit Sonderförderbedarf eingegangen.

Im zweiten Teil wird zunächst in → *Kapitel 4* das Studiendesign erläutert. Dabei wird insbesondere auch auf die Ausgestaltung des Fragebogens eingegangen, die sich am Bedarf von Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen orientierte. → *Kapitel 5* stellt die Ergebnisse der Auswertung im Detail vor, gegliedert nach den vorerwähnten Fragenkomplexen. In → *Kapitel 6* werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie vergleichbaren Ergebnissen bei nichtbehinderten Jugendlichen gegenübergestellt. Dazu wurde aus der bundesweiten Repräsentativbefragung der BZgA zur Jugendsexualität<sup>15</sup> die Teilstichprobe der Befragten in Sachsen herangezogen.

Im dritten Teil werden aus den Studienergebnissen Handlungsempfehlungen abgeleitet. → *Kapitel 7* gibt Empfehlungen für die Inhalte und die Bereitstellung von Aufklärungsangeboten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen und nimmt dabei die Eltern sowie pädagogische, medizinische und therapeutische Fachkräfte in den Blick. → *Kapitel 8* zeigt weitere Forschungsbedarfe zum Thema auf und spricht Empfehlungen an die Politik aus.

<sup>15</sup> BZgA 2010

## 1.4 Wichtige Ergebnisse auf einen Blick

Von Dezember 2010 bis Mai 2011 wurden im Rahmen dieser Studie 104 Schüler und 65 Schülerinnen mit Körper-, Hör- und Sehbehinderung zwischen 12 und 18 Jahren an neun Förderschulen und zwei Berufsbildungswerken in Sachsen befragt. Zum Einsatz kam ein Fragebogen, der unter Berücksichtigung der Anforderungen an die Barrierefreiheit entwickelt und vorab auf seine Eignung für Menschen mit unterschiedlichen Behinderungen getestet worden war. Er umfasste zum einen Fragen aus der Studie zur Jugendsexualität der BZgA,<sup>16</sup> zum anderen eine Reihe von behinderungsspezifischen Fragestellungen.<sup>17</sup> Nachstehend ein Überblick über die wichtigsten Ergebnisse:

### Sexualaufklärung

- Zwei Drittel der Jugendlichen fühlen sich aufgeklärt, wobei es den Mädchen schwerer fällt, ihr Wissen einzuschätzen. Die Schule als Vermittlungsinstanz sexualpädagogischer Inhalte agiert unabhängig von Geschlecht und Art der Behinderung der Jugendlichen an vorderster Stelle. Die weiteren Medien werden hingegen unterschiedlich intensiv genutzt, wobei ein Zusammenhang mit dem Behinderungsbild und der Zugänglichkeit des Mediums tendenziell erkennbar ist. Nach präferierten Aufklärungsformen gefragt, wünschen sich die befragten Jugendlichen in erster Linie Face-to-Face-Situationen, digitale Medien und Printmedien (insbesondere kostenlose Aufklärungshefte).
- Die schulische Sexualaufklärung wird klar von biologisch orientierten Themen dominiert; d. h., es wird vor allem über Aufbau und Funktionsweise der Geschlechtsorgane, körperliche Entwicklung, Menstruationszyklus, Schwangerschaft, sexuell übertragbare Krankheiten und Verhütung aufgeklärt. Deutlich seltener kommen sozial-ethische Themen sowie die Vielfalt der sexuellen Erscheinungsformen zum Tragen. Das Interesse der Befragten liegt verstärkt bei Themen, die im Unterricht nicht oder seltener behandelt wurden. →*Kapitel 5.2*

### Verhütungsberatung

- Mehr als die Hälfte der Jugendlichen hat im Elternhaus bereits Gespräche über Verhütung geführt. Kondom und Pille rangieren an erster Stelle bei den Verhütungsmittellempfehlungen; andere Verhütungsmittel werden im Elternhaus kaum diskutiert.
- Etwa jedes dritte Mädchen hat sich schon einmal von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen zu Verhütungsmethoden beraten lassen. Die Pille wurde

<sup>16</sup> BZgA 2010

<sup>17</sup> Näheres zum Studiendesign vgl. →*Kapitel 4*

von ärztlicher Seite über alle Altersgruppen hinweg empfohlen und ist damit die häufigste Empfehlung noch vor dem Kondom.

- Die „Pille danach“ als Art der Notfallverhütung ist einem Großteil der Jugendlichen mit Behinderungen bekannt. Sie erhalten die Informationen in erster Linie aus dem schulischen und familiären Kontext sowie den Medien. → *Kapitel 5.2.6*

### **Körperbild**

- Der Umgang und die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper werden von den Jugendlichen insgesamt recht positiv eingeschätzt. Insgesamt sind ältere Jugendliche etwas kritischer ihrem Körper gegenüber eingestellt als jüngere Befragte. Hörbehinderte haben unter den befragten Jugendlichen das positivste Körperbild, während Sehbehinderte am häufigsten mit ihrem Erscheinungsbild unzufrieden sind. Die Menarche erfolgt im Alter zwischen 10 und 15 Jahren, der Zeitpunkt konzentriert sich auf 12 und 13 Jahre. Die Ejakularche liegt zwischen dem 7. und 16. Lebensjahr, wobei knapp die Hälfte der Jungen die erste Ejakulation vor dem Erreichen des 15. Lebensjahres erlebte.
- Nur etwa jedes zweite Mädchen war bereits bei einer Gynäkologin oder bei einem Gynäkologen vorstellig, am seltensten Mädchen mit Körperbehinderung. Drei Viertel der Mädchen waren beim ersten Frauenarztbesuch 14 Jahre und älter. Als Anlass für den Besuch werden am häufigsten Fragen zu Verhütung angegeben, gefolgt von Menstruations- und Unterleibsbeschwerden. → *Kapitel 5.3*

### **Partnerschaft und sexuelle Aktivität**

- Zwei von fünf Jugendlichen haben aktuell eine feste Beziehung, ausgenommen die sehbehinderten Jungen, von denen nur ein knappes Viertel eine feste Freundin hat. Über zwei Drittel der Jugendlichen, die ihr erstes Mal schon hinter sich haben, haben aktuell eine feste Partnerin bzw. einen festen Partner.
- Der Anteil derjenigen, die noch keinerlei sexuellen Kontakt zum anderen (oder gleichen) Geschlecht aufgenommen hatten, beträgt etwa ein Viertel. Als Hauptgründe für sexuelle Unerfahrenheit rangieren an erster Stelle das Fehlen der richtigen Partnerin oder des richtigen Partners, gefolgt von der eigenen Schüchternheit und der Angst, etwas falsch zu machen.
- Etwa drei von vier Jugendlichen haben schon einmal geküsst. Sowohl ältere Mädchen als auch ältere Jungen haben signifikant häufiger Erfahrung mit Brust- und Genitalpetting als ihre jüngeren Geschlechtsgenossen.



- Etwa jeder Vierte der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen mit Behinderung hatte bereits Geschlechtsverkehr, in den Altersgruppen 15–18 Jahre liegt der Anteil bei etwa einem Drittel. Unter den Jungen gibt es etwa doppelt so viele mit Koituserfahrung wie bei den Mädchen.
- Den Anteil Gleichaltriger zu schätzen, die bereits sexuell aktiv sind, fällt Jugendlichen mit Behinderung nicht leicht. 14-Jährige und ältere – und hier insbesondere die Koituserfahrenen – neigen generell dazu, die Anzahl sexuell erfahrener Gleichaltriger zu überschätzen.
- Unabhängig von der Art der Behinderung hatte mehr als die Hälfte der Jungen in den letzten zwölf Monaten masturbiert. Bei den Mädchen liegt der Anteil unter 20 %.
- Etwa jedes fünfte Mädchen und jeder zehnte Junge mit Behinderung hat schon einmal Erfahrung mit homoerotischen oder homosexuellen Kontakten gesammelt.
- Die Jungen mit Behinderung werden tendenziell zeitiger sexuell aktiv als die Mädchen. Während Jungen den ersten Geschlechtsverkehr meist in einer festen Beziehung erleben, ist dies für die Mädchen keine zwingende Voraussetzung. In der Mehrheit der Fälle erfolgte der erste Geschlechtsverkehr auf beiderseitigen Wunsch hin und wurde als etwas Schönes erlebt. Über die Hälfte der Jugendlichen ist der Meinung, ihre ersten sexuellen Erfahrungen zum richtigen Zeitpunkt gemacht zu haben.
- Insgesamt war mehr als ein Zehntel der Jugendlichen mit Behinderung bereits von sexualisierter Gewalt betroffen. Mädchen trifft es doppelt so häufig wie Jungen, und hörbehinderte Jugendliche sind die am stärksten gefährdete Gruppe. Der Täter stammte meist aus dem nahen sozialen Umfeld. In den meisten Fällen konnte der Angriff abgewehrt werden. → *Kapitel 5.4.4*

### **Verhütung**

- Neun von zehn Jugendlichen haben beim ersten Mal verhütet. Zwei Drittel der Befragten verwendeten beim ersten Geschlechtsverkehr ein Kondom und knapp ein Drittel verhütete mit der Pille.
- Die wenigen Befragten, die beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet hatten, gaben als Gründe die Spontaneität der Situation an sowie Ängste, Kondome zu kaufen und das Thema Verhütung insgesamt anzusprechen. → *Kapitel 5.4.2*

- Beim jüngsten Geschlechtsverkehr hatte nur noch ein Drittel mit dem Kondom verhütet, dafür hat sich der Anteil derjenigen, die mit der Pille verhüteten, nahezu verdreifacht.
- Über die Hälfte der sexuell aktiven Jugendlichen achtet immer sehr genau auf die Verhütung einer Schwangerschaft, bei den 15-Jährigen jedoch nur knapp ein Drittel. → *Kapitel 5.4.3*

### **Zukunftsperspektiven und Kinderwunsch**

- Die berufliche Orientierung steht bei Jungen und Mädchen mit Behinderungen als zentrales Lebensziel an erster Stelle, gefolgt von einer eigenen Wohnung, der Existenz einer Partnerschaft und eines großen Freundeskreises. Die Realisierbarkeit der Ziele wird jedoch insgesamt geringer eingeschätzt als die Wertigkeit, insbesondere in den Kategorien Beruf, eigene Wohnung und finanzielle Absicherung. → *Kapitel 5.5*
- Die Vorstellung, jetzt schwanger zu werden bzw. ein Kind zu zeugen, kam für knapp die Hälfte der Jugendlichen einer Katastrophe gleich, besonders für die Mädchen. Hörbehinderte Mädchen stehen einer Schwangerschaft im Teenageralter noch am tolerantesten gegenüber. Im Vergleich zu den Mädchen sind die Jungen einer Schwangerschaft im Teenageralter gegenüber insgesamt positiver eingestellt. → *Kapitel 5.6*

### **Vergleich zu Jugendlichen ohne Behinderung**

- Bei der Vergleichsgruppe handelt es sich um in Sachsen wohnhafte Jugendliche der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre, die keine Förderschule besuchen. In der Stichprobenbeschreibung wird deutlich, dass die Jugendlichen ohne Behinderung im Durchschnitt älter sind und häufiger bei den leiblichen Eltern oder einem leiblichen Elternteil leben. → *Kapitel 6*
- Über Sexualität zu reden bereitet den meisten Jugendlichen mit und ohne Behinderung keine nennenswerten Probleme. Bei der Betrachtung nach Geschlecht wird deutlich, dass Jungen mit Behinderung im Vergleich zu den Jungen ohne Behinderung weniger Probleme haben, über Sexualität zu sprechen. Bei den Mädchen verhält es sich genau umgekehrt. Auch bei der Wahl der Vertrauenspersonen sind auf den ersten Blick keine deutlichen Unterschiede zwischen beiden Gruppen erkennbar. Der beste Freund oder die beste Freundin sind bei beiden Gruppen die wichtigsten Vertrauenspersonen, wenn es um sexuelle Fragen geht. An zweiter Stelle steht die Mutter, wobei die Mutter bei den Mädchen ohne Behinderung fast so häufig wie die beste Freundin genannt wird. → *Kapitel 6.1*

- Etwa ein Viertel der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen mit Behinderung und etwa vier von zehn der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne Behinderung haben den ersten Geschlechtsverkehr schon erlebt. Es sind deutliche Geschlechtsunterschiede zu erkennen. Unter den Jugendlichen mit Behinderung ist der Anteil der Koituserfahrenen unter den Jungen fast so hoch wie bei den Mädchen. Bei den nichtbehinderten Jugendlichen sind die Mädchen die sexuell Aktiveren. Auch bei der Angabe zum Alter beim ersten Mal werden Unterschiede zwischen den Gruppen deutlich. Bei den Jugendlichen ohne Behinderung waren drei Viertel über 15 Jahre alt, bei den Jugendlichen mit Behinderung etwas mehr als die Hälfte. → *Kapitel 6.7*
- Jugendliche mit Behinderungen zeigen beim ersten Mal ein ganz ähnliches Verhütungsverhalten wie Gleichaltrige ohne Behinderung. Über vier Fünftel der Jugendlichen mit Behinderung und ohne Behinderung haben beim ersten Mal verhütet. Am häufigsten wurde mit dem Kondom verhütet. Unter den Mädchen mit Behinderung waren es vier Fünftel, die mit Kondom verhüteten. → *Kapitel 6.8*
- Die Frage zum Kinderwunsch wird sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Untersuchungsgruppen sehr unterschiedlich beantwortet. Etwa neun von zehn nichtbehinderten Mädchen haben einen expliziten Kinderwunsch. Bei den Jugendlichen mit Behinderung möchte etwa jeder Fünfte zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder. Nur etwa halb so viele behinderte wie nichtbehinderte Jugendliche haben einen sicheren Kinderwunsch entwickelt. → *Kapitel 6.9*



# I

## *Grundlagen*

- 2** *Behinderungsspezifische lebensweltliche Hintergründe*
- 3** *Ausgangslage in Sachsen*

# Behinderungsspezifische lebensweltliche Hintergründe

*„Wie Behinderung definiert und wer als ‚behindert‘ bezeichnet wird, ist nicht nur eine Frage der wissenschaftlichen Kategorisierung. Das in einer Gesellschaft vorherrschende Verständnis von Behinderung hat Konsequenzen für die als ‚behindert‘ geltenden Frauen und Männer und ihre Lebensumstände. In der allgemeinen wissenschaftlichen Diskussion ist eine disziplinenübergreifende Entwicklung zu beobachten, die sich als Abkehr von einem rein medizinischen, defektorientierten Verständnis charakterisieren lässt und als eine Hinwendung zu einer Perspektive, die auch die Abhängigkeit von Gesellschaft und Umwelt einbezieht.“<sup>18</sup>*

Die Veränderung der Sichtweise auf Behinderung fand ihre rechtliche Fixierung mit Einführung der ICF<sup>19</sup> im Jahr 2000, dem SGB IX<sup>20</sup> und dem BGG<sup>21</sup>, wenngleich im Alltagsbewusstsein und auch bei Fachpersonal wie Medizinerinnen und Mediznern, Pädagoginnen und Pädagogen oder Mitarbeitenden in Jugend- und Sozialämtern oder Einrichtungen der Behindertenhilfe Elemente der defizitorientierten Sichtweise auf Behinderung noch immer anzutreffen sind. Die wissenschaftliche Analyse der veränderten Sichtweise auf Behinderung erfolgt vorrangig im interdisziplinären Bereich der Disability Studies. Sie beschreibt die Behinderung als soziales, kulturelles und historisches Konstrukt.<sup>22</sup> Erkenntnisse der Disability Studies bildeten nicht zuletzt die Grundlage für die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen.<sup>23</sup> In dieser Konvention wird Behinderung als eine Daseinsform menschlicher Vielfalt betrachtet und die Forderung nach einer inklusiven Gesellschaft gestellt. Nach den Zielen der Konvention soll jedem Menschen,

**18** Häußler/Wacker/Wetzler 1996: 19 ff.

**19** International Classification of Functioning, Disability and Health (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit)

**20** Neuntes Sozialgesetzbuch 2001

**21** Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen (Behindertengleichstellungsgesetz) 2002

**22** Waldschmidt/Schneider 2007

**23** UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen 2006

unabhängig von seiner Behinderung, die uneingeschränkte Teilhabe an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens ermöglicht werden, auch in den Bereichen Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft.<sup>24</sup>

Behindert zu sein hat für den betreffenden Menschen meist weitreichende Konsequenzen, die einerseits begründet sind in der Ursache, Art und Schwere der Behinderung und andererseits in den Lebensbedingungen des Menschen. Für Eltern bedeutet die Geburt eines behinderten Kindes oder der Eintritt einer Behinderung im Kindesalter infolge einer schweren Erkrankung oder eines Unfalls, dass der Wunsch nach dem „perfekten“ Kind nicht erfüllt wird. Für die nahe Zukunft stellt sich ihnen die Frage, wie sie selbst den Anforderungen der Betreuung des behinderten Kindes gewachsen sein werden, wie der Alltag organisiert werden kann usw. Für die fernere Zukunft treten dann Fragen in den Vordergrund, wie das Kind seinen Weg in die Welt der Erwachsenen finden kann und wo sein Platz in dieser Welt sein wird. Kinder mit Behinderungen werden sich in einer Umwelt entwickeln, die sich fördernd oder hemmend auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und auf die Art und Weise der Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft auswirkt. Gleichartige Behinderungen können infolge der konkreten Lebensbedingungen jedes einzelnen Menschen ganz unterschiedliche Auswirkungen auf die Realisierung von Teilhabechancen haben, denn Behinderung hat neben der biologisch-medizinischen auch immer eine kulturelle, historische und soziale Dimension.

Dieser lebensweltliche Ansatz, Behinderung zu definieren, betrachtet funktionale Einschränkungen eines Menschen nicht mehr vordergründig defizitorientiert, sondern beschreibt Ressourcen und Potenziale behinderter Menschen in der Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenswirklichkeit. Auch in der Kinder- und Jugendhilfe stellt die Lebensweltorientierung ein zentrales Paradigma dar.<sup>25</sup> Besonders unter dem Aspekt sozialer Ungleichheit und der daraus resultierenden ungleichen Entwicklungschancen erfasst der Begriff der Lebenswelt die Gesamtheit der kumulativ wirkenden fördernden und hemmenden Faktoren für die Sozialisation eines Kindes. Behinderung stellt dabei nur einen, wenngleich auch meist sehr wesentlichen Teil der Lebenswelt bzw. Lebenslage dar.

### **Definition Lebenswelt**

Die Lebenswelt ist zu verstehen als die subjektive Wirklichkeitskonstruktion eines Menschen, die dieser in seiner Lebenslage bildet. Dabei wird die Lebenslage definiert als materielle und immaterielle Lebensbedingungen eines Menschen.<sup>26</sup> In der Erziehungswissenschaft findet das Konzept der Lebensweltorientierung als eine Handlungstheorie zur Analyse und Strukturierung sozialer Arbeit Eingang mit dem

<sup>24</sup> Ebd., Artikel 23

<sup>25</sup> Achter Jugendbericht der Bundesregierung 1990

<sup>26</sup> Thiersch 1992

Blick auf gesellschaftliche Umbrüche und auf die Zunahme von Individualisierung und Pluralisierung.<sup>27</sup> Das Ziel einer lebensweltlich orientierten sozialen (und pädagogischen) Arbeit besteht darin, das Individuum zu befähigen, seine Ressourcen zu entwickeln und zu nutzen, um selbstbestimmt sein Leben gestalten zu können. Dieses Konzept des Empowerments gewinnt besonders im Hinblick auf die Arbeit mit behinderten Kindern und Jugendlichen große Bedeutung. „Handlungsziel einer sozialberuflichen Empowerment-Praxis ist es, Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrungen der eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können.“<sup>28</sup>

Thiersch<sup>29</sup> konstatiert, dass die Individuen im Alltag eine Vielzahl von Aufgaben bewältigen müssen, wozu auch das Leben mit einer Behinderung gehört. Der Alltag zeigt sich häufig als Balanceakt zwischen Bewältigen und Scheitern. Das Leben in gesellschaftlichen Strukturen bedingt, dass der Alltag immer auch als soziales Handeln verstanden werden muss. Im Rahmen des Alltags gibt es verschiedene Lebensfelder. Dazu gehören z. B. die Schule oder die Familie, in denen die Individuen ihre Erfahrungen sammeln und ihre Probleme meistern lernen. Nur über diese Erfahrungen kann ein Individuum sich in seiner Lebenswelt zurechtfinden. Dies gelingt umso besser, je mehr schwierige Alltagsprozesse bewältigt werden können.

Um Jugendliche beim Gelingen der eigenen Lebenswelt zu unterstützen, müssen im Sinne des Empowerment-Konzeptes z. B. Pädagoginnen und Pädagogen auf die individuellen Ressourcen zurückgreifen und mit den Akteuren der Lebenswelt zusammen neue Ressourcen aufbauen. So kann es Jugendlichen gelingen, ihr eigenes Lebenskonzept zu festigen und zu verwirklichen.

„Lebenswelt“ – so betonen Böhnisch und Münchmeier<sup>30</sup> – ist nicht nur ein natürlicher Raum, sondern hat auch eine symbolische Bedeutung. So werden die Abgrenzungs- und Zugehörigkeitsprozesse zu Gruppen, Subkulturen, Cliques und Szenen über den Sozialraum vermittelt und drücken sich in ihm symbolisch aus. Die Teilhabe an diesen Prozessen wird für behinderte Menschen entscheidend durch Barrieren bzw. Barrierefreiheit in ihrer materiellen und ideellen Umwelt beeinflusst. Die Inklusion oder Exklusion im sozialen Umfeld, insbesondere in der Peergroup, im Klassenverband, in der Schule und in weiteren sozialen Netzen, haben erheblichen Einfluss darauf, wie es behinderten Menschen gelingt, sich mit der eigenen Lebenssituation auseinanderzusetzen und Defizite zu kompensieren. Das gilt in besonderem Maß in der Zeit der Adoleszenz.

**27** Ebd.

**28** Herriger 2006: 19

**29** Thiersch 1992

**30** Böhnisch/Münchmeier 1993



## Identitätsentwicklung und Entwicklungsaufgaben

Die Suche nach der eigenen Identität, die Lösung aus der elterlichen Fürsorge und die schrittweise Realisierung der Entwicklungsaufgaben bestimmen den Übergang von der Kindheit in das Leben als erwachsener Mensch.<sup>31</sup> Die

*„Pubertät und die damit einhergehenden Veränderungen führen bei Mädchen und Jungen zwangsläufig dazu, den eigenen Körper neu wahrzunehmen und sich mit ihrer Körperlichkeit auseinanderzusetzen. Dies geschieht einerseits durch physische Vorgänge (Herausbilden der Geschlechtsmerkmale, erste Menstruation), andererseits gewinnen aber auch gerade in der Pubertät die Normen, das Aussehen betreffend, an Bedeutung.“<sup>32</sup>*

Diesen Normen können behinderte Jugendliche kaum entsprechen. Sie stehen damit vor vielfältigen zusätzlichen Herausforderungen, ihren spezifischen Weg bei der Bewältigung der Entwicklungsaufgaben zu finden.<sup>33</sup> Besonders die Akzeptanz der eigenen körperlichen Erscheinung, der Erwerb reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts, die Gewinnung emotionaler Unabhängigkeit von den Eltern, das Finden der eigenen Identität und die Aufnahme intimer Beziehungen können bei Jugendlichen mit Behinderungen deutlich erschwert sein.<sup>34</sup>

Behinderungsbedingte Einflüsse auf die erfolgreiche Realisierung dieser Entwicklungsaufgaben lassen sich auf unterschiedlichen Ebenen der Lebenswelt der Heranwachsenden finden, z. B.:

- **Identitätsfindung:** Einfluss durch Art und Schwere der Behinderung und die damit einhergehende Abweichung von geltenden Schönheitsidealen sowie durch die direkte oder indirekte Selbst- und Fremdwahrnehmung als sexuelles Wesen;
- **Mobilität:** Einfluss durch Art und Schwere der Einschränkungen der Mobilität und damit der Möglichkeiten, selbstständig Kontakte zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts sowie erste sexuelle Kontakte aufnehmen zu können;
- **Sozialisation:** Einfluss durch Erziehungsstil in der Familie und damit einhergehend auch die Vorbereitung auf Sexualität und Partnerschaft, verbunden mit Ängsten der Eltern vor negativen Einflüssen auf die oder den behinderten Jugendlichen und mit Vorurteilen bezüglich ihrer oder seiner Eignung für eine (Sexual-)Partnerschaft oder Elternschaft.

<sup>31</sup> Havighurst 1972, Dreher/Dreher 1985

<sup>32</sup> BZgA 2010: 92

<sup>33</sup> Vgl. Bretländer/Schildmann 2004

<sup>34</sup> Vgl. Arnade 1992, Hermes 2001, Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003, Levč 2005

- **Information:** Einfluss durch Art des Zugangs zu Informationen zum Thema Sexualität, Partnerschaft, Familienplanung, dem Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher z. T. geringere Bedeutung beimessen als Eltern nichtbehinderter Jugendlicher.<sup>35</sup> Im Rahmen einer Studie zur Situation behinderter und chronisch kranker Mütter in Sachsen zeigte sich, dass diejenigen Frauen, die ihre Informationen zum Thema Sexualität aus Büchern oder dem Internet bezogen hatten, häufiger eigene Kinder hatten als die Frauen, die durch die Eltern aufgeklärt wurden.<sup>36</sup> Das lässt vermuten, dass Informationen durch die Eltern vorrangig verhütungsorientiert erfolgen.

Eine Behinderung stellt immer einen Eingriff in die menschliche Integrität dar. Sie bedeutet eine andere Wahrnehmung und ein anderes Lebensgefühl als in einem Leben ohne Behinderung. Eine Behinderung besteht immer, sie ist in der Regel nicht reversibel. Die Beeinträchtigung ist jedoch nicht immer und grundsätzlich gleichzusetzen mit Leid. Kein Leben ist ausschließlich unter dem Blickwinkel des Leidens und Erduldens zu betrachten. Aber eine Behinderung ist ein „Platzanweiser in der Gesellschaft“<sup>37</sup> und oftmals als negatives Persönlichkeitsmerkmal definiert.

Das gilt in allen Lebensbereichen, aber vor allem im Bereich Arbeit und Einkommen sowie in Bezug auf Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft. Mädchen und Frauen mit Behinderungen erleben diese Ausgrenzungen und Verletzungen bezüglich ihrer Wahrnehmung als sexuelles Wesen noch deutlicher als Männer.<sup>38</sup> Zum Teil beginnen diese Erfahrungen bereits im Elternhaus. Die Themen Sexualität und Partnerschaft werden in der Sozialisation häufig ausgeklammert, meist aus dem Bedürfnis, das behinderte Kind besonders schützen zu wollen. Dieser Schutzinstinkt scheint auch die übergreifende Problematik über alle Behinderungsarten zu sein. Wenn ein Kind mit einer Behinderung geboren wird, sind für die Eltern alle Selbstverständlichkeiten und alle Erwartungen infrage gestellt.

Die Nichtrealisierung des Idealbildes des „Wunschkindes“ verunsichert Eltern – sie kann schockieren und traurig stimmen. Daraus resultiert das Streben nach Schutz und dem Fernhalten von Frustrationserlebnissen. Experimentierfelder für die Kinder sind infolge der eingeschränkten Mobilität und bestehender Barrieren begrenzt. Das erweist sich besonders fatal bei der Erprobung und Entdeckung der eigenen Sexualität. Eltern können dann kaum als beratende und unterstützende Partner angesehen werden. Gleichzeitig bestehen zu Freundeskreisen sowohl behinderter als auch nichtbehinderter Jugendlicher je nach Art und Schwere der Behinderungen nur eingeschränkte Kontakte.<sup>39</sup>

<sup>35</sup> Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

<sup>36</sup> Michel/Wienholz/Jonas 2010

<sup>37</sup> Vgl. Joester 1993

<sup>38</sup> Michel/Häußler-Sczepan 2005

<sup>39</sup> Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

Sexualität und der Wunsch nach Partnerschaft und Elternschaft sind für Frauen und Männer mit Behinderung von hoher Bedeutung. Das belegen zahlreiche wissenschaftliche Arbeiten und Berichte (meist) körper- oder sinnesbehinderter Frauen.<sup>40</sup> Das trifft auch auf geistig behinderte Frauen und Männer zu, denen allerdings sowohl bezüglich ihrer Eignung als Eltern als auch bezüglich ihrer Sexualität starke Vorbehalte entgegengebracht werden. Elternschaft und der Umgang mit Sexualität können aber selbst von Menschen mit geistigen Behinderungen erlernt werden.<sup>41</sup>

Heranwachsende mit Behinderungen benötigen dazu die Unterstützung ihres sozialen Umfeldes. Eltern sind, wie bereits dargestellt, mit dem Thema oft überfordert. Aus diesem Grund kommt schulischen und außerschulischen Angeboten große Bedeutung zu, um sowohl die Jugendlichen als auch ihre Eltern dabei zu unterstützen, Sexualität als wichtigen Lebensbereich anzuerkennen, anstatt Menschen mit Behinderungen als sexuelle Neutren zu betrachten und damit ihre Sexualität abzuwerten.

Eine Behinderung als Ergebnis eines Zuschreibungsprozesses<sup>42</sup> führt zwangsläufig zu einer Veränderung und damit zu einer Beeinträchtigung der Identität. Die Identität, auch die sexuelle, ist ein komplexes System von Fähigkeiten des modernen Menschen. So schreibt Goffman:

*„Die Gesellschaft schafft die Mittel zur Kategorisierung von Personen und den kompletten Satz von Attributen, die man für die Mitglieder jeder dieser Kategorien als gewöhnlich und natürlich empfindet. Die sozialen Einrichtungen etablieren die Personenkategorien, die man dort vermutlich antreffen wird. Die Routine sozialen Verkehrs in bestehenden Einrichtungen erlaubt es uns, mit antizipierten anderen ohne besondere Aufmerksamkeit oder Gedanken umzugehen.“<sup>43</sup>*

Im Kontext mit (sichtbarer) Behinderung erfolgt besonders in Bezug auf Sexualität und Attraktivität als Sexualpartner eine Stigmatisierung, die eine Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit deutlich erschweren kann. Die Furcht einer Person, andere könnten sie missachten wegen äußerlicher Merkmale, die sich an ihr zeigen, besteht nicht nur bei behinderten Menschen. Auch nichtbehinderte Menschen und darunter besonders Jugendliche empfinden die Situation als prekär. Eine latente Furcht vor Missachtung bewirkt, dass die betreffende Person in ihrem Kontakt mit anderen Menschen verunsichert ist. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit wird vor allem dann nicht reibungslos ablaufen, wenn zu den in der Adoleszenz

**40** Zum Beispiel: Rischer/Blochberger 2001, Arnade 1992, Finger 1992, Hermes 1998, Hermes 2004, Ohland/Niemzig 2002, Levc 2008

**41** Pixa-Kettner/Bargfrede/Blanken 1996, Pixa-Kettner 2006, Achilles 2010

**42** Vgl. Goffman 1975

**43** Goffman 1975: 10

typischen Verunsicherungen weitere Probleme hinzukommen durch sichtbare Merkmale (z. B. auffälliges Gangbild, Entstellungen im Gesicht) oder Abweichungen im Verhalten (z. B. infolge einer Hörschädigung, Sprachstörung oder psychischen Beeinträchtigung). Wichtig für die Wahrnehmung einer Behinderung – auch für die Wahrnehmung durch nichtbehinderte Personen – ist die Visibilität, die Sichtbarkeit der Behinderung.<sup>44</sup> Körperbehinderungen und Sehbehinderungen sind sichtbar, die Hörbehinderung ist unsichtbar, sichtbar sind hier bestenfalls Hilfsmittel. Das hat Auswirkungen auf die Identitätsentwicklung und damit auch auf die Entwicklung der Sexualität behinderter Jugendlicher.

## 2.1 Körperbehinderung

Unter dem Begriff der Körperbehinderung wird ein breites Spektrum funktionaler Einschränkungen unterschiedlichster Genese subsumiert. Sie reichen vom Verlust oder von Einschränkungen der Funktionsfähigkeit der Extremitäten, der Wirbelsäule, des Rumpfes bis hin zu chronischen inneren Erkrankungen. Ebenso differenziert zeigt sich das Ursachengefüge. Es reicht von genetisch bedingten über geburtstraumatische bis hin zu krankheits- oder unfallbedingten Ursachen. Waldschmidt und Schneider<sup>45</sup> sehen den Körper – im Rahmen körpersoziologischer Überlegungen – als Ausgangs- und Ansatzpunkt und betonen, wie der eigene Körper gerade dann als Grenze erlebt werden kann, wenn er behindert bzw. in seinen Funktionen eingeschränkt ist.

Sexuelles Handeln ist jedoch Körperhandeln und von bestimmten Fähigkeiten „abhängig“. Körperbehinderung besitzt also für die Entwicklung der Sexualität und sexueller Aktivitäten in doppelter Hinsicht Bedeutung, einmal in Bezug auf die Wahrnehmung der Person als sexuelles Wesen, zum anderen in Bezug auf die körperlichen Voraussetzungen, sexuelle Aktivitäten ausüben zu können. Für Jugendliche mit einer Körperbehinderung erscheinen deshalb in erster Linie folgende Fragen von zentraler Bedeutung für die Entwicklung ihrer Sexualität:

- Welches Körperschema habe ich, wie nehme ich meinen Körper wahr, welche Einstellung habe ich und haben andere zu meinem Aussehen und zu meinen körperlichen Funktionen?
- Wie sind die Reaktionen auf mich vor dem Hintergrund gängiger Vorstellungen von Schönheit oder Attraktivität?

<sup>44</sup> Goffman 1975

<sup>45</sup> Waldschmidt/Schneider 2007

- Wie sind meine motorischen und physiologischen Möglichkeiten und Fähigkeiten (z. B. bezüglich Selbstbefriedigung)?
- Wie schätze ich meine eigenen Möglichkeiten ein?
- Wie passt das in ein gesellschaftliches Leistungsdenken – auch in Bezug auf Sexualität?

Neben den genannten Auswirkungen der Stigmatisierung (sichtbar) behinderter Menschen spielen Erfahrungen mit dem eigenen Körper eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, diesen Körper selbst annehmen zu können. Eine Körperbehinderung geht oftmals mit Operationen, Eingriffen und anderen medizinischen Maßnahmen einher. Diese sind mit Ängsten, Schmerzen und negativen Körperwahrnehmungen einerseits, Erwartungen und Hoffnungen andererseits verbunden und zeitaufwendig. Werden aufwendige Pflegeleistungen notwendig, erleben körperbehinderte Mädchen und Jungen häufig Verletzungen der Schamgrenzen und Tabubrüche. Der eigene Körper wird also weniger lustvoll erfahren als vielmehr mit physischen und psychischen Verletzungen verbunden.

Bei der Bewältigung der mit der Behinderung des Kindes verbundenen Herausforderungen fällt die elterliche Sexualerziehung und auch die Auseinandersetzung der Mädchen und Jungen mit ihrem Körper dabei oft „hinten runter“ – Zeit und der Raum stehen dafür nicht in ausreichendem Maß zur Verfügung. Hinzu kommt, dass Eltern körperbehinderter Kinder in Bezug auf die Themen Geschlechtlichkeit, Sexualität, Schwangerschaft etc. oftmals verunsichert sind und nicht wissen, was sie dem eigenen Kind zutrauen können.

Schließlich spielen auch Umweltfaktoren eine wichtige Rolle dabei, ob körperlich behinderte Jugendliche im Zuge der Realisierung der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz selbstständig Kontakte zu Jugendlichen beiderlei Geschlechts aufnehmen und ihre sexuelle Identität entwickeln können. Besonders bei behinderungsbedingter eingeschränkter Mobilität oder/und ungünstigen Umweltbedingungen (z. B. fehlende Barrierefreiheit in öffentlichen Verkehrsmitteln) haben Jugendliche kaum Möglichkeiten, außerhalb der Lebenswelt Schule Erfahrungen mit Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts zu sammeln und sich so mit ihrer eigenen Sexualität und ihrer Wahrnehmung als sexuelle Wesen auseinanderzusetzen.<sup>46</sup> Ortland und Czerwinski beschreiben die Situation wie folgt:

*„Kinder und Jugendliche mit körperlicher Schädigung haben häufig aufgrund ihrer Schädigung keine, nur eingeschränkte oder veränderte Möglichkeiten, sexuelle Erfahrungen zu machen. Sie haben oft nur mangelnde Möglichkeiten, den eigenen Körper als schön und lebenswert zu erfahren.“*

<sup>46</sup> Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

*Stattdessen ist ihr Körper Gegenstand oft schmerzhafter medizinischer Untersuchungen oder korrigierender physiotherapeutischer Maßnahmen. Die Erkundung des eigenen Körpers und seiner lustvollen Möglichkeiten ist ihnen oft aufgrund ihrer motorischen Einschränkung nicht oder kaum möglich.“<sup>47</sup>*

## 2.2 Sinnesbehinderung

Menschen, die gut sehen und hören können, haben oft die Vorstellung, dass gerade Sinnesbehinderte die Beeinträchtigung eines Sinnes mithilfe der anderen Sinne kompensieren. Das ist zwar nicht falsch, aber auch keine ausreichende Beschreibung des Wahrnehmungsempfindens von Sinnesbehinderten. Die Wahrnehmungs- und Vorstellungswelt eines sinnesbehinderten Menschen ist eine ganz andere, vor allem für Menschen, die blind oder gehörlos geboren wurden, aber auch für spät Erblindete oder Ertaubte. Bestimmten sinnlichen Vorstellungen wie Farben oder Klängen wird eine andere Bedeutung zugemessen: z. B. eine Wärme- oder Kälteempfindung für bestimmte Farben oder das Wahrnehmen von Musik über Vibrationen von Bauch oder Nase. Taktile Reize oder Gerüche gewinnen ebenso eine besondere Bedeutung bei der Wahrnehmung der Umwelt. Für die Entwicklung sinnesbehinderter Kinder und Jugendlicher ist also die Förderung der Fähigkeit, über andere Sinne die Umwelt zu erschließen, besonders wichtig. In den Richtlinien des Verbandes Förderpädagogik, Förderschwerpunkt Sehen, heißt es dazu:

*„Die individuell abgestimmte Förderung zielt auf die Überwindung von Abhängigkeiten und Hemmnissen, damit Kinder und Jugendliche das Spektrum ihrer Wahrnehmungs- und Lernmöglichkeiten aktiv erweitern und Selbstbewusstsein und Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten erwerben können.“<sup>48</sup>*

Lernen mit allen (verfügbaren) Sinnen bildet eine Grundlage dafür, dass sich sinnesbehinderte Jugendliche mit ihrer Behinderung auseinandersetzen, behinderungsbedingte Einschränkungen bewältigen und ihren Platz in der Gesellschaft finden können.

<sup>47</sup> Ortland/Czerwinski 2009: 7

<sup>48</sup> Sonderpädagogik e. V. 2001

## 2.2.1 Sehbehinderung und Blindheit

Sehbehinderungen stellen eine Beeinträchtigung der visuellen Wahrnehmung dar. Die Verringerung der visuellen Wahrnehmung basiert auf einer Schädigung des Sehorgans oder der Verbindung zwischen dem Auge und dem Gehirn, wobei Blindheit ein Restsehvermögen auf dem besseren Auge von weniger als 0,02 (1/50) der normalen Sehschärfe (maximal-hell-dunkel-Wahrnehmung) oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf weniger als fünf Grad bedeutet. Eine hochgradige Sehbehinderung besteht dann, wenn die Sehschärfe auf keinem Auge und auch nicht bei beidäugiger Prüfung mehr als 0,05 (1/20) beträgt.<sup>49</sup>

Sehschädigungen haben sehr vielfältige Ursachen und gehen überwiegend mit einer allmählichen Verschlechterung des Sehvermögens einher. Nach Renz-Polster et al.<sup>50</sup> werden pro Jahr

*„in Deutschland rund 150–200 Kinder mit einer angeborenen Blindheit und rund fünfmal so viele mit einer hochgradigen Sehbehinderung geboren.“*

Ebenso wie bei Hörbehinderungen erweist sich die Datenlage zum Anteil sehbehinderter Kinder und Jugendlicher als unzureichend, da in der offiziellen Statistik jeweils die schwerste Behinderung angegeben wird und Sehschäden nur unzureichend abgebildet werden.

Obwohl die meisten sehgeschädigten Jugendlichen sehbehindert oder hochgradig sehbehindert sind,<sup>51</sup> wird blinden Jugendlichen in der Literatur viel mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Auch im pädagogischen Alltag gelten Sehbehinderte üblicherweise als unproblematischer als Blinde. Röder<sup>52</sup> beschreibt, dass im Allgemeinen angenommen wird, dass die Probleme sehbehinderter Menschen an die Größe des Sehrestes gekoppelt sind. Diesem Verständnis nach bedeutet Blindheit (kein Sehrest) ein großes Problem und eine geringe Bewältigung. Umgekehrt impliziert ein großer Sehrest ein kleines Problem und eine maximale Bewältigung der Situation.

Diese einfache Gleichung vernachlässigt die Differenziertheit von Sehbehinderungen bezüglich ihrer Progredienz, der ästhetischen Beeinflussung oder der jeweiligen Lebens- und Umweltbedingungen und der Verarbeitung der Situation. Die individuelle Verarbeitung und Akzeptanz der Behinderung wird in der Literatur als phasenhafter Verlauf beschrieben, ein Mechanismus, der sich auch auf die Verarbeitungsprozesse bei anderen Behinderungsarten anwenden ließe.<sup>53</sup> Röder<sup>54</sup> verweist

**49** Anhaltspunkte Versorgungsmedizinische Grundsätze 2009

**50** Renz-Polster et al. 2006

**51** Vgl. Hudelmayer 1986

**52** Röder (o. J.)

**53** Vgl. Glofke 1983, Tuttle 2004, Suhrweier 1989

**54** Röder (o. J.)

auf die eindimensionale Sichtweise dieser Modelle, die außer Acht lassen, dass ein progredienter Verlauf der Behinderung oder sich verändernde Umweltbedingungen immer wieder neue Auseinandersetzungen mit der Behinderung erfordern. Veränderungen der Lebensbedingungen (z. B. Schulwechsel auf eine Förderschule) oder soziale Unterstützungssysteme (Familie, Peergroup, Pädagogen) können in solchen Auseinandersetzungsphasen unterstützend wirken.

Die Anwendung von Hilfsmitteln macht die Behinderung sichtbar. Die Akzeptanz des Hilfsmittels für die Korrektur der Sehschädigung kann andererseits negativ beeinflusst werden durch erfahrene Diskriminierungen.<sup>55</sup> Ausgrenzungen infolge der sichtbaren Behinderung führen zu Verletzungen der oder des Heranwachsenden, die besonders in der Adoleszenz negative Auswirkungen haben und zum Rückzug aus der (nichtbehinderten) Peergroup führen können. Möglicherweise wird in der Folge der erlebten Ausgrenzung die Sehhilfe aus ästhetischen Gründen nicht getragen. Der Rückzug in eine Förderschule kann dann sogar als hilfreich erlebt werden. Als Konsequenz führt dies jedoch zu einer Trennung von Freunden oder Geschwistern, die als unterstützende Netzwerke fungieren könnten. Akzeptanz ist also kein einheitlicher Vorgang, sondern typischerweise etwas Ambivalentes, wobei Fortschritte und emotionale Einbrüche gleichzeitig auftreten können. Das gilt besonders in der Zeit der Adoleszenz, in der die Selbst- und Fremdwahrnehmung stark auf die körperliche Erscheinung fokussiert und mit der Aktivierung sehr heftiger Emotionen einhergeht.<sup>56</sup>

Eine sehr wesentliche Entwicklungsaufgabe in der Adoleszenz ist es, den eigenen Körper und damit auch das eigene Erscheinungsbild zu akzeptieren.<sup>57</sup> Die Sehbehinderung als im Gesicht erkennbare Behinderung, die möglicherweise gerade in dieser sensiblen Lebensphase mit einer weiteren Verschlechterung des Sehvermögens einhergeht, erschwert die Realisierung dieser Aufgabe. Dies gilt umso mehr, wenn den Betroffenen klar ist, dass die Sehschädigung nicht nur eine vorübergehende Erscheinung der Pubertät ist, sondern lebensbegleitend wirksam bleibt.

Auch die anderen Entwicklungsaufgaben werden durch die Sehschädigung nachhaltig beeinflusst. Der Ablösungsprozess aus dem Elternhaus erfolgt erschwert bei eingeschränkter Mobilität. Die Kontaktaufnahme zu Gleichaltrigen bleibt begrenzt infolge eingeschränkter Mobilität und hoher zeitlicher Belastungen z. B. durch lange Schulwege zur Förderschule. Begegnungsräume für Jugendliche wie Clubs, Diskotheken oder Kinos sind für hochgradig sehbehinderte Jugendliche schwer erreichbar. Die Kontaktaufnahme per Blickkontakt ist infolge der Sehschädigung ebenso erschwert wie die Wahrnehmung der Blicke anderer.<sup>58</sup>

**55** Vgl. Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

**56** Röder o. J.

**57** Vgl. Havighurst 1972, Dreher/Dreher 1985

**58** Vgl. Prerowsky 1996, Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003



Ähnlich wie körperlich behinderte stehen sehbehinderte Jugendliche somit bei der Entwicklung ihrer Sexualität vor dem Problem ihrer Wahrnehmung und Akzeptanz als sexuelle Wesen, besonders dann, wenn ästhetische Auswirkungen der Behinderung bestehen.

Darüber hinaus verweist Prerowsky<sup>59</sup> auf zwei weitere Problemfelder: die Vorbereitung auf Kontakte zu möglichen Sexualpartnern und die Kommunikation. Eine selbstständige Betonung oder Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes z. B. durch Schminken wird erschwert bis unmöglich. Deshalb verzichten sehbehinderte Mädchen und Frauen eher darauf. Bedingt durch die Sehbehinderung erfolgt die Kommunikation vorrangig verbal oder taktil. Das kann zu erheblichen Missverständnissen führen bzw. in einer lauten Umgebung (z. B. Diskothek) erschwert bis unmöglich werden.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass eine Sehbehinderung ähnlich einer Körperbehinderung infolge der Sichtbarkeit und der damit verbundenen Verhaltensweisen die Entwicklung der sexuellen Identität sowie sexuelle Erfahrungen erheblich erschweren kann.

### 2.2.2 Hörbehinderung

Eine Beeinträchtigung des Hörens stellt ein weiter verbreitetes Phänomen dar, als gemeinhin angenommen wird, wobei die Ursachen dafür sehr vielfältig sein können. Der Anteil hörgeschädigter Personen nimmt mit dem Lebensalter zu. Mit dem Neugeborenen-Hörscreening besteht seit 2009 die Möglichkeit, Hörschädigungen frühestmöglich zu erkennen und zu therapieren. Vorliegende Daten weisen eine Inzidenz von zwei bis drei Kindern je 1.000 Neugeborene aus.<sup>60</sup> Aussagen für die über 14-jährige Bevölkerung basieren auf einer ersten wissenschaftlichen Analyse von Sohn und Joergenshaus.<sup>61</sup> Danach leben in Deutschland 19% der über 14-jährigen Bevölkerung mit einer Hörschädigung, das sind 13,3 Millionen Menschen. Rund eine Million davon zählen als hochgradig schwerhörig und 213.000 Personen sind gehörlos oder an Taubheit grenzend schwerhörig.

<sup>59</sup> Prerowsky 1996

<sup>60</sup> Deutsche Kinderhilfe e. V. (o. J.)

<sup>61</sup> Sohn/Joergenshaus 2001

Dennoch wird das „andere Hören“ gesellschaftlich deutlich unterschätzt bzw. bei weitem nicht ausreichend thematisiert. Und

*„(...) es gibt in der Literatur nahezu keine andere Gruppe, die in der Vergangenheit im Zusammenhang mit ihrem Handicap – nämlich nicht oder nicht gut hören zu können – so stark stigmatisiert worden ist wie die Gruppe der hörbehinderten, insbesondere die Gruppe der gehörlosen Menschen.“<sup>62</sup>*

Die Ohren sind als Empfänger ein wichtiges Glied in der Kommunikationskette. Sie stellen in einer stark lautsprachlich orientierten Welt in der Regel den Kontakt zu anderen Menschen her. Denn die menschliche Verständigung läuft zu einem großen Teil über gesprochene Sprache ab und deren Verständnis ist an das Hören gebunden. Wird diese Verbindung gestört, hat das schwerwiegende Konsequenzen. Das Hören ist die komplizierteste Sinnesfunktion des Menschen. Ein Hörhandicap ist nicht sichtbar, aber wahrnehmbar und evident.

Gehörlose Menschen definieren sich als Angehörige einer sprachlichen und kulturellen Minderheit – sie sind weder behindert noch krank. Ihre Muttersprache ist die Gebärdensprache. Die Geschichte sowie die Kultur der Gehörlosen unterscheiden sich von der Geschichte und der Kultur der „Hörenden“. Die beiden „Welten“ der Hörenden und der Gehörlosen nähern sich nur sehr langsam einander an. Die Annäherung geschieht u. a. auch dadurch, dass durch den medizinisch-technischen Fortschritt die Gruppe der „lautsprachlich kommunizierenden Gehörlosen“ wächst, also z. B. die Gruppe der Kinder, Jugendlichen und Erwachsenen, die ein Cochlear-Implantat<sup>63</sup> tragen und sich lautsprachlich und oftmals auch gebärdensprachlich verständigen. Eine kleine Gruppe stellen bundesweit ca. 3.000 bis 6.000 taubblinde Menschen dar<sup>64</sup> – sie haben wieder eigene Kommunikationssysteme.

Die weitaus größte Gruppe der Hörbehinderten bilden die so genannten Schwerhörigen und Ertaubten, die in der Regel in der Lautsprache kommunizieren und im Gegensatz zu Gehörlosen keine Gebärdensprachler sind. Ertaubte Menschen benutzen eher die lautsprachebegleitende Gebärde.

Je komplexer die Schädigung, desto weniger kann sie durch Hörhilfen kompensiert werden und auch das Tragen eines Hörgerätes oder eines Cochlear-Implantats bedeutet nicht, dass auf besondere Rücksicht verzichtet werden kann.

<sup>62</sup> Hintermair 2005: 17, vgl. dazu auch Grohnfeldt 1976

<sup>63</sup> Ein Cochlear-Implantat (CI) ist eine Hörprothese, die bei Innenohrschwerhörigkeit mit intaktem Hörnerv und intakter Funktion der Hörbahn angewendet werden kann. Es handelt sich um einen elektronischen Empfänger, der in das Innenohr implantiert wird.

<sup>64</sup> Behindertenbeauftragte Bayern 2011

Sonderschulen für Hörgeschädigte sind ausgesprochen heterogen besetzt – verschiedene Gruppen hör- und sprachgeschädigter Kinder und Jugendlicher, auch mit Lernschwierigkeiten und/oder Verhaltensproblemen, besuchen eine Klasse. Dazu gehören auch Kinder und Jugendliche mit einer auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung oder zentralen Hörstörung.<sup>65</sup> Kinder und Jugendliche mit auditiver Wahrnehmungsstörung haben also ein normales Gehör, Auffälligkeiten zeigen sich bei Aufgaben, die Anforderungen an höhere auditive Verarbeitungsebenen stellen. Kennzeichnend ist, dass sie oft Mühe haben, Gehörtes aufzunehmen und zu speichern und sich oft mehrteilige Anweisungen nicht merken können. Sie hören schlechter bei Hintergrundgeräuschen, verwechseln unterschiedlich klingende Wörter und sind teilweise überempfindlich gegenüber Lärm. Außerdem haben sie oft Schwierigkeiten, Schallereignisse differenziert wahrzunehmen, weiterzuleiten und deren Bedeutung zu verstehen und einzuordnen. Die Diagnostik erfolgt mittels eines Screenings bei der Pädaudiologin bzw. beim Pädaudiologen.<sup>66</sup>

Durch mehr und bessere Hilfsmittel wächst die Gruppe der eher schwerhörigen Jugendlichen, die vornehmlich lautsprachlich oder bilingual kommunizieren. Bemerkenswert ist auch, dass in den Schulen für Hörgeschädigte eine Zunahme von Schülern mit Lern- und Verhaltensproblemen zu beobachten ist. Die heterogene Zusammensetzung der Klassen verlangt somit eine Anpassung an die verschiedenen sprachlichen und kulturellen Zugänge unter Wahrung der spezifischen Wahrnehmungsbedingungen. Unter dieser Voraussetzung bekommt die bilinguale Erziehung, also Kommunikation in Gebärdensprache und Lautsprache, ihren ausgewiesenen Stellenwert.

Für Jugendliche mit einer Hörbehinderung ist die Identifikation mit einer kulturellen und sprachlichen Zugehörigkeit von immenser Bedeutung. Identitätsentwicklung vollzieht sich zu einem großen Teil über den Gebrauch einer gemeinsamen Sprache. Für ein Gefühl von Identität sind soziale Anerkennung und Zugehörigkeit Grundvoraussetzungen.

**65** Unter einer auditiven Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung oder auch zentralen Hörstörung wird eine Störung in der Verarbeitung des Gehörten verstanden, obwohl das periphere Hören intakt ist. Ursachen für eine auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung können häufige Mittelohrergüsse im Kleinkindalter oder auch eine frühkindliche Hirnschädigung sein.

**66** Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Bei der Entwicklung des Selbstkonzepts von hörgeschädigten Jugendlichen stellte u. a. Hintermair<sup>67</sup> fest, dass Jugendliche mit einer offenen Orientierung, die sich in der Welt der Hörenden ebenso wie in der Welt der Hörgeschädigten zurechtfinden und die bilingual kommunizieren können, insofern profitieren, als sie über ein Repertoire angemessener Verhaltensweisen und eine erhöhte soziale Flexibilität verfügen. Diese Fähigkeiten wirken sich auch auf die Entwicklung einer positiven sexuellen Identität aus.

Für die Annahme, dass Schüler mit Hörschädigung früher und häufiger sexuelle Erfahrungen machen als andere Jugendliche mit Behinderung, könnten folgende Ursachen zugrunde gelegt werden:

- In der Gebärdensprachgemeinschaft herrscht eine körperbezogene Kultur. Zur Kommunikation gehört, sich anzufassen und mit dem ganzen Körper zu sprechen. Das kann auch zu einem offeneren Umgang mit Sexualität führen.
- Jugendliche mit einer Hörbehinderung haben keine motorischen Funktionseinschränkungen und sie sind genauso mobil wie gut hörende Jugendliche. Kontakte zu Gleichaltrigen und erste sexuelle Kontakte können unbeeinflusst von Transportmöglichkeiten aufgenommen werden, seh- und körperbehinderte Jugendliche sind hingegen oft auf Fahrdienste der Eltern angewiesen.
- Beziehungen werden gern in der eigenen Peergroup gesucht (und auch gefunden). Jugendliche mit Hörschädigung verbringen viel Zeit mit ihren Peers, z. B. auf Gruppenreisen oder in Zeltlagern, wobei auch diese Gruppen mittlerweile stark heterogen besetzt sind.

Michel et al.<sup>68</sup> konnten nachweisen, dass hörbehinderte Jugendliche im Gegensatz zu körper- und sehbehinderten Jugendlichen über deutlich größere Freundeskreise verfügten als Jugendliche der beiden anderen Gruppen, wobei „Freund“ offensichtlich als „Angehöriger der Gebärdensprachgemeinschaft“ definiert wird. Außerdem erleben besonders stark hörgeschädigte Kinder eine frühzeitige Institutionalisierung in speziellen Fördereinrichtungen bis hin zu Berufsbildungswerken.

Offensichtlich infolge dieser Erfahrung hielten es in der genannten Studie hörgeschädigte Jugendliche seltener für realistisch später einmal in einer eigenen Wohnung selbstständig leben zu können.<sup>69</sup> Obwohl die physische Mobilität hörgeschädigter Menschen nicht eingeschränkt ist, wirken sich bei ihnen kommunikative Einschränkungen auf die soziale Mobilität und Teilhabe aus. Die mehr oder weniger stark ausgeprägte Kommunikationseinschränkung birgt somit auch

<sup>67</sup> Hintermair 1999, Hintermair 2005

<sup>68</sup> Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

<sup>69</sup> Ebd.

die Gefahr des Rückzugs in die „eigene Sprachgemeinschaft“. Der Ausbruch aus dieser Sprachgemeinschaft wird bei höhergradigen Hörschädigungen auch dann erschwert, wenn es in dieser Sprachgemeinschaft zu Konflikten kommt.

## 2.3 Förderschule versus Integrativschule

Die Sozialisation behinderter Kinder und Jugendlicher vollzieht sich wie bei Nichtbehinderten in der Familie, der schulischen und gesellschaftlichen Umwelt. Im Verlauf der Adoleszenz gewinnen Kontakte zu Gleichaltrigen zunehmend an Bedeutung, gleichzeitig muss der Heranwachsende seine eigene Identität finden und die emotionale Unabhängigkeit von den Eltern erlangen.<sup>70</sup> Infolge der besonderen Situation verläuft dieser Prozess bei behinderten Kindern und Jugendlichen verlangsamt und erschwert. Das gilt besonders dann, wenn die Kinder wegen Art und Schwere der Behinderung einen hohen Unterstützungsbedarf aufweisen und den Kontakt zu Gleichaltrigen nicht ohne fremde Hilfe aufnehmen können.<sup>71</sup> Infolge der eingeschränkten Möglichkeiten behinderter Jugendlicher, Kontakt zur Peergroup aufzunehmen, kommt dem Klassenverband bzw. der Schule/Förderschule als Raum der Kontaktaufnahme besondere Bedeutung zu. Im schulischen Bereich können sowohl Bildungsinhalte vermittelt als auch das Prinzip der Peergroup, des Peer Supports und auch des Peer Counselings realisiert werden.

Die Geschichte des Peer Counselings begann schon Mitte der 60er Jahre in den USA. Die Idee war, dass sich Menschen mit Behinderungen untereinander selbst helfen können, dass sie ihre Erfahrungen teilen und sich als Expertinnen und Experten ihrer selbst verstehen.

*„Im Laufe der Jahre wurde Peer Counseling zu einem äußerst wichtigen Werkzeug zur Befähigung behinderter Menschen innerhalb der Selbstbestimmt-leben-Bewegung der USA. Immer mehr Menschen mit Behinderung nahmen ihr Leben selbst in die Hand und setzten sich für ihre Interessen ein. Behinderte Menschen, die die volle gesellschaftliche Teilhabe als ein Menschenrecht einfordern, nennen ihr Ziel ‚selbstbestimmtes Leben‘.“<sup>72</sup>*

**70** Havighurst 1972, Dreher/Dreher 1985

**71** Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

**72** Van Kann/Doose 2004: 19 f.

## Grundannahmen des Peer Counseling

- Menschen sind in der Lage, ihre Probleme selbst zu lösen.
- Gemeinsame Erfahrung begünstigt die Beratungssituation.
- Die Beratung erfolgt auf Augenhöhe.
- „Hinter den Erfahrungen der Beraterin/des Beraters und der Ratsuchenden steht der gesammelte Erfahrungswert behinderter Menschen in der ganzen Welt.“<sup>73</sup>
- „Die Bühne gehört den Ratsuchenden.“<sup>74</sup>

Peer Support meint den gesamten Prozess von Unterstützung durch Gleiche oder Gleichgestellte. Die Philosophie des Peer Support besagt, dass Begleitung, Hilfe, Vorbildfunktion, wenn sie von einer Person mit eigenen behinderungsbedingten Erfahrungen und Kenntnissen zur Verfügung gestellt werden, andere Menschen mit Behinderung sehr viel besser erreichen, als Unterstützungsangebote von Menschen ohne diese Erfahrungen dies können.<sup>75</sup> Das gilt besonders für die Entwicklung der Sexualität, einen Lebensbereich, der bisher tabuisiert und aus der Erfahrungswelt behinderter Kinder und Jugendlicher bewusst oder unbewusst ausgeklammert wurde. Peer Counseling und Peer Support lassen sich in diesem Sinn im Bereich der Förderschulen realisieren, da hier der Kontakt zu gleichartig behinderten Jugendlichen besteht. In diesem Sinne sollten neben dem professionellen Sexualkundeunterricht auch dem Peer Counseling und dem Peer Support in den Schulen Raum gegeben werden.

Sonderbeschulung bleibt aber Separierung, die auch Vorurteile in Bezug auf sexuelle Attraktivität behinderter Jugendlicher bestehen lässt. Integrative Beschulung kann dem entgegenwirken. Gemeint ist die Durchführung sonderpädagogischer Förderung auch in allgemeinen Schulen. Inwieweit das Schaffen integrativer Bedingungen aufwendiger und kostspieliger ist als Segregation, wird immer wieder kontrovers diskutiert. In Sachsen dominiert nach wie vor das Prinzip der Förderschule. Deren Konzeption ist vergleichbar mit einer Ganztageseinrichtung, da die Kinder und Jugendlichen durch nachmittägliche Therapien einen Großteil ihrer Freizeit innerhalb der Schule verbringen. Die Wahlmöglichkeiten für Freizeitaktivitäten fallen durch zusätzlich lange Fahrwege deutlich geringer aus als bei Jugendlichen ohne Behinderungen.

*„Insgesamt kann das Verhältnis zwischen behinderten und nichtbehinderten Kindern als sehr produktiv angesehen werden. Sie bauen Beziehungen zueinander auf, geben sich gegenseitig wertvolle Impulse für die*

<sup>73</sup> Ebd.

<sup>74</sup> Ebd.

<sup>75</sup> Vgl. Rensinghoff 2008

*Entwicklung, erleben Schmerz- und Leidvolles genauso wie Zärtliches und Freundschaftliches und lernen, recht gut miteinander umzugehen, auch wenn die individuellen Ausgangslagen mitunter beträchtlich voneinander abweichen. So besteht grundsätzlich die Chance, dass Kinder mit und ohne Behinderung sich einander annähern, noch bevor gesellschaftliche Wertungen den unbefangenen Umgang miteinander erschweren. Integration sollte deshalb tatsächlich so früh wie möglich, also im vorschulischen Alter, beginnen. Integration muss danach aber auch fortgesetzt werden, um der Entfremdung durch die „getrennten Wege“ in Grundschule bzw. Sonderschule<sup>76</sup> entgegenwirken zu können. Wenn Kinder von frühester Kindheit an Menschen mit Behinderungen erleben, werden sie gemeinsam handlungskompetent werden und angemessene Formen des Umgangs miteinander hervorbringen. Wir können davon ausgehen, dass dadurch Zuschreibungsprozesse und Stigmatisierungen zunehmend erschwert werden: Integration ist ein Weg zur Entstigmatisierung behinderter Menschen.“<sup>77</sup>*

**76** Sonderschule meint hier das Gleiche wie Förderschule. In Sachsen ist jedoch der Begriff Förderschule üblich.

**77** Markowetz 2007: 257

# Ausgangslage in Sachsen

# 3

## 3.1 Schwerbehinderte Jugendliche in der Statistik

In Sachsen lebten zum 31. Dezember 2007 laut sächsischem Landesamt für Statistik 325.328 amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen.<sup>78</sup> 2007 hatte Sachsen im bundesweiten Vergleich mit 7 % die niedrigste Schwerbehindertenquote in Deutschland.<sup>79</sup> In der Altersgruppe 6 bis unter 25 Jahre waren 2007 in Sachsen insgesamt 13.708 Personen als schwerbehindert gemeldet, was einen Anteil von 4,2 % an allen Schwerbehinderten in Sachsen ausmacht (Tabelle 1). Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf – über die Hälfte der schwerbehinderten Menschen ist 65 Jahre und älter –, in den jüngeren Altersgruppen finden sich Behinderungen häufiger bei männlichen Personen.

Unter den Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen bilden Menschen mit geistigen Behinderungen die größte Gruppe, während über alle Altersklassen verteilt am häufigsten Erkrankungen der inneren Organe und Körperbehinderungen auftreten.

In den meisten Fällen, d. h. in über 80 %, wurde die Behinderung durch eine Krankheit verursacht, nur 4,4 % aller Behinderungen waren angeboren (d. h. bestanden seit der Geburt) oder traten innerhalb des ersten Lebensjahres auf.<sup>80</sup> Bei den 6- bis unter 25-Jährigen liegt der Anteil der angeborenen Schädigungen bei 29 %. Dabei handelt es sich sowohl um Fehlbildungen, die im Mutterleib entstanden sind, als auch um Schädigungen, die während der Geburtsphase eingetreten sind. Laut Perinatalstatistik des Landes Sachsen beträgt die Zahl der angeborenen (im Mutterleib entstandenen) Schädigungen 1,5 % aller Schädigungen.<sup>81</sup>

**78** Als schwerbehindert gelten Menschen mit einem Grad der Behinderung von 50 bis 100.

**79** Statistisches Bundesamt 2009

**80** Statistisches Bundesamt 2009

**81** Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer 2007



Tabelle 1: Schwerbehinderte in Sachsen

Art der schwersten Behinderung	Alle Altersgruppen, alle Behinderungen	6–25 Jahre, alle Behinderungen	Nur männlich, alle Altersgruppen	Nur männlich, 6–25 Jahre	Nur weiblich, alle Altersgruppen	Nur weiblich, 6–25 Jahre
Körperbehinderungen	85.393	908	33.632	523	51.761	385
Hörbehinderung, Sprachstörungen	17.196	784	8.185	414	9.011	370
Sehbehinderung	23.821	555	8.723	80	15.098	242
Erkrankung innerer Organe	89.050	1.532	52.438	852	36.612	680
Neurologische Erkrankungen	5.959	510	2.963	262	2.996	248
Geistige Behinderungen	22.240	5.207	12.953	3.249	9.839	2.046
Psychische Erkrankungen	47.840	1.951	24.915	1.206	22.925	745
Sonstige Behinderungen	33.829	2.261	16.449	1.293	17.380	968
<i>Gesamt</i>	<i>325.328</i>	<i>13.708</i>	<i>160.258</i>	<i>8.112</i>	<i>165.070</i>	<i>5.596</i>

Quelle: Schwerbehindertenstatistik Sachsen zum 31. Dezember 2007, Statistisches Bundesamt 2009

### 3.2 Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf

Obwohl die Schülerzahl in Sachsen seit 2004/2005 um insgesamt 17 % zurückgegangen ist und auch die Zahl der Förderschülerinnen und -schüler rückläufig ist, bleibt der Anteil an Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf über den Zeitraum relativ stabil bei 6%.<sup>82</sup> Der Anteil der Schülerinnen und Schüler mit Körper- und Sehbehinderungen ist sogar leicht angestiegen (Tabelle 2).

<sup>82</sup> Kultusministerkonferenz 2010



Tabelle 2: Schülerzahlen nach Art der Behinderung in Sachsen im Zeitverlauf

	2004/ 2005	2005/ 2006	2006/ 2007	2007/ 2008	2008/ 2009	2009/ 2010
Sehbehinderte Schüler/-innen	215	206	218	230	231	234
Hörbehinderte Schüler/-innen	395	368	363	365	378	392
Körperbehinderte Schüler/-innen	743	757	740	745	775	798
Lernförder-schüler/-innen	12.315	11.468	10.702	10.060	9.854	9.904
Förderschüler/-innen insgesamt	21.628	20.848	20.094	19.223	18.875	18.821
<i>Gesamt</i>	<i>363.284</i>	<i>340.715</i>	<i>321.472</i>	<i>307.771</i>	<i>301.610</i>	<i>301.252</i>

Quelle: Drucksache 3025, Statistisches Landesamt Sachsen

Bei den körper- und sinnesbehinderten Schülern handelt es sich im Durchschnitt der vergangenen fünf Jahre um etwa 800 Jungen und etwa 550 Mädchen, die zusammen 0,47 % der Gesamtschülerzahl in Sachsen ausmachen. Den kleinsten Teil der Förderschülerinnen und -schüler bilden die Sehbehinderten, gefolgt von den Hörbehinderten. Der weitaus größte Anteil, über 50 % der Schülerinnen und Schüler an Förderschulen, hat einen Lernförderbedarf. Die Schülerzahlen in Sachsen machen deutlich, dass im Sekundarbereich knapp ein Drittel der körper- und sinnesbehinderten Schülerinnen und Schüler zusätzlich einen Lernförderbedarf aufweist, womit der Anteil der Lernförderschüler auf weit mehr als 50 % ansteigt.<sup>83</sup>

### Kriterien für die Aufnahme an eine Förderschule

Die Zuordnung der Schülerinnen und Schüler wird von der Schule bestimmt, die den sonderpädagogischen Förderbedarf diagnostiziert. Daran angelehnt treffen Lehrerinnen und Lehrer, Psychologinnen und Psychologen sowie Eltern die Entscheidung, welche Schule dem Kind am besten gerecht wird. Für den Fall, dass mehrere Schulen zur Auswahl stehen, greifen Faktoren wie Nähe zum Wohnort, Transportkosten und Aufnahmekapazität der Schule. Aber auch persönliche Entscheidungen der Eltern fließen in die Schulwahl mit ein. Wenn zwei oder mehr sonderpädagogische Förderbedarfe diagnostiziert wurden (z. B. aufgrund einer Körper- und einer Lernbehinderung), dann wird die Schule ausgewählt, die beide

<sup>83</sup> Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen 2010

Förderschwerpunkte abdeckt (z. B. Körperbehindertenschule mit Bereich Lernförderung). Steht diese Schule nicht zur Auswahl, wird eine Schule entsprechend der Gewichtung der Förderbedarfe ausgewählt.

Dies hat zur Folge, dass an den sächsischen Förderschulen nicht nur Schülerinnen und Schüler mit einer vorhandenen Behinderung oder Erkrankung gemäß dem Förderschwerpunkt der Schule beschult werden, sondern auch Schülerinnen und Schüler mit anderen Einschränkungen (z. B. Lernschwäche) oder einer Einschränkung ohne eigenen Förderschwerpunkt (z. B. Autismus).<sup>84</sup> Die Schulklassen können dadurch sehr heterogen werden.

In den Förderschulen für Sehbehinderte werden nur ganz wenige diagnostizierte Lernförderschülerinnen und -schüler beschult. Diese sind in den Regierungsbezirken Chemnitz, Bautzen und Leipzig vorrangig in den Förderschulen für Körperbehinderte sowie in den Regierungsbezirken Dresden und Leipzig in den Förderschulen für Hörbehinderte anzutreffen. Bei den hörbehinderten Schülerinnen und Schülern mit Lernförderbedarf handelt es sich zu einem Großteil um Kinder mit einer so genannten auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung, die u. a. einen erhöhten Lernförderbedarf nach sich zieht.<sup>85</sup>

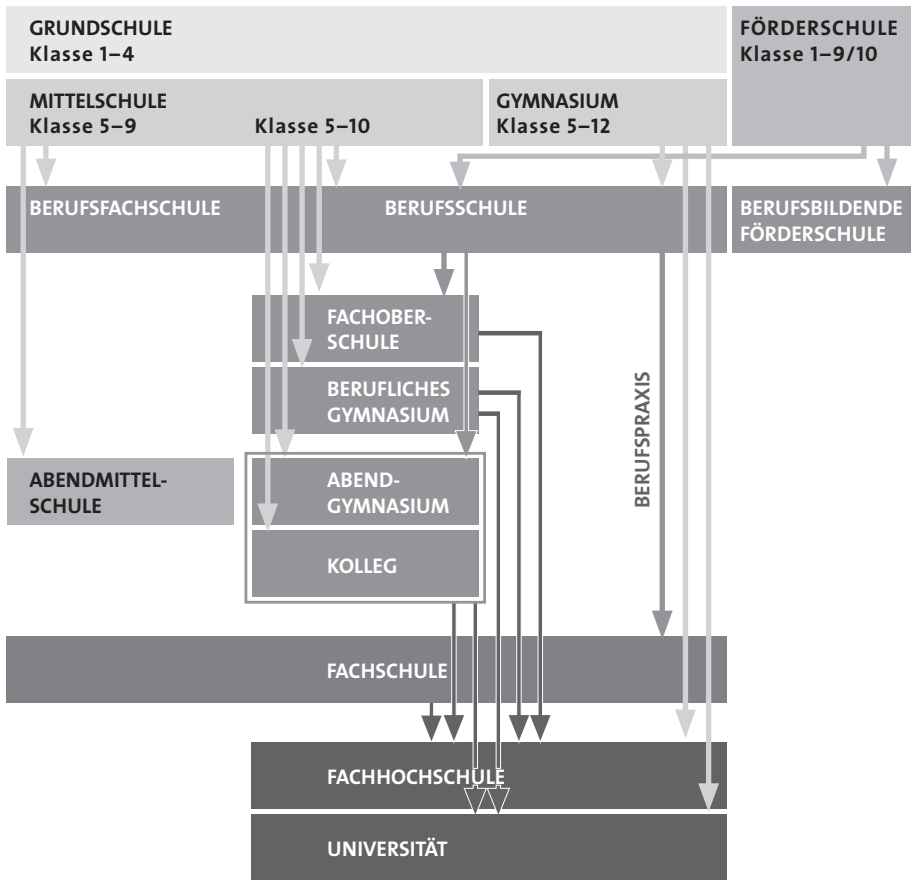
### **Förderschulen im sächsischen Bildungssystem**

Die nachfolgende Darstellung des sächsischen Bildungssystems verdeutlicht die zweistufige Ausrichtung der Förderschulen im Grund- und Mittelschulbereich und die weiterführenden beruflichen Bildungseinrichtungen wie Berufsschulen und berufsbildende Förderschulen (Abbildung 1). Es besteht zudem die Möglichkeit, als Integrativschülerin und -schüler die allgemeine Hochschulreife an allgemein bildenden Gymnasien zu erlangen, spezielle Gymnasien für Förderschülerinnen bzw. -schüler gibt es in Sachsen jedoch nicht.

**84** Autismus wird definiert als eine „Kontaktstörung mit Rückzug auf die eigene Vorstellungs- u. Gedankenwelt und Isolation von der Umwelt“ (Psyhyrembel 2004: 171).

**85** Vgl. hierzu → *Kapitel 2.2.1*

Abbildung 1: Sächsisches Bildungssystem



Quelle: Staatsministerium für Kultus und Sport Sachsen, Stand 2011

Mit der „Empfehlung zur sonderpädagogischen Förderung in den Schulen in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 6. Mai 1994 wurde die Vereinbarung getroffen, sonderpädagogische Förderung auch in allgemeinen Schulen durchzuführen.<sup>86</sup> Nach wie vor werden in Sachsen jedoch kaum Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in allgemeinen Schulen unterrichtet. 2008 waren es 18,4 %, d. h., etwa jede fünfte Förderschülerin bzw. jeder fünfte Förderschüler wurde integrativ unterrichtet.

In anderen Bundesländern wie z. B. Hessen und Brandenburg betrug laut Auskünften von Mitarbeitern der Landesämter für Statistik der Anteil an Integrationsschülerinnen

<sup>86</sup> Kultusministerkonferenz 2010

und -schülern bis zu 75 %. Bei einem Großteil der Integrationsschülerinnen und -schüler in Sachsen handelte es sich um Grundschulkinder. Eine allgemeine Haupt- oder Mittelschule besuchte nur etwa ein Viertel der Integrationsschülerinnen und -schüler (23%). Auch ist die Entscheidung für eine Förder- oder eine Integrationschule stark vom Förderschwerpunkt der jeweiligen Schülerinnen und Schüler abhängig.

**Tabelle 3: Anteile der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Förderschulen und allgemeinen Schulen nach Förderschwerpunkten 2008 (Angaben in %)**

Förderschwerpunkt	Förderschulen	Allgemeine Schulen
Lernen	43,5	44,8
Sehen	1,3	2,1
Hören	2,8	4,4
Sprache	9,5	15,6
Körperliche und motorische Entwicklung	6,3	7
Geistige Entwicklung	19	2,9
Emotionale und soziale Entwicklung	9	22,4
Förderschwerpunkt übergreifend bzw. ohne Zuordnung	6	0,7
Kranke	2,5	0,2
<i>Gesamt</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Quelle: Kultusministerkonferenz 2010

So werden die Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung nur verhältnismäßig selten in allgemeinen Schulen unterrichtet, während Schülerinnen und Schüler mit den Förderschwerpunkten emotionale und soziale Entwicklung und Sprache am stärksten in die allgemeinen Schulen integriert sind. Schülerinnen und Schüler mit Körper- und Sinnesbehinderungen werden in Sachsen zu ähnlichen Anteilen in Förder- und allgemeinen Schulen unterrichtet.

In den Richtlinien zur Förderdiagnostik wird nach drei Schweregraden unterschieden.<sup>87</sup> Ist der Förderbedarf niedrig, kann dieser in den allgemeinen Schulen (insbesondere im Grundschulbereich) abgedeckt werden. Ist der Förderbedarf mittelgradig, erfolgt eine dauerhafte sonderpädagogische Förderung bei zielgleichem Lernen in der Integrationsklasse. Ein hochgradiger Förderbedarf macht eine dauerhafte und umfangliche sonderpädagogische Förderung in einer Integrationsklasse oder in einer Förderschule

<sup>87</sup> Staatsministerium für Kultus und Sport Sachsen 2005



notwendig. Laut Schulintegrationsverordnung (SchIVO) ist eine integrative Beschulung an sächliche, räumliche (Barrierefreiheit) und personelle (Lehrerwochenstunden, Integrationslehrer) Voraussetzungen der aufnehmenden Schule gebunden.<sup>88</sup>

### 3.3 Sexualekundeunterricht an Förderschulen in Sachsen

Die Sexualerziehung an sächsischen Schulen ist geregelt durch § 36, Familien- und Sexualerziehung, Abs. 1 und 2 des Schulgesetzes für den Freistaat Sachsen (SchulG)<sup>89</sup>, sowie durch die sächsischen Lehrpläne<sup>90</sup> der Fächer Sachunterricht, Religion, Ethik und Biologie. Die Einbeziehung im Sinne der Information der Eltern wird durch einen Elternbrief des Sächsischen Staatsministeriums für Kultus gewährleistet. Die Schulen selbst haben keine eigenständigen Richtlinien zur Sexualerziehung.

An den Förderschulen für Körper-, Hör- und Sehbehinderte sind die Lehrpläne zur Sexualerziehung analog denen der Grund- und Mittelschulen.<sup>91</sup> Da jedoch an den Körper-, Hör- und Sehbehindertenschulen auch immer ein Lernförderbereich integriert ist, kommen im Sekundarbereich sowohl die Lehrpläne der Mittelschulen als auch die der Lernförderschulen zum Tragen.

Im Grundschulbereich erfolgt der Sexualekundeunterricht innerhalb des Sachunterrichts, in der Mittel- und Lernförderschule im Rahmen des Biologie-, Ethik- und Religionsunterrichts. Ergänzend werden einige Themen in den Lernförderschulen auch im Hauswirtschaftsunterricht behandelt. In den Klassenstufen 1 und 2 wird der Lernbereich „Mein Körper und meine Gesundheit“ behandelt, ebenso in Klassenstufe 4. Die Lerninhalte beziehen sich dabei im Wesentlichen auf zwei Kernthemen: Kennenlernen der Geschlechtsmerkmale in Verbindung mit pubertären Veränderungen und Gefahren des sexuellen Missbrauchs. Konkrete Inhalte sind somit einerseits die Vermittlung von Wissen zur körperlichen Entwicklung, zu Körperhygiene sowie Abbau von Ängsten und Scham. Andererseits sollen die Schüler bereits in diesem Alter mit Möglichkeiten des Schutzes vor sexueller Gewalt vertraut gemacht werden, indem sie Beratungsstellen kennen lernen und lernen, „Nein“ zu sagen, womit auch ihr Selbstwertgefühl gestärkt werden soll.

Im Sekundarbereich werden Schüler an Körper-, Hör- und Sehbehindertenschulen ohne Lernförderbedarf nach dem Lehrplan der sächsischen Mittelschulen beschult (vgl. Tabelle 4).

**88** SchIVO 2004

**89** Schulgesetz für den Freistaat Sachsen SchulG (Stand: 16.Juli 2004)

**90** Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport 2005/2010

**91** Sächsisches Bildungsinstitut 2011

Tabelle 4: Lehrpläne der allgemeinen Mittelschulen

Klassenst. Fach	Lernbereich	Lerninhalte/Lernziele (verpflichtend)	Bemerkungen (Empfehlung, Erläuterung)
5 Ethik	Der Mensch und sein soziales Verhalten	Kennen ausgewählter sozialer Probleme und geeigneter Hilfsmöglichkeiten	Sexueller Missbrauch
5 Biologie	Säugetiere in ihren Lebensräumen	Kennen der Fortpflanzung der Säugetiere am Beispiel Mensch: innere Befruchtung, Eltern-Kind-Beziehung, Problematik des sexuellen Missbrauchs	Verhaltensweisen in Gefahrensituationen, Prävention (bzgl. sexuellen Missbrauchs)
5 Evang. Religion	Das eigene Leben und unsere Welt	Kennen von lebens- und gemeinschaftstötenden Verhaltensweisen	Sexueller Missbrauch, Präventivmaßnahmen
7 Biologie	Bau und Funktion des menschlichen Körpers	Anwendung der Kenntnisse über die Fortpflanzung: Bedeutung von Sexualität und Fortpflanzung, Menstruationszyklus, Bildung von Spermazellen, Schwangerschaft und Geburt, Gesunderhaltung und Hygiene der Geschlechtsorgane  Kennen von Möglichkeiten der Empfängnisverhütung, Kennen von sexuell übertragbaren Krankheiten	
7 Evang. Religion	Das eigene Leben und unsere Welt	Kennen der Besonderheiten des Erwachsenwerdens: körperliche und psychische Veränderungen, Sexualität, Generationskonflikt, Bedeutung von Freundschaften, Sich verlieben	Pubertät  Vermarktung der Sexualität
9 Biologie	Biologie des Verhaltens	Kennen von ausgewählten Verhaltensweisen des Menschen: Sexualverhalten	
7 Evang. Religion	Das eigene Leben und unsere Welt	Sich positionieren zum verantwortungsvollen Umgang mit Freundschaft, Liebe und Partnerschaft	Begriff „Liebe“ Vorstellungen und Wünsche, Sexualität
9 Ethik	Das menschliche Leben – ein Weg	Beurteilen der Bedeutung von Freundschaft, Liebe und Sexualität für ein sich gut entwickelndes Leben: sexuelle Veranlagung, Verhaltensweisen, Verantwortung, Kennzeichen von Freundschaft und Liebe, Verliebtsein und Liebe, Zusammenhang von Körper, Seele und Geist, Entwicklung sexueller Identität, Freundschaft, Liebe, Sexualität als menschliches Grundbedürfnis, gegenseitige Zuneigung und Achtung, Freiwilligkeit der Partner, Schwangerschaftsverhütung, Schutz vor Aids und Geschlechtskrankheiten	Verhaltensweisen in Gefahrensituationen, Prävention (bzgl. sexuellen Missbrauchs)
9 Ethik	Wahlpflicht (!): Wa(h)re Liebe	Sich positionieren zur Darstellung des menschlichen Körpers in den Medien	Collage zur Problematik, dass man „Liebe“ als Ware verkaufen und kaufen kann

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport 2005/2010

In Klassenstufe 5 wird fast ausschließlich die Prävention sexuellen Missbrauchs thematisiert, in Klassenstufe 7 nehmen hingegen (entwicklungs-)biologische, funktionalistische Themen den größten Raum ein. In Klassenstufe 9 wird dem Erlebensbereich der Sexualität mehr Aufmerksamkeit gewidmet – in Hinblick auf den Lust-, Beziehungs- und Identitätsaspekt von Sexualität.

Ein Teil der Schüler an Körper-, Hör- und Sehbehindertenschulen weist zusätzlich einen Lernförderbedarf auf, weshalb der Lehrplan für Lernförderschüler zum Tragen kommt. Darin ist ein deutlich stärkerer Fokus auf eine lebensweltlich orientierte Sexualpädagogik zu erkennen (vgl. Tabelle 5).

Tabelle 5: Lehrpläne der Schulen für Lernförderung

Klassenst. Fach	Lernbereich	Lerninhalte/Lernziele (verpflichtend)
5/6 Biologie	Allgemein (keinem Lernbereich zugeordnet)	Ausbilden und Entwickeln von verantwortungs-, gesundheits- und umweltbewusstem Verhalten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entwickeln sozial adäquater Grundeinstellungen und Verhaltensweisen zur Sexualität und zur menschlichen Fortpflanzung</li> </ul>
5/6 Biologie	Lebensgrundlagen Licht und Wärme	Übertragen der Kenntnisse über Fortpflanzung und Entwicklung der Säugetiere auf den Menschen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexualität und Sprache</li> <li>• physische und psychische Veränderungen in der Pubertät</li> <li>• Bau und Funktion der Geschlechtsorgane</li> </ul> Übertragen der Kenntnisse über die Fortpflanzung des Menschen auf eine gesundheits- und verantwortungsbewusste Lebensführung, Beurteilen von abnormem Sexualverhalten gegenüber Kindern
7 Ethik	Wahlpflicht (!): Freundschaften verändern sich	Einblick gewinnen in die veränderten Freundschaftsbeziehungen zwischen Jugendlichen
7 Evang. Religion	Leben in einer Gemeinschaft	Sich positionieren zu verantwortungsvollem Handeln in der Gemeinschaft: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freundschaften zwischen Mädchen und Jungen</li> </ul>
7 Evang. Religion	Wahlpflicht (!): Liebe – Sexualität und Zärtlichkeit	Sich positionieren zu eigenen Vorstellungen von Liebe und Sexualität, Einblick gewinnen in biblische Vorstellungen



Es werden neben biologischen Abläufen und psychophysiologischen Veränderungen vor allem Werte und Normen vermittelt. Kernpunkte sind z. B. ein selbstbestimmter, verantwortungsbewusster Umgang mit Sexualität und dem eigenen Körper (inklusive Verhütung) oder das respektvolle Verhalten zu seinen Mitmenschen. Aber auch die emotionale Seite der Sexualität inklusive Beziehungs- und Identitätsaspekt wird ab Klassenstufe 5/6 thematisiert.

Damit nimmt der Sexualekundeunterricht in den Lernförderschulen im Sekundarbereich einen deutlich größeren Platz ein als an den allgemeinen Mittelschulen. Besonders lebensweltlich orientierte Themen finden eine starke Beachtung.

### Bemerkungen (Empfehlung, Erläuterung)

- Fachsprache – Umgangssprache – Fäkalsprache
- Achtung vor dem anderen Geschlecht, Körpererfahrungen einbeziehen
- Körperpflege im Genitalbereich – geschlechtsspezifische Differenzierung
- Menstruationshygiene
- Körperliche und soziale Folgen einer frühen Schwangerschaft, Aufgaben und Verantwortung der Eltern
- Natürliche Neugier – sexuelle Gefahren erkennen – Nein sagen können
- Nötigung, Missbrauch, Vergewaltigung, Kinderpornografie und -prostitution, Hilfsangebote aufzeigen

Veränderungen von Freundschaftsbeziehungen und Liebesbeziehungen

Merkmale einer Freundschaft, verliebt sein, Zärtlichkeit

- Bilder, Sprüche, Redewendungen
- Geschlechtsspezifische Gruppen bilden
- Das Hohelied Salomos, Psalmen
- Schönheit des Körpers, Geschenk der Sexualität
- Körperwahrnehmung

Weiter auf der nächsten Seite >

Klassenst. Fach	Lernbereich	Lerninhalte/Lernziele (verpflichtend)
8/9 Ethik	Leben in einer Gesellschaft	Kennen verschiedener partnerschaftlicher Beziehungen und ethischer Konsequenzen
8/9 Evang. Religion	Leben in einer Gemeinschaft	Sich positionieren zu biblischen Vorstellungen von Partnerschaft und Familie: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Freundschaft, Zärtlichkeit, Sexualität und Hingabe als Geschenk Gottes</li> <li>• Freiheit und Verantwortung in Partnerschaft</li> </ul>
8/9 Evang. Religion	Wahlpflicht (!): die Gefahren des Missbrauchs	Kennen von Gefahren des Missbrauchs
8/9 Biologie	Allgemein (keinem Lernbereich zugeordnet)	Ausbilden und Entwickeln von verantwortungs-, gesundheits- und umweltbewusstem Verhalten: setzen sich mit der Sexualität des Menschen als bedeutendem Bestandteil ihres Lebens auseinander
8/9 Biologie	Bewusstes Leben	Einblick in verschiedene Formen zwischenmenschlicher Beziehungen gewinnen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Verantwortung in Partnerschaften</li> <li>• Homo- und Heterosexualität</li> <li>• Gefahren bei häufig wechselnden Partnerschaften</li> </ul>
8/9 Biologie	Wahlpflicht (!): wenn Kinder Kinder kriegen	Kennen der Konsequenzen einer Schwangerschaft bei Jugendlichen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• soziale Folgen</li> <li>• psychische Folgen</li> <li>• physische Folgen</li> </ul> <p>Sich zum verantwortungsbewussten Sexualverhalten positionieren</p>
8/9 Hauswirtschaft	Wahlpflicht (!): Ein Baby kündigt sich an	Kennen gesundheitsfördernder Verhaltensweisen während der Schwangerschaft

Quelle: Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport 2005/2010

## Bemerkungen (Empfehlung, Erläuterung)

- Ehe, Familie
- Lebensgemeinschaften, gleichgeschlechtliche Beziehungen, Singles
- Verantwortlicher Umgang mit der eigenen Sexualität, Lebens- und Familienplanung
- Schwangerschaftsabbruch

- Vorstellungen und Erwartungen, Selbstliebe, partnerschaftliche Liebe, Distanz und Nähe, Homosexualität
- Ehe, Ehescheidung, Zusammengehörigkeitsgefühl, Trennungsschmerz
- Treue, Glückserfahrungen, Freiheit und Bindung
- Verantwortlicher Umgang mit Sexualität, Lebens- und Familienplanung, Missbrauch, Schwangerschaftsabbruch

- Verschiedene Arten von Missbrauch
- Sexuelle Perversion

- Gefährdung von Schulabschluss und Ausbildung, Einschränkung der Freizeitmöglichkeiten, finanzielle Absicherung
- Ungefestigte Partnerbindung
- Verantwortung, Überforderung
- Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt
- Gesundheitliche, seelische und rechtliche Probleme eines Schwangerschaftsabbruches
- Häufig wechselnde Geschlechtspartner, ungeschützter Geschlechtsverkehr – Übertragung von Infektionskrankheiten

Umgang mit einer frühen Schwangerschaft und weitere Lebensplanung:

- Schulabschluss, Verantwortung, Unterstützungsangebote
- Akzeptanz und Toleranz
- Geschlechtskrankheiten, Aids, Hepatitis
- Prävention

- Gefährdung von Schulabschluss und Ausbildung, Einschränkung der Freizeitmöglichkeiten, finanzielle Absicherung
- Ungefestigte Partnerbindung
- Verantwortung, Überforderung
- Komplikationen in der Schwangerschaft und bei der Geburt
- Gesundheitliche, seelische und rechtliche Probleme eines Schwangerschaftsabbruches
- Häufig wechselnde Geschlechtspartner, ungeschützter Geschlechtsverkehr – Übertragung von Infektionskrankheiten



# *III*

## *Studiendesign und Ergebnisse*

**4** *Methodische Umsetzung*

**5** *Ergebnisse im Detail*

**6** *Ausgewählte Ergebnisse  
im Vergleich zu nichtbehinderten  
Jugendlichen*

# Methodische Umsetzung

# 4

Für die Umsetzung des Forschungsanliegens war es in erster Linie notwendig, Zugang zur Stichprobe zu finden. Dafür boten sich die sächsischen Förderschulen an, da der Anteil an Integrationsschülerinnen bzw. -schülern in Sachsen gerade einmal bei etwa 18% aller Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf liegt (vgl. → *Kapitel 3.2*). Zudem verfügen Förderschulen mit ihrer meist zentralen Lage über einen großen Einzugsbereich. Ausgewählt wurden die Schulen für Körper-, Hör- und Sehbehinderung, von denen es in Sachsen insgesamt neun gibt, sowie die beiden sächsischen Berufsbildungswerke (BBW).

## 4.1 Rekrutierung der Stichprobe

Bevor eine Erhebung in den Förderschulen und BBW möglich war, musste die Sächsische Bildungsagentur<sup>92</sup> wie für alle Erhebungen in Schulen ihre Genehmigung erteilen. Der Antrag an die Bildungsagentur erfolgte Ende August 2010, die Zustimmung erhielten wir Mitte Oktober 2010. Daraufhin konnten die Vorgespräche mit den Schulleitungen beginnen, die bereits im Vorfeld eine schriftliche Ankündigung des Forschungsvorhabens erhalten hatten. Die Gespräche mit den Schulleitungen fanden von Oktober 2010 bis März 2011 statt. Ziel der Gespräche vor Ort waren die Konkretisierung des Forschungsvorhabens, die Bitte um Kooperation und die Absprache über das jeweilige Vorgehen der Erhebung. In den Gesprächen teilten uns die Schulleiterinnen und Schulleiter die Grundgesamtheit in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre mit. Es stellte sich schnell heraus, dass die tatsächliche Zahl der Schülerinnen und Schüler deutlich geringer ausfiel als erwartet. Die Stichprobe wurde deshalb erweitert, indem altersunabhängig und dafür klassenweise befragt wurde. Da Schülerinnen und Schüler in Förderschulen oftmals leicht überaltert sind, legten wir die Spanne für die Befragung von Klasse 6 bis 10 fest. Somit wurden auch zwölfjährige Jugendliche in die Befragung eingeschlossen. Wie bei jeder Befragung von Minderjährigen mussten die Eltern der Schülerinnen und Schüler ihr schriftliches Einverständnis geben. Zwei bis vier Wochen

<sup>92</sup> Schulaufsichtsbehörde

vor dem vereinbarten Befragungstermin in den Schulen wurden die Elternbriefe,<sup>93</sup> die nach einer Vorlage der BZgA verfasst wurden, an die Schulen versandt. Dort wurden sie an die Schüler ausgehändigt. Die Eltern wurden darin auf die Freiwilligkeit der Teilnahme verwiesen, Gleiches galt für die Schülerinnen und Schüler. Die unterzeichneten Einwilligungen der Eltern wurden zum Befragungstermin eingesammelt und uns ausgehändigt. Dass zum Befragungstermin letztendlich doch nicht alle Schülerinnen und Schüler erreicht werden konnten, lag vor allem daran, dass einige krank waren oder sich im Schullandheim befanden. In einer Körperbehinderten-Schule kam zum Termin nur ein Teil der Schüler, da viele aufgrund widriger Wetterbedingungen im Winter nicht in die Schule kommen konnten. Ein Ersatztermin war dann aus organisatorischen Gründen laut Schulleitung nicht möglich. Damit ergeben sich große Unterschiede in der Stichprobengröße bzw. Teilnahmequote (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Rücklaufquoten zur Befragung

Einrichtung	Zahl der Schülerinnen und Schüler	Einverständnis der Eltern	Quote	Teilnehmende	Quote
Schule für Hörgeschädigte 1	40	30	75,0 %	28	93,3 %
Schule für Hörgeschädigte 2	36	27	75,0 %	25	92,5 %
Schule für Hörgeschädigte 3	30	19	63,3 %	17	89,5 %
Schule für Körperbehinderte 1	54	16	29,6 %	8	50,0 %
Schule für Körperbehinderte 2	60	25	41,7 %	19	76,0 %
Schule für Körperbehinderte 3	30	26	86,7 %	25	96,2 %
Schule für Körperbehinderte 4	38	16	42,1 %	13	81,3 %
Schule für Sehbehinderte 1	40	20	50,0 %	20	100,0 %
Schule für Sehbehinderte 2	30	9	30,0 %	7	77,7 %
Berufsbildungswerk 1	22	5	22,7 %	5	100,0 %
Berufsbildungswerk 2	30	2	6,7 %	2	100,0 %
<i>Gesamt</i>	<i>410</i>	<i>195</i>	<i>47,6 %</i>	<i>169</i>	<i>88,6 %</i>
<i>Quote Gesamtrücklauf</i>	<i>41,2 %</i>				

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

93 Siehe Anhang



Aus der Grundgesamtheit von 410 Schülerinnen und Schülern erhielt knapp die Hälfte das Einverständnis der Eltern zur Befragung. Von diesen 195 Schülerinnen und Schülern wiederum konnten 169 tatsächlich befragt werden. Die Teilnahmequote umfasste damit 41,2%.

Unserer Erfahrung nach bedarf es für eine hohe Teilnahmequote insbesondere der Unterstützung der Schulleitungen, die ihre Offenheit für das Thema Sexualkunde an die betreffenden Lehrkräfte weitergeben und auf die Notwendigkeit der Befragung verweisen. Zudem scheint es, dass ein kooperatives Verhältnis zwischen Schule und Elternhaus die Einwilligungsbereitschaft der Eltern zur Studie positiv beeinflusste.

In den Berufsbildungswerken (BBW), von denen es in Sachsen zwei gibt, war die Rekrutierung der Jugendlichen deutlich schwieriger. Auszubildende der BBW sind in der Regel um einiges älter und 17-jährige Jugendliche bilden eher die Ausnahme. Die Stichprobe wurde daher auf 18-Jährige erweitert. Da hier nicht im Klassenverband befragt werden konnte, wurden die infrage kommenden Jugendlichen von den Schulleitungen direkt auf die Befragung aufmerksam gemacht, die Teilnahmebereitschaft war jedoch sehr gering, auch bedingt durch die Freiwilligkeit der Befragung.

## 4.2 Entwicklung des Fragebogens

Zunächst wurden aus dem Original-Fragebogen der Studie zur Jugendsexualität der BZgA<sup>94</sup> Fragestellungen ausgewählt, die für die Befragung von Jugendlichen mit Behinderung relevant und angemessen erschienen. Ergänzt wurden in einem zweiten Schritt behinderungsspezifische Fragestellungen, die bereits in einer vorangegangenen Studie zum Einsatz kamen.<sup>95</sup> Anschließend wurden die Fragen in Leichte Sprache übersetzt, eine spezielle Ausdrucksform für Menschen mit eingeschränktem Sprachverständnis. Die Übersetzung des Fragebogens in Leichte Sprache diente im Wesentlichen dazu, den besonderen Anforderungen an die Kommunikation mit Jugendlichen mit einer Hörschädigung Rechnung zu tragen. Damit standen für die Erhebung zwei Versionen des Fragebogens zur Verfügung: in schwerer und in Leichter Sprache. Die Übersetzung erfolgte nach den Regeln des Netzwerkes Leichte Sprache<sup>96</sup>, in dem auch die Autorinnen der vorliegenden Studie Mitglied sind. Nach den Regeln der Leichten Sprache formulierten wir die Fragen als einfache Hauptsätze. Jeder Satz soll dabei nur eine Aussage enthalten, auf Fremdwörter, Fachsprache und Abkürzungen verzichteten wir weitestgehend. Fachbegriffe wurden in Alltagssprache übersetzt und/oder erklärt. Im Fragebogen verwendeten wir Begriffe aus der Alltagssprache und setzten, wenn nötig, die dazugehörigen Fachbegriffe in

<sup>94</sup> BZgA 2010

<sup>95</sup> Vgl. Michel/Häußler-Sczegan/Riedel 2003

<sup>96</sup> Vgl. [www.leichtesprache.org](http://www.leichtesprache.org) (Zugriff: 10.09.2012)



Klammern dahinter. Die Anzahl der Hauptwörter reduzierten wir und verwendeten an ihrer Stelle Verben. Im Fragebogen verzichteten wir bewusst auf Einleitungssätze sowie überflüssige, ggf. irreführende oder redundante Informationen. Zur besseren Lesbarkeit wurden zusammengesetzte Worte mit mehr als sieben Buchstaben durch Trennstriche geteilt (z. B. Frage-Bogen). Größere Schrift und größerer Zeilenabstand machten den Fragebogen übersichtlicher und schneller erfassbar.

Leider kam es bei der Übersetzung der Originalfragen in Leichte Sprache in einem Fall zu einer leichten Verschiebung, die für die Auswertung jedoch relevante Konsequenzen hatte. Aus der Frage „Wer sind oder waren für dich die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“ wurde in der Leichte-Sprache-Version die Frage „Mit wem kannst du am besten über sexuelle Dinge sprechen?“. Hier handelt es sich um ein Versehen: Es wurden zwei Fragen mit unterschiedlicher Intension gleichgesetzt, die aber auf unterschiedliche Aussagen abzielen, nämlich die Aufklärungsperson und die Vertrauensperson. Bei der Auswertung zeigten sich dann auch deutliche Unterschiede, wenn man die beiden Versionen miteinander verglich. Der Schwerpunkt wurde daher auf die Auswertung der Angaben zur Vertrauensperson gelegt, da wesentlich mehr Schüler den Fragebogen in Leichter Sprache ausfüllten.

Nach Fertigstellung des Fragebogens erfolgte die Prüfung der Texte durch Testlesende aus der Gruppe der Menschen mit Lernschwierigkeit. Der Fragebogen wurde Mitarbeitenden der Werkstätten für behinderte Menschen der Diakonie am Thonberg in Leipzig vorgelegt, unserer Kooperationspartnerin bei der Erstellung von Texten in Leichter Sprache. Nach intensiver Bearbeitung wurde die Verständlichkeit des Fragebogens von den Testlesenden als gut eingestuft und konnte nach einer geringfügigen Modifizierung und nochmaligen Kürzung als Pretest in einer Schule für Hörbehinderte zum Einsatz kommen.

In einem weiteren Schritt wurde der geprüfte Erhebungsbogen an die Anforderungen Jugendlicher mit Sehschädigung angepasst. Dazu gehörten der Verzicht auf Bilder und Symbole, da diese von stark sehgeschädigten Personen nicht erfasst werden und die Braille-Zeile bzw. die Sprachausgabe des PCs sie nicht mitlesen kann. Die vorher im Rahmen der Übersetzung in Leichte Sprache eingefügten Trennstriche wurden entfernt, da diese üblicherweise von der Sprachausgabe mitgelesen werden und auch beim Lesen mit der Braille-Zeile hinderlich sind. Bei der Aufbereitung in Papierform wurde besonders auf eine ausreichende Schriftgröße sowie klare Kontraste geachtet. Anschließend wurde der Fragebogen zur Überprüfung seiner Lesbarkeit Mitarbeitenden der Deutschen Zentralbücherei für Blinde in Leipzig gegeben, unserer Kooperationspartnerin im Rahmen eines Inklusionsprojektes zur Herstellung barrierefreier Medien. Die Verständlichkeit wurde als gut eingestuft, wir erhielten lediglich den Hinweis, die Tabellen möglichst in Leserichtung darzustellen, um zu gewährleisten, dass die Antwortkreuze an die richtige Stelle gesetzt werden können. In leicht modifizierter Form kam dann der Fragebogen zum Einsatz.



### 4.3 Durchführung der Befragung

Die Befragung lief im Zeitraum von Dezember 2010 bis Mai 2011. Der Pretest wurde in einer Hörbehinderten-Schule durchgeführt und ergab nur geringen Änderungsbedarf im Erhebungsinstrument. Die wesentlichen Kritikpunkte wurden erst im Laufe der weiteren Erhebungen deutlich.

Befragt wurde im Klassenverband unter Gruppenbedingung (mit Ausnahme der Jugendlichen an den Berufsbildungswerken). Diese Erhebungsform hat sich bereits in einer Studie zur Lebenssituation von behinderten Kindern und Jugendlichen als zuverlässig erwiesen.<sup>97</sup> Wie bei sexualpädagogischen Veranstaltungen üblich, sollten die Lehrerinnen und Lehrer ausgeschlossen werden. Waren Lehrkräfte anwesend, dann mit der Begründung, dass die Schülerinnen und Schüler ein besonderes Vertrauensverhältnis zu ihnen hätten und sie für Verständnisfragen zur Verfügung stehen würden. Dies war vorrangig in den Schulen für Hörbehinderte der Fall. Meist war die Anwesenheit der Lehrkraft auch unproblematisch, insgesamt jedoch nicht notwendig, da sich die Schülerinnen und Schüler entweder an uns oder an eine von uns gestellte Gebärdensprachdolmetscherin wenden konnten. Diese nahm jeweils an den Befragungen in den Hörbehinderten-Schulen teil und gebärdete die Ausfüllanleitung und die Verständnisfragen der gehörlosen Schüler.

Da es sich bei der Befragung um ein sehr sensibles und persönliches Thema handelte und geteiltes Wissen auch verletzbar machen kann, wurde den Schülerinnen und Schülern ein Diskretionsabstand nahegelegt. Dieser Hinweis wurde auf Wunsch der Jugendlichen nicht in jeder Schule als notwendig erachtet. Damit war oft ein Austausch unter den Jugendlichen zu beobachten, was Auswirkungen auf das Antwortverhalten nach sich ziehen kann. Für zukünftige Befragungen unter Gruppenbedingungen sollte deshalb unbedingt ein Diskretionsabstand eingehalten werden.

In den Förderschulen für Hörbehinderte verwendeten bis auf zwei Teilnehmende alle die Fragebogenversion in Leichter Sprache, ebenso in den Förderschulen für Sehbehinderte. Hier hatten die Schülerinnen und Schüler jedoch die Möglichkeit, den Fragebogen am Computer auszufüllen, was ungefähr die Hälfte von ihnen nutzte. In den Körperbehinderten-Schulen kamen beide Varianten des Fragebogens zum Einsatz, 35 von 65 Schülerinnen und Schülern entschieden sich dabei für die schwere Sprache.

Die Befragung fand in den meisten Fällen innerhalb des regulären Schulunterrichts statt, nur in drei Fällen wurde für die Schülerinnen und Schüler ein Extratermin vereinbart. Dies hatte jedoch keine Auswirkung auf die Teilnahmebereitschaft. An vier Schulen fand die Befragung in zwei Durchgängen statt, in den anderen Schulen innerhalb eines Durchgangs. Das Ausfüllen des Bogens dauerte mindestens 15 und maximal 45 Minuten, durchschnittlich etwa eine halbe Stunde. Während der Erhebung arbeiteten die Schülerinnen und Schüler überwiegend ruhig und diszipliniert.

<sup>97</sup> Michel/Häußler-Sczapan/Riedel 2003

### 4.3.1 Erfahrungen in den jeweiligen Schulen

Nach den jeweiligen Förderschwerpunkten untergliedert lassen sich die folgenden Besonderheiten während der Erhebungsphase herausstellen.

#### Schulen für Hörbehinderte

In den Schulen für Hörbehinderte machten wir sehr unterschiedliche Erfahrungen. In einer Schule trafen wir auf sehr viele hörende Schülerinnen und Schüler, die keine Gebärdensprache brauchten, während in einer anderen Schule sehr viele gehörlos waren und unsere Gebärdensprachdolmetscherin auffallend häufig in Anspruch nahmen. Häufig fand ein reger Austausch unter den Jugendlichen statt, unabhängig von den Klassenstufen, besonders aber unter den Mädchen. Gehörlose und schwer hörgeschädigte Schüler kommunizierten per Gebärdensprache miteinander. Im Gegensatz zu anderen Schulen war die Atmosphäre eher unruhig, was den ungewollten Lautäußerungen der stark hörgeschädigten bzw. gehörlosen Jugendlichen geschuldet ist.

#### Schulen für Sehbehinderte

Die Erfahrungen in den Schulen für Sehbehinderte waren recht ähnlich. Bis auf einen Teilnehmer waren alle sehend und daher in der Lage, den Fragebogen entweder in Papierform oder am Computer auszufüllen. Der blinde Schüler wurde beim Ausfüllen von seinem Betreuer unterstützt. Ein Teil der Jugendlichen füllte den Fragebogen am Computer aus, was die Lesbarkeit durch Vergrößerungsmöglichkeiten erhöhte. Dass der Großteil der Schülerinnen und Schüler den Fragebogen am Rechner ausfüllen wollte, war auch eher der Kommunikation im Vorfeld geschuldet, in der die Bearbeitungsvariante am PC favorisiert wurde. Die Papierform hat sich im Nachhinein als besser geeignet erwiesen, da die Fehlerquote beim Ausfüllen geringer war. Bei den darauf folgenden Erhebungen wurde daher von unserer Seite die Papierform präferiert. In den Schulen hatten zwar alle Schülerinnen und Schüler eine Sehbehinderung, es war jedoch niemand auf eine Sprachausgabe oder Braille-Zeile angewiesen. Das Ausfüllen des Fragebogens unter Nutzung der Braille-Zeile scheint zudem erschwert. Ein Schüler nutzte diese Technik, kam nur sehr langsam voran und brach das Ausfüllen des Fragebogens vorzeitig ab. Während der Erhebung herrschte große Ruhe, da jede Schülerin und jeder Schüler individuell für sich arbeitete. Insgesamt waren die sehbehinderten Jugendlichen sehr schnell mit dem Ausfüllen fertig und es gab kaum Verständnisfragen.

#### Schulen für Körperbehinderte

Auffallend an den Schulen für Körperbehinderte waren die unterschiedlichen Teilnahmequoten. In einer Schule lag die Quote bei nahezu 100 %, hier war auch das Interesse der Lehrkräfte am Thema sehr deutlich zu spüren. In den anderen beiden

Schulen beteiligte sich jeweils nur etwa ein Drittel der Schülerinnen und Schüler, teilweise aufgrund von Abwesenheit der Schülerinnen und Schüler (z. B. wegen widriger Witterungsbedingungen oder Aufenthalt im Schullandheim). Da an dieser Schule sowohl die Terminvergabe sehr schwierig als auch das Interesse der Schülerinnen und Schüler als sehr gering einzustufen war, wurde auf einen Ausweichtermin verzichtet. Eine Erhebung fand direkt im Anschluss an die Mittagspause statt, so dass sie sehr hektisch und unübersichtlich begann. Während des Ausfüllens arbeiteten die Schülerinnen und Schüler sehr konzentriert und gewissenhaft, besonders die Lernförderschülerinnen und -schüler. Waren Schülerinnen und Schüler während des Ausfüllens unruhig, wurden sie von den anderen ermahnt, ruhig zu sein. Nur in einer reinen Jungengruppe herrschte große Unruhe, es gab viele Zwischenkommentare und einige Verständnisfragen, z. B. zum Grad der Behinderung. Die Gruppe, die den Fragebogen in schwerer Sprache bearbeitete, war mit maximal 35 Minuten Ausfüllzeit deutlich schneller fertig als die Gruppe mit den Fragebögen in Leichter Sprache. An der Studie nahmen auch Schülerinnen und Schüler mit motorischen Einschränkungen in den oberen Extremitäten teil, aber alle waren ungeachtet dessen fähig, selbstständig den Fragebogen auszufüllen.

### **4.3.2 Strukturelle Probleme des Fragebogens**

Ein weiteres Problem eher inhaltlicher Natur kristallisierte sich erst im Laufe der Erhebung heraus. Viele Schülerinnen und Schüler hatten Probleme mit dem Prinzip der Filterfrage, vor allem diejenigen mit der Fragebogenversion in Leichter Sprache. In der Konstruktion des Fragebogens wurde bewusst auf viele Filterfragen verzichtet, bei der Frage nach Erfahrungen mit Geschlechtsverkehr war dies jedoch nicht möglich. Trotz Hervorhebung der Ausfüllanweisung mit größerer Schrift wurden die Sprungregeln von vielen Schülerinnen und Schülern nicht eingehalten. Daher folgte in der Auswertungsphase eine Datenbereinigung anhand der Filterfragen. So gingen in die Auswertung der Frage zur Geschlechtsverkehr-Erfahrung beispielsweise nur diejenigen ein, die auch die weiterführenden Fragen zum ersten Mal und zur Verhütung beantworteten.

Daraus resultiert ein gewisses Risiko der Verzerrung des tatsächlichen Anteils an Koituserfahrungen, da all diejenigen ausgeschlossen wurden, die zwar Koituserfahrungen ankreuzten, aber die anschließenden Fragen aus unbekanntem Gründen nicht beantworteten. Vermutlich wird diese Gruppe jedoch sehr klein sein. Generell sind Angaben zum sexuellen Erleben unter Gruppenbedingungen immer mit einer gewissen Vorsicht zu behandeln, weil es zu Falschangaben aufgrund sozialer Erwünschtheit oder Scham kommen kann.

#### **Probleme des Fragebogens bei Befragten mit Hörbehinderung**

In der Arbeit mit hörbehinderten Schülerinnen und Schülern fiel auf, dass sie Probleme mit der Semantik einiger Wörter hatten, z. B. mit dem Begriff Zärtlichkeit.

Auch das Wort Samenerguss musste erklärt werden, da die mit anwesenden Lehrerinnen meinten, dass die Jungen zwar den Vorgang kennen, aber das Wort dazu nicht. Eine Regel für das Erstellen von Texten in Leichter Sprache besagt, dass auf den Konjunktiv möglichst verzichtet werden soll. Einige Schülerinnen und Schüler, vor allem Mädchen, hatten mit der Frage nach einer aktuell potenziellen Schwangerschaft, die im Konjunktiv formuliert war, auch offensichtlich Probleme und ließen sie entsprechend unbeantwortet. Bei nicht zutreffenden Antworten bildeten die Schülerinnen und Schüler mehrfach selbstständig neue Antwortkategorien wie z. B. „noch nicht“. Auffallend war auch das etwas andere Sprachverständnis von hörgeschädigten Jugendlichen. Die aufgekommenen Verständnisfragen und im Fragebogen vorgefundenen Antworten mit einem veränderten Satzbau, z. B. Zitate von den Schülern aus den Fragebögen auf die letzte Frage (Frage 57 → *Anhang*) lassen vermuten, dass Fragestellungen z. T. anders aufgefasst worden sein könnten als bei hörenden Schülerinnen und Schülern.

### **Probleme des Fragebogens bei Befragten mit Sehbehinderung**

In der Version für sehbehinderte Schülerinnen und Schüler stellte sich heraus, dass es aufgrund einer ungünstigen Formatwahl immer wieder zu Verschiebungen innerhalb des Fragebogens kam. Auch hatten einige wenige Teilnehmende statt wie in den Anweisungen formuliert ein „X“ einzutippen die zur bildlichen Unterstützung dargestellten ein bzw. drei Kreuze kopiert oder in die jeweiligen Kästchen verschoben, so dass sie auf Fragen mit multiplen Antwortmöglichkeiten nicht vollständig antworteten. Auch wurden vielfach Antwortkreuze nicht in die vorgegebenen Kästchen, sondern davor oder dahinter gesetzt. Leider war es auch hier so, dass ein Teil der Befragten die Frage nach der aktuell potenziellen Schwangerschaft nicht beantwortete, wobei nicht eindeutig ist, ob es sich um ein Formulierungsproblem handelt oder um ein Darstellungsproblem, da diese Frage im Vergleich zu den vorangegangenen optisch unauffälliger ist.

### **Probleme des Fragebogens bei Befragten mit Körperbehinderung**

Speziell bei körperbehinderten Schülerinnen und Schülern lässt sich ergänzend festhalten, dass Personen mit einer Zerebralparese in der räumlichen Wahrnehmung eingeschränkt sein können, was das Lesen von Tabellen erschweren kann.

## **4.4 Definition der Auswertungsgruppen**

An dieser Stelle muss eine Erläuterung der Begrifflichkeiten erfolgen, da es sich bei den befragten Schülerinnen und Schülern mit sonderpädagogischem Förderbedarf nicht wie zu vermuten um ausschließlich körper-, seh- oder hörbehinderte Jugendliche, sondern um eine ausgesprochen heterogene Gruppe handelt. Innerhalb der

Förderschulen werden Schülerinnen und Schüler mit unterschiedlichen Förderschwerpunkten beschult. Das Vorgehen der Zuordnung wurde bereits in → *Kapitel 3.2* ausführlich erläutert. Dies hat zur Folge, dass die Gruppe der Förderschülerinnen und -schüler innerhalb eines bestimmten Schultyps sehr heterogen ist. So werden in der Schule für Hörbehinderte nicht nur Kinder und Jugendliche mit einer tatsächlichen Hörbehinderung beschult, sondern auch Schülerinnen und Schüler mit einem diagnostischen sonderpädagogischen Förderbedarf Hören. Dieser kann aus der bereits erwähnten auditiven Wahrnehmungs- und Verarbeitungsstörung resultieren, die Gruppe setzt sich aber auf jeden Fall zusammen aus Schülerinnen und Schülern mit einer diagnostizierten Stimm-, Sprach-, Sprech- oder Hörschädigung.

Oftmals trifft man auf eine Kombination aus mehreren Beeinträchtigungen, eine so genannte Mehrfachbehinderung, z. B. Hörschädigung und Lernbehinderung. Im Allgemeinen liegt bei den Schülerinnen und Schülern der jeweilige Förderbedarf analog dem Förderschwerpunkt der Schule vor, im Einzelfall werden auch Schülerinnen und Schüler unterrichtet, für die es keine eindeutige Zuordnung zu einem Förderschwerpunkt ergibt (wie Autismus). All diese Schülerinnen und Schüler teilen nur den gemeinsamen Schulbesuch einer Schule für Hörbehinderte, ausschließlich hörbehindert ist nur ein Teil davon.

Für die Auswertung der Daten wurde festgelegt, die vorliegende Behinderung oder Beeinträchtigung des Jugendlichen unter der besuchten Schulart zu codieren. Somit müsste der korrekte Begriff statt „hörbehindert“ oder „Jugendliche mit Hörbehinderung“ eigentlich „Schülerinnen und Schüler einer Schule mit Förderschwerpunkt Hören“ lauten. Analog dazu wäre der Begriff für die Jugendlichen mit Körperbehinderung „Schülerinnen und Schüler einer Schule mit Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung“ und für Jugendliche mit Sehbehinderung „Schülerinnen und Schüler einer Schule mit Förderschwerpunkt Sehen“. Die Subsumierung unterschiedlicher Behinderungs- und Krankheitsbilder unter den Begriffen Körperbehinderung, Sehbehinderung und Hörbehinderung ist der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit geschuldet, gemeint sind jedoch die verschiedenen Schularten.

## 4.5 Empfehlungen für zukünftige Erhebungen

Bei zukünftigen Erhebungen sollte auf eine ruhige Atmosphäre während des Ausfüllens und auf den notwendigen zeitlichen Rahmen geachtet werden. Ggf. kann gleich ein Ausweichtermin vereinbart werden, wenn Schülerinnen und Schüler aus Gründen wie Krankheit oder widrige Witterungsbedingungen beim ersten Termin nicht anwesend sein können. Besonders wichtig ist die Unterstützung vonseiten der Schulleitung, die das Kollegenteam auf die Erhebung vorbereitet. Dies wirkt sich günstig auf die Teilnahmebereitschaft der Schülerinnen und Schüler aus. Unserer Erfahrung nach liegt es weniger an den Eltern, ob minderjährige Jugendliche an einer

Erhebung teilnehmen, als vielmehr an der Vorbereitung der Lehrkräfte auf die Befragung. Darauf sollte bereits beim Erstgespräch in der Schule hingewiesen werden.

Für zukünftige Befragungen von hörbehinderten Jugendlichen lassen sich folgende Vorschläge formulieren: Den Fragebogen möglichst in Leichter Sprache verwenden. Worte, insbesondere Fremd- oder zusammengesetzte Worte, sollten so weit wie möglich vereinfacht und wenn nötig nebenstehend erklärt werden. Bei den Zeitformen sollten nur Präsens und Präteritum verwendet werden, außerdem sollte möglichst auf Filterfragen verzichtet werden. Nach Möglichkeit sollte der Text durch selbsterklärende Bilder unterstützt werden. Die Erhebung lässt sich gut in Gruppen durchführen, jedoch mit einem ausreichenden räumlichen Abstand zwischen den Teilnehmenden. Bei zukünftigen Befragungen zu intimen Thematiken sollte unbedingt auf günstige Bedingungen wie das Vorhandensein eines Diskretionsabstandes geachtet werden, um den oben beschriebenen Effekt von Falschangaben aufgrund sozialer Erwünschtheit oder Scham zu vermeiden. Um Verständnisschwierigkeiten zu verringern, bietet es sich an, die Fragen laut vorzulesen und ggf. zu gebärden.

Es empfiehlt sich wie bei allen Veranstaltungen mit sexualpädagogischem Inhalt, die Anwesenheit der Lehrkraft auszuschließen und stattdessen eine schulunabhängige Person mit Gebärdensprachkompetenz einzusetzen. Es empfiehlt sich weiterhin, den Fragebogen im Vorfeld verstärkt von Hörbehinderten prüfen zu lassen, möglichst von einer Person mit einer kombinierten Lern- und Hörbehinderung.

Für zukünftige Befragungen von sehbehinderten Jugendlichen lassen sich folgende Vorschläge formulieren: Wenn die Jugendlichen über eine ausreichende Sehstärke verfügen, empfiehlt sich der Einsatz von Papierfragebögen. Dabei sollte die Schriftgröße je nach Anforderung variabel gestaltet sein. Die digitale Version des Fragebogens müsste sehr gut aufgearbeitet sein, z. B. als Formular mit verankerten Antwortfeldern, jedoch nicht als PDF- oder Word-Dokument. Ebenso sollte eine Sprachausgabe zur Verfügung stehen sowie die Option für ein mündliches Interview. Es sollte am besten vor Ort anhand der Fähigkeiten der Schülerin bzw. des Schülers entschieden werden, welche Version Anwendung findet. Es empfiehlt sich daher, alle Versionen bereitzuhalten. Ähnlich wie bei den hörbehinderten Schülerinnen und Schülern bietet sich der Einsatz des Fragebogens in Leichter Sprache mit einfachen Wörtern und wenigen Zeitformen an.

Aufgrund der unterschiedlichen Lehrplaninhalte der allgemeinen Schulen und der Lernförderschulen zu sexualpädagogischen Themen (vgl. dazu →*Kapitel 3.3*) differiert der Kenntnisstand der Jugendlichen in der vorliegenden Befragung. Sollte es sich bei den Förderschülerinnen und -schülern um Jugendliche mit und ohne Lernförderbedarf handeln, denen unterschiedliche Lehrpläne als Vorgaben dienen, empfiehlt es sich, für künftige Befragungen dringend zu ermitteln, nach welchem Lehrplan die Befragten jeweils unterrichtet werden.

# Ergebnisse im Detail

# 5

Von Dezember 2010 bis Mai 2011 wurden im Rahmen dieser Studie 104 Schüler und 65 Schülerinnen mit Körper-, Hör- und Sehbehinderung zwischen 12 und 18 Jahren an neun Förderschulen und zwei Berufsbildungswerken in Sachsen befragt.

## 5.1 Soziodemografie

Behinderungen und chronische Erkrankungen treffen laut Schwerbehindertenstatistik mehr Jungen als Mädchen<sup>98</sup>, was sich in der vorliegenden Stichprobe widerspiegelt. Fast zwei Drittel der Befragten waren männliche Jugendliche (vgl. Tabelle 7). Die Altersgruppen hingegen verteilten sich recht gleich, auch innerhalb der Behinderungsgruppen. Lediglich bei den 15-Jährigen war ein leichter Überhang zu verzeichnen. Die Verteilung der Schülerinnen und Schüler nach Schulart entsprach nicht ganz der statistischen Verteilung nach Art der Behinderung, da wir mit der Befragung am häufigsten Jugendliche mit Hörbehinderungen erreichen konnten.<sup>99</sup>

<sup>98</sup> Statistisches Bundesamt 2009, vgl. Tabelle 1

<sup>99</sup> Zu den methodischen Problemen ausführlich in →Kapitel 4



Tabelle 7: Beschreibung der Stichprobe

<i>Fallzahl</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Befragte Jugendliche</b>	<b>65</b>	<b>100</b>
Jungen	104	61,5
Mädchen	65	48,5
<b>Alter</b>		
12–13 Jahre	28	16,6
14 Jahre	30	17,8
15 Jahre	42	24,9
16 Jahre	36	21,3
17–18 Jahre	33	19,6
<b>Schüler einer Schule für</b>		
<i>Körperbehinderung</i>	65	38,5
<i>Sehbehinderung</i>	31	18,3
<i>Hörbehinderung</i>	73	43,2

Quelle: Schwerbehindertenstatistik Sachsen zum 31.12.2007, Statistisches Bundesamt 2009

Auffallend ist die sehr heterogene Altersverteilung in den einzelnen Klassenstufen, was eine Besonderheit an Förderschulen darstellt und auf alle Behinderungsarten zutrifft. Die größte Spannbreite wird in Klassenstufe 7 mit 12 bis 16 Jahren und in Klassenstufe 8 mit 13 bis 17 Jahren erreicht und zeigt das unterschiedliche Entwicklungsniveau der Schülerinnen und Schüler, das u. a. durch lange Krankenhausaufenthalte verursacht sein kann.

### Selbstwahrnehmung der eigenen Behinderung

Das Bild der heterogenen Krankheits- und Behinderungsbilder in den jeweiligen Schulen (vgl. → *Kapitel 4.4*) wird bestätigt, wenn man sich anschaut, wie die Selbstwahrnehmung der eigenen Behinderung allein bei den Schülerinnen und Schülern der Förderschule mit Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung (Schule für Körperbehinderte) ausfällt (vgl. Tabelle 8). Ein ähnliches Bild ergibt die Auswertung der Angaben der Schülerinnen und Schüler der Schulen für Hör- und Sehbehinderte.

Tabelle 8: „Welche Behinderung hast du?“ am Beispiel der Schulen für Körperbehinderte (Mehrfachantworten möglich)

Schule für Körperbehinderte	
Fallzahl	n = 65
	%
Körperbehinderung	45
Körperbehinderung + Sehbehinderung	2
Körperbehinderung + chronische Erkrankung	1
Körperbehinderung + psychische Erkrankung	1
Körperbehinderung + Lernbehinderung	8
Hörbehinderung	2
Seherschädigung	1
Chronische Erkrankung	7
Psychische Erkrankung	4
Lernbehinderung	10
Chronische Erkrankung + psychische Erkrankung	1
Hörbehinderung + chronische Erkrankung	1
Keine Angabe	1

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen, dass in den Förderschulen mit dem Förderschwerpunkt körperliche und motorische Entwicklung nicht nur körperbehinderte Kinder und Jugendliche beschult werden, sondern auch Kinder mit anderen oder mehreren Behinderungen, mit chronischen Erkrankungen oder Kinder und Jugendliche ohne eigenen Förderschwerpunkt (vgl. dazu → *Kapitel 4.4*). Gleiches gilt für die Auswertungsgruppen der Jugendlichen mit Seh- und Hörbehinderung.

### Wohnsituation der Befragten

Die Wohnsituation von Jugendlichen mit Behinderungen kann in der vorliegenden Erhebung nicht ausreichend geklärt werden. Mit ihren zentralen Standorten verfügen die sächsischen Förderschulen über einen großen Einzugsbereich, weshalb an jede Schule ein Internat oder Wohnheim angegliedert ist. Altersmäßig gab es laut unseren Ergebnissen jedoch keine oder nur geringe Unterschiede hinsichtlich der Frage, ob die/der Jugendliche größtenteils zu Hause oder im Internat lebt.

Über die Hälfte der Jugendlichen wohnte bei beiden Eltern (51,2%), ein Drittel bei einem Elternteil (33,3 %, z. T. mit Stiefeltern) und nur sehr wenige wohnten im Internat (7%). Hier ließe sich vermuten, dass die Wohnform Internat für viele Jugendliche erst im Rahmen der Berufsausbildung relevant wird. Einige geringfügige Unterschiede gab es jedoch unter den Behinderungsarten: Ein Fünftel der Sehbehinderten lebte im Internat (20%) und etwa einer von zehn Körperbehinderten bei Adoptiv- oder Pflegeeltern (12%).

Der Zeitpunkt, zu dem die Behinderung bzw. Erkrankung eintrat, ist unter den Geschlechtern nahezu identisch. Bei knapp zwei Dritteln der Befragten trat sie mit der Geburt ein (63,9%), am häufigsten bei körperbehinderten Jugendlichen (78,5%). Insgesamt konnte jeder Zehnte keine Angabe zum Zeitpunkt des Eintritts seiner Behinderung machen (10,7%), darunter auffallend viele hörbehinderte Jugendliche. Bei knapp einem Viertel der Jugendlichen ist die Behinderung oder Erkrankung zu einem späteren Zeitpunkt eingetreten bzw. hat sie sich allmählich ergeben (24,8%). Die Spanne liegt hier bei einem Alter von einem bis elf Jahren, der Durchschnitt bei einem Alter von fünf Jahren.

**Fazit:** Zusammengefasst weist unsere Stichprobe einen Überhang von männlichen Befragten auf, einen geringen Anteil an sehbehinderten Schülerinnen und Schülern und Jugendlichen, die größtenteils im Elternhaus und von Anfang an mit einer Behinderung aufwachsen.

5

## 5.2 Sexuaufklärung

Die Aufklärung beginnt in der Regel bereits im Kindergarten und wird dann in der Schule weitergeführt. Eine entscheidende Rolle spielt zudem das Elternhaus. Im Folgenden werden Ergebnisse zu den Quellen der Sexuaufklärung dargestellt, unterschieden nach Medien und Personen sowie dem Informationsstand und dem weiterführenden Informationsbedarf der Jugendlichen.

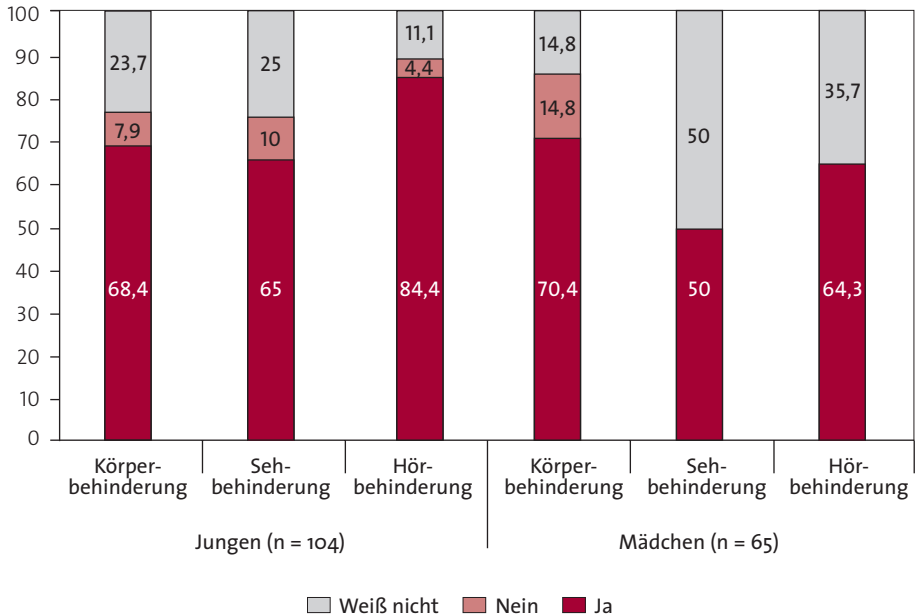
### 5.2.1 Subjektive Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit

Sexuaufklärung ist in sächsischen Regel- und Förderschulen eine Pflichtveranstaltung, so dass jede Schülerin und jeder Schüler mit dem Themengebiet in irgendeiner Weise in Kontakt kommt. Wie viel letztendlich bei den Kindern und Jugendlichen an Wissen vorhanden ist, hängt vom Vorwissen, von den unterschiedlichen Zugängen und nicht zuletzt auch vom Interesse der Einzelnen ab. Als Einstieg in die Befragung sollten die Befragten daher eine Selbsteinschätzung ihres Sexualkundewissens vornehmen.

Auf die Frage „Weißt du viel über Sexualität?“ antworteten mehr als zwei Drittel mit „Ja“ (70,8 %) und nur 6,5 % mit „Nein“. Knapp ein Viertel der Jugendlichen konnte das eigene Wissen nicht einschätzen und kreuzte daher „weiß nicht“ an (22,6 %). Jeder fünfte Junge und knapp jedes dritte Mädchen war nicht in der Lage, die eigene Aufgeklärtheit einzuschätzen (18,4 % vs. 29,2 %).

Innerhalb der Behinderungsgruppen kreuzte die Hälfte der sehbehinderten und über ein Drittel der hörbehinderten Mädchen „Weiß nicht“ an (vgl. Abbildung 2).

**Abbildung 2: „Weißt du viel über Sexualität?“, nach Geschlecht und Behinderungsart (Angaben in %)**



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Bei den Jungen waren es die Hörbehinderten, die sich am häufigsten als aufgeklärt einschätzten, bei den Mädchen die Körperbehinderten. Gleichzeitig findet sich in der Gruppe der körperbehinderten Mädchen der größte Anteil derer, die angaben, nicht viel über Sexualität zu wissen.

Bei allen Jugendlichen war außerdem der Einfluss des Alters schwach erkennbar: Je älter die Jugendlichen waren, umso aufgeklärter beurteilten sie sich (vgl. Tabelle 9). Jedoch blieb der Anteil derjenigen, die sich nicht einschätzen konnten, über die Altersgruppen verteilt relativ konstant.

Tabelle 9: „Weißt du viel über Sexualität?“, nach Altersgruppen (Angaben in %)

Fallzahl	12–13 Jahre n = 28	14 Jahre n = 30	15 Jahre n = 42	16 Jahre n = 36	17–18 Jahre n = 33
Ja	64,3	63,3	70,7	80,6	72,7
Nein	10,7	3,3	9,8	2,8	6,1
Weiß nicht	25	33,3	19,5	16,7	21,2

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

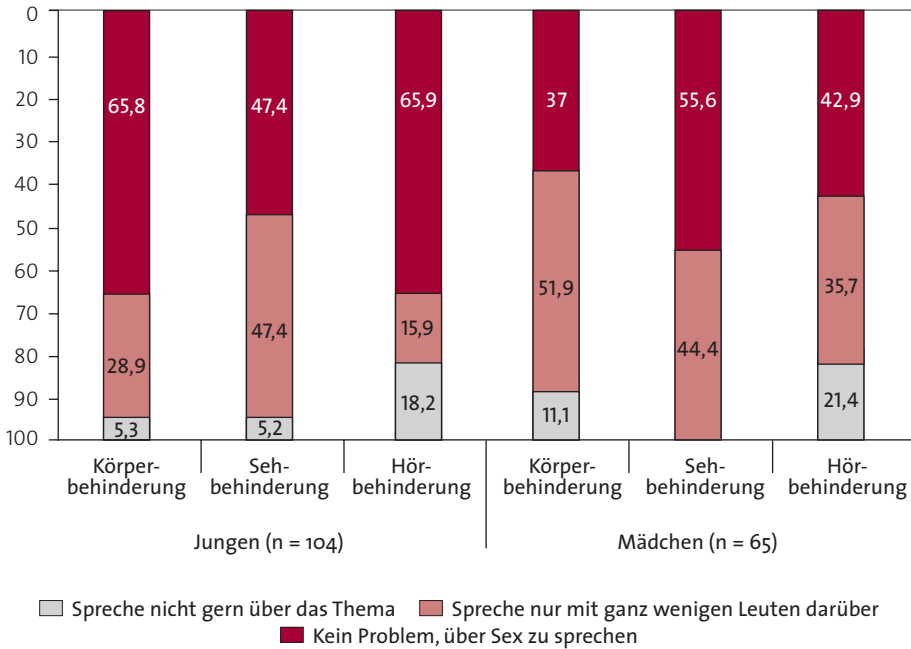
Insgesamt sind bei der subjektiven Einschätzung der eigenen Aufgeklärtheit ein Geschlechts- und ein Alterseffekt beobachtbar. Im Vergleich zu den Jungen fiel es den Mädchen schwerer, ihr Sexualwissen einzuschätzen, und jüngeren Schülerinnen und Schülern fiel die Einschätzung schwerer als den älteren. Schülerinnen und Schülern. Innerhalb der Behinderungsgruppen meinten sehbehinderte Jugendliche am seltensten, viel über Sexualität zu wissen.

## 5.2.2 Kommunikation über Sexualität

Über die Hälfte der befragten Jugendlichen schätzte es als unproblematisch ein, Gespräche über Sexualität zu führen (54,5%). Ein Drittel spricht nur mit wenigen Personen darüber (33,3%) und ein kleiner Teil empfindet Unbehagen bei dem Thema (12,1%). Signifikante Unterschiede gibt es sowohl zwischen den Behinderungsgruppen als auch zwischen den Geschlechtern. Während Jungen eher kein Problem damit hatten, über Sexualität zu sprechen (62,4%), taten dies die Mädchen bevorzugt mit nur wenigen Personen (43,8%). Ungern über das Thema kommunizierten hingegen nur wenige Jungen und Mädchen (10,1% vs. 14,1%).

Ein Alterseffekt war nicht feststellbar. Unterschieden nach der Art der Behinderung lässt sich festhalten, dass unter den Jungen sehbehinderte Jugendliche und bei den Mädchen körperbehinderte Jugendliche am ehesten mit nur wenigen Personen über Sexualität kommunizierten (vgl. Abbildung 3). Sie waren es auch, die am häufigsten nur eine oder zwei Vertrauenspersonen in sexuellen Fragen angaben (vgl. → Kapitel 5.2.4).

Abbildung 3: „Wie fühlst du dich, wenn über Sexualität gesprochen wird?“, nach Geschlecht und Behinderungsart (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Als unproblematisch beurteilten hingegen am ehesten sehbehinderte Mädchen und körper- und hörbehinderte Jungen Gespräche über Sexualität. Hörbehinderte Jugendliche waren gleichzeitig die größte Gruppe, die sich ungern über das Thema austauscht.

Schlussfolgernd sind Jungen insgesamt offener bei der Wahl der Gesprächspartnerinnen und -partner, während Mädchen stärker selektieren. Zudem ist die Kommunikation über Sexualität eng an die Anzahl vorhandener Vertrauenspersonen in sexuellen Fragen gekoppelt, d. h., je weniger Vertrauenspersonen vorhanden sind, umso weniger offen wird über Sexualität kommuniziert.

### 5.2.3 Quellen der Sexualaufklärung

Jugendrelevante Themen werden mittlerweile in den verschiedensten Formen dargeboten und den Jugendlichen auf vielfache Weise vermittelt. Doch werden die gängigen Medien auch von Jugendlichen mit Behinderungen genutzt? Oder gilt allein die Schule als Vermittler sexualpädagogischer Themen?

Dieses Bild bestätigt sich tatsächlich. Für über drei Viertel der Jugendlichen ist die Schule Hauptquelle der Wissensvermittlung (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: „Woher weißt du über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend Bescheid?“, nach Behinderungsart (Angaben in %)

Rang		Gesamt	Körper- behinderung n = 65	Seh- behinderung n = 31	Hör- behinderung n = 73
1	Schulunterricht	82,8	89,2	74,2	80,8
2	Jugendzeitschriften	46,2	46,2	25,8	54,8
3	Computerprogramme/ -spiele und Internet	35,5	27,7	29	45,2
4	Fernsehfilm/DVDs	30,8	23,1	22,6	41,1
5	Aus dem eigenen Erleben	23,7	16,9	25,8	28,8
6	Kostenlose Aufklärungshefte	16,6	20	19,4	12,3
7	Vorträge/Infover- anstaltungen	5,9	6,2	12,9	2,7
8	Radio/Hörbücher	3,6	3,1	6,5	2,7

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Die zweitwichtigste Informationsquelle sind Jugendzeitschriften, gefolgt von Computerprogrammen und -spielen und dem Internet. Bei den Jugendzeitschriften gab es einen signifikanten Unterschied zwischen den Behinderungsarten: Sehbehinderte Jugendliche nutzten deutlich seltener Jugendzeitschriften im Vergleich zu denen mit anderen Behinderungsarten. Gleiches gilt für Fernsehfilme und DVDs, die signifikant am stärksten von hörbehinderten Jugendlichen verwendet wurden. Auf Geschlechtsunterschiede wird an späterer Stelle eingegangen.

Der Computer und das Internet wurden häufiger für die Sexualaufklärung genutzt, je älter der oder die Jugendliche war. Weitere Medien waren kostenlose Aufklärungshefte, die wiederum von den Hörbehinderten seltener genutzt wurden. Hier war auch ein Alterseffekt spürbar, da mit steigendem Alter signifikant häufiger Aufklärungshefte zum Einsatz kamen als bei jüngeren Schülerinnen und Schülern (12/13 Jahre: 3,6 % vs. 17/18 Jahre: 33,3 %).

Für ein knappes Viertel der Befragten stammte das Wissen über Sexualität aus dem eigenen Erleben. Wieder war ein Alterseffekt erkennbar, zusätzlich fanden sich Unterschiede in den Behinderungsarten: Körperbehinderte Jugendliche bezogen im Vergleich zu Seh- und Hörbehinderten am seltensten ihr Wissen aus dem eigenen Erleben. Vorträge und Infoveranstaltungen dienten für alle Befragten eher selten als Quelle der Wissensvermittlung, ebenso das Radio oder Hörbücher. Am häufigsten fanden die beiden letztgenannten bei den sehbehinderten Jugendlichen Anklang.

Die Jugendlichen wurden gefragt, welche Informationsquellen sie neben den tatsächlich genutzten Medien am stärksten präferieren würden, wenn sie denn weitere Informationen zum Thema Sexualität erhalten wollten. Ein kleiner Teil der Befragten wünschte sich keine weiteren Informationen (13,2%). Über die Hälfte der Schülerinnen und Schüler wollte jedoch zum Thema Sexualität und Aufklärung im Schulunterricht mehr erfahren, und mehr als ein Drittel wünschte sich weitere Informationen in Jugendzeitschriften (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: „Woher möchtest du gern mehr Informationen erhalten?“, nach Behinderungsart (Angaben in %)

Rang		Gesamt	Körper- behinderung <i>n</i> = 65	Seh- behinderung <i>n</i> = 31	Hör- behinderung <i>n</i> = 73
1	Schulunterricht	55,7	63,1	46,7	52,8
2	Jugendzeitschriften	35,9	38,5	23,3	38,9
3	Computerpro- gramme/ -spiele und Internet	23,4	18,5	23,3	27,8
4	Kostenlose Aufklä- rungshefte	22,2	24,6	10	25
5	Fernsehfilm/DVDs	19,2	16,9	13,3	23,6
6	Öffentliche Ausstel- lungen	11,4	4,6	20	13,9
7	Vorträge/Infoveran- staltungen	9,6	10,8	13,3	6,9
8	Comics	8,4	9,2	3,3	9,7
9	Aufklärungsspiele	6,6	7,7	3,3	6,9
10	Radio/Hörbücher	4,2	6,2	6,7	1,4

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011



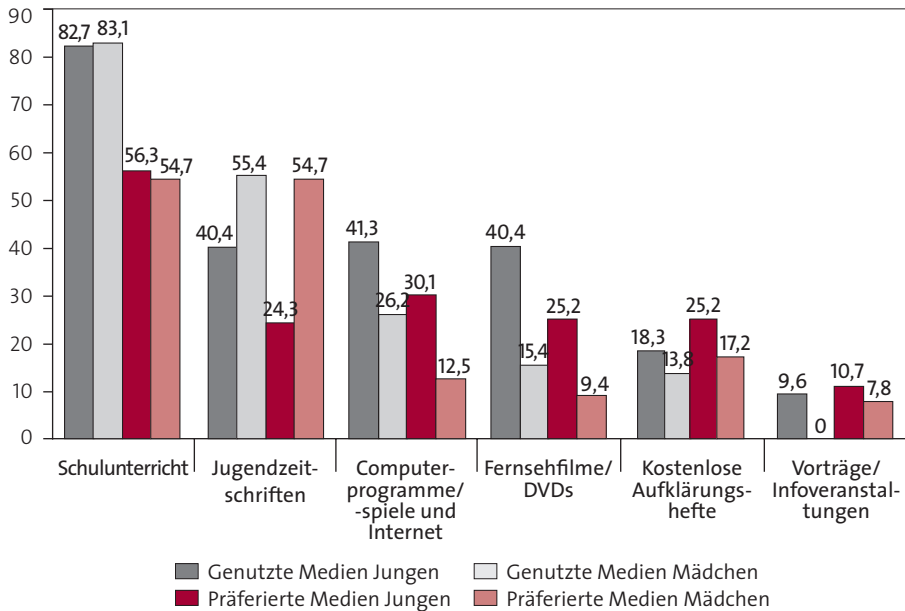
Wie auch bei den bereits genutzten Medien waren Computerprogramme/-spiele und das Internet sowie Fernsehfilme und DVDs das Mittel der Wahl, besonders für hörbehinderte Jugendliche. Kostenlose Aufklärungshefte wurden von ihnen zwar seltener genutzt, da sie ihnen evtl. nicht zur Verfügung standen, von einem Viertel (25 %) der Hörbehinderten wurden sie jedoch als Informationsquelle präferiert. Hier machte sich ein Alterseffekt bemerkbar: Je älter die Jugendlichen waren, desto häufiger wünschten sie sich kostenlose Aufklärungshefte (14 Jahre: 10 % vs. 17/18 Jahre: 36,4 %).

Öffentliche Ausstellungen, Vorträge und Infoveranstaltungen wurden besonders von sehbehinderten Jugendlichen als bevorzugte Aufklärungsmedien genannt, möglicherweise aufgrund von Veranstaltungen, die zeitnah stattgefunden hatten. Körperbehinderte wählten dieses Medium kaum, eventuell kommen hier bauliche Barrieren als Grund in Betracht. Sehbehinderte Jugendliche wählten insgesamt seltener visuelle Informationsmöglichkeiten, aber auch Radio und Hörbücher waren für sie kein bevorzugtes Medium der Sexualaufklärung. Sie äußerten sich allgemein zurückhaltender auf die Frage, woher sie in Zukunft Informationen zum Thema Sexualität und Aufklärung beziehen möchten.

Vorschläge für unkonventionelle Medien mit Innovationscharakter im Bereich der Sexualaufklärung wie Comics oder Aufklärungsspiele fanden bei Jugendlichen mit Behinderungen wenig Anklang. Lediglich die 17- bis 18-jährigen Jugendlichen konnten sich Sexualekunde in Comicform vorstellen (18,2 %). Aber auch für Radio oder Hörbücher bestand nur eine sehr geringe Nachfrage. Gewünscht wurden von den Jugendlichen in erster Linie Face-to-Face-Situationen, digitale Versionen und Printmedien.

Im Vergleich der bereits genutzten und der gewünschten Informationsquellen wird deutlich, dass bei Jungen ebenso wie bei Mädchen präferierte Medien durchweg weniger benannt wurden. Nur die kostenlosen Aufklärungshefte, Vorträge und Infoveranstaltungen wurden etwas stärker gewünscht als schon genutzt (vgl. Abbildung 4).

Abbildung 4: Genutzte und präferierte Medien, nach Geschlecht (Angaben in %)



Jungen n = 104, Mädchen n = 65

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Signifikante Unterschiede zwischen den befragten Jungen und Mädchen gibt es hinsichtlich der Nutzung von Computerprogrammen/-spielen und dem Internet. Diese Medien werden stärker von den Jungen präferiert, während Mädchen ihre Informationen über Sexualität und Aufklärung überwiegend aus Jugendzeitschriften bezogen und diese auch signifikant häufiger bevorzugten. Nach Informationen der Bundesprüfstelle für jugendgefährdende Medien zur geschlechtsspezifischen Mediennutzung von Kindern und Jugendlichen<sup>100</sup> lassen sich diese Unterschiede nicht nur im Bereich der Sexualaufklärung beobachten. Ein ähnliches Geschlechterverhältnis mit einem ebenfalls signifikanten Ergebnis zeigt die Nutzung des Mediums Film.

**Fazit:** Während die Schule als Vermittlungsinstanz sexualpädagogischer Inhalte unabhängig von Geschlecht und Art der Behinderung der Jugendlichen an vorderster Stelle agiert, wurden die weiteren Medien unterschiedlich intensiv genutzt. Einerseits ist ein Zusammenhang mit dem Behinderungsbild und der Zugänglichkeit des Mediums tendenziell erkennbar, was sich auch in den Präferenzen widerspiegelt. Erwartungsgemäß wussten die befragten körper- und hörbehinderten Jugendlichen deutlich häufiger als die sehbehinderten Jugendlichen durch visuelle Medien wie

<sup>100</sup> Vgl. <http://bundespruefstelle.de/bmfsfj/generator/bpjm/Jugendmedienschutz-Medienerziehung/erziehung-medienkompetenz,did=114126.html> (Zugriff: 10.08.2010)

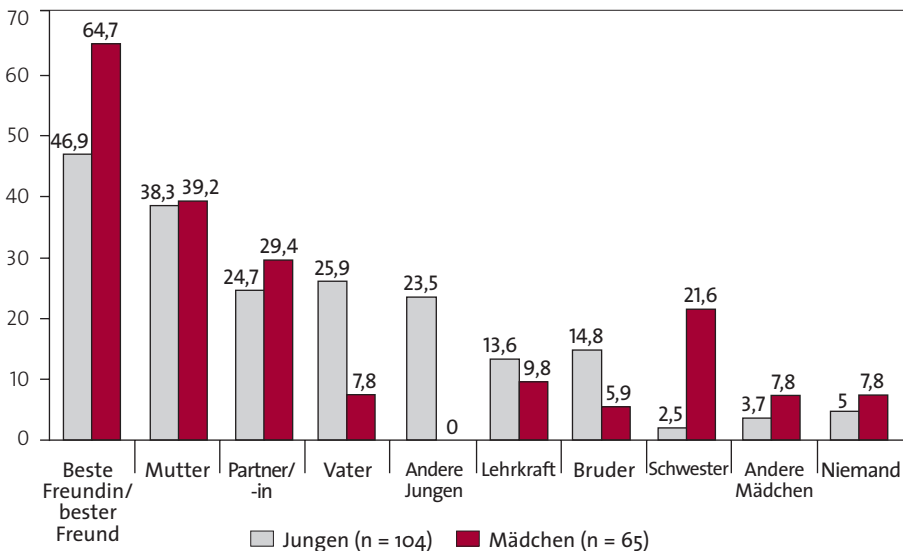
Zeitschriften, Filme und Computerprogramme über sexuelle Themen Bescheid und wünschten sich diese auch am häufigsten für zukünftige Sexuaufklärung. Andererseits kam das große Interesse der Jungen an Technik und Computern auch in der Sexuaufklärung zum Ausdruck, während Mädchen ganz klar Jugendzeitschriften bevorzugten. Letztendlich zeigen sich noch Alterseffekte bei der Nutzung des Internets und kostenloser Aufklärungshefte. Diese Medien der Sexuaufklärung sind insbesondere für ältere Jugendliche interessant.

## 5.2.4 Vertrauenspersonen und Aufklärungspersonen

### Vertrauenspersonen für sexuelle Fragen

Jungen und Mädchen im Teenageralter durchlaufen sehr viele Veränderungen, auch in sexueller Hinsicht. Daher ist es für Jugendliche dieses Alters von großer Bedeutung, dass ihnen für ihre Fragen jederzeit eine Vertrauensperson zur Seite steht. Nahezu jedes befragte Mädchen und jeder Junge mit Behinderungen hatte mindestens eine Vertrauensperson (93,3%). Mit zunehmendem Alter der Befragten stieg die Wahrscheinlichkeit des Vorhandenseins einer Vertrauensperson, durchschnittlich wurden zwei Personen angegeben. Welche das im Einzelnen waren, zeigt die folgende Übersicht (Abbildung 5):

Abbildung 5: „Mit wem kannst du am besten über sexuelle Dinge sprechen?“, nach Geschlecht (Angaben in %)



n = 132; Ausgewertet wurden nur die Fragebögen in Leichter Sprache. Erläuterungen dazu unter → Kapitel 4.3.2.

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Die mit Abstand am häufigsten genannte Vertrauensperson ist sowohl für die Jungen als auch für die Mädchen der beste Freund bzw. die beste Freundin. Insgesamt sind es 54,2 %, die dem besten Freund oder der besten Freundin dieses Vertrauen schenken, bei den Mädchen sogar 64,7 %. Damit nehmen Gleichaltrige noch vor den Eltern die wichtigste Rolle in sexuellen Fragen ein. Die Mutter ist für beide Geschlechter die zweitwichtigste Vertrauensperson (38,9 %), die Jungen geben zusätzlich den Vater an (insgesamt 19,1 %). Die Partnerin bzw. der Partner als Vertrauensperson wird sowohl für Jungen als auch Mädchen mit zunehmendem Alter der Befragten relevant (insgesamt 26,7 %).

Die Antworten der Jugendlichen unterscheiden sich zum Teil nach Geschlecht: Zum einen sind es die gleichgeschlechtlichen Geschwister (bei den Jungen der Bruder: 14,8 %; bei den Mädchen die Schwester: 21,6 %), zum anderen die Jugendlichen der Peergroup (andere Jungen: 14,5 %, andere Mädchen: 5,3 %), die Vertrauenspersonen in sexuellen Fragen darstellen. Während bei den Jungen häufiger andere Jungen als Vertrauenspersonen fungieren, sind es bei den Mädchen die Schwestern, seltener andere Mädchen. Insgesamt spielen Geschwister und Peergroup jedoch eine eher untergeordnete Rolle, ebenso wie die Lehrkraft (12,2 %).

Bei den Ergebnissen lassen sich keine oder nur geringe Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen feststellen. Im Vergleich zu den anderen Behinderungsgruppen nehmen für hörbehinderte Jugendliche z. B. die Lehrerin, der Lehrer und die Schwester am häufigsten die Rolle als Vertrauensperson in sexuellen Fragen ein, jedoch am seltensten andere Mädchen. Sehbehinderte Jugendliche geben am seltensten den Vater als Vertrauensperson an und körperbehinderte Jugendliche die Partnerin oder den Partner. Konsequenterweise sind die sehbehinderten Jungen und die körperbehinderten Mädchen auch diejenigen, die am ehesten mit nur wenigen Personen über Sexualität kommunizierten (vgl. → *Kapitel 5.2.2*).

**Fazit:** Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die meisten befragten Jugendlichen mit Behinderungen über eine Vertrauensperson in sexuellen Fragen verfügen und bei der Wahl der Vertrauensperson neben gleichaltrigen vor allem gleichgeschlechtliche Personen klar bevorzugt werden. Eine Ausnahme bildet die Mutter als häufig genannte Vertrauensperson für männliche Jugendliche.

### **Bezugspersonen der Aufklärung**

Wie in Kapitel 4.3.2 dargelegt, konnten zur Frage nach den Aufklärungspersonen die Fragebögen in Leichter Sprache nicht ausgewertet werden. Zu den Personen der Aufklärung können deshalb an dieser Stelle keine eindeutigen Ergebnisse präsentiert werden. Es lassen sich aber Tendenzen erkennen, die deutlich machen, dass eine Unterscheidung nach Vertrauensperson und Aufklärungsperson sinnvoll und unbedingt notwendig ist, insbesondere was die Rolle der Lehrkräfte betrifft.

Insgesamt 37 Schülerinnen und Schüler (von insgesamt 169) verwendeten den Fragebogen, der nicht in Leichte Sprache angepasst wurde, davon 35 körperbehinderte Jugendliche. Somit beziehen sich die vorliegenden Ergebnisse auf die Aussagen von körperbehinderten Jugendlichen und sind nicht auf alle Jugendlichen mit Behinderung übertragbar.

Tabelle 12: „Wer sind oder waren für dich die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“, nach Geschlecht (Angaben in %)

Rang	Fallzahl	Gesamt n = 37	Jungen n = 23	Mädchen n = 14
1	Lehrkraft	54,1	56,5	50
2	Mutter	43,2	43,5	42,9
3	Bester Freund / beste Freundin	32,4	17,4	57,1
4	Andere Mädchen	21,6	17,4	28,6
5	Partnerin/Partner	18,9	13	28,6
6	Vater	13,5	21,7	0
7	Schwester	10,8	8,7	14,3
8	Von keiner bestimmten Person aufgeklärt	10,8	13	7,1
9	Andere Jungen	8,1	8,7	7,1
10	Bruder	2,7	0	7,1

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Im Gegensatz zur Vertrauensperson nahm bei der Aufklärung die Lehrkraft eine zentrale Position ein – ein Indiz, dass Sexuaufklärung zu einem großen Teil über die Schule realisiert wurde (vgl. Tabelle 12). Körperbehinderte Mädchen klärten sich zudem sehr oft innerhalb des Freundeskreises auf, körperbehinderte Jungen bevorzugten mehr die Eltern. Die Mutter war nach der Lehrerin und dem Lehrer die wichtigste Person in der Sexuaufklärung, und zwar über alle Altersgruppen hinweg. Die Peergroup wurde erst ab einem Alter von 15 Jahren für die Aufklärung interessant und relevant. Nur einer von zehn Schülern wurde von keiner bestimmten Person aufgeklärt, sondern vollzog dies sozusagen autodidaktisch.

**Fazit:** Die Ergebnisse machen noch einmal deutlich, dass Jugendliche sehr zwischen Aufklärungsperson und Vertrauensperson in sexuellen Dingen unterscheiden. Dies wird besonders an der Position der Lehrkraft erkennbar, die als Vertrauensperson nur für etwa ein Zehntel der Befragten agiert, während sie für jede zweite Schülerin

bzw. jeden zweiten Schüler die Hauptperson der Sexualaufklärung ist. Die weiteren genannten Personen hingegen fungieren in vergleichbarer Häufigkeit als Vertrauens- und Aufklärungsperson.

## 5.2.5 Themen der Sexualaufklärung

Wie in →*Kapitel 3.3* aufgeführt, sieht der sächsische Lehrplan schon frühzeitig die Behandlung sexualpädagogischer Themen vor. Von der jeweiligen Lehrkraft hängt es dann ab, welche Inhalte konkret mit welcher Intensität behandelt werden. Hinzu kommen abweichende Lehrplaninhalte des Förderschwerpunktes Lernen im Vergleich zu den Lehrplänen der anderen betrachteten Förderschwerpunkte, womit sich der teilweise sehr voneinander abweichende Kenntnisstand der Jugendlichen in der vorliegenden Befragung erklären lässt.<sup>101</sup>

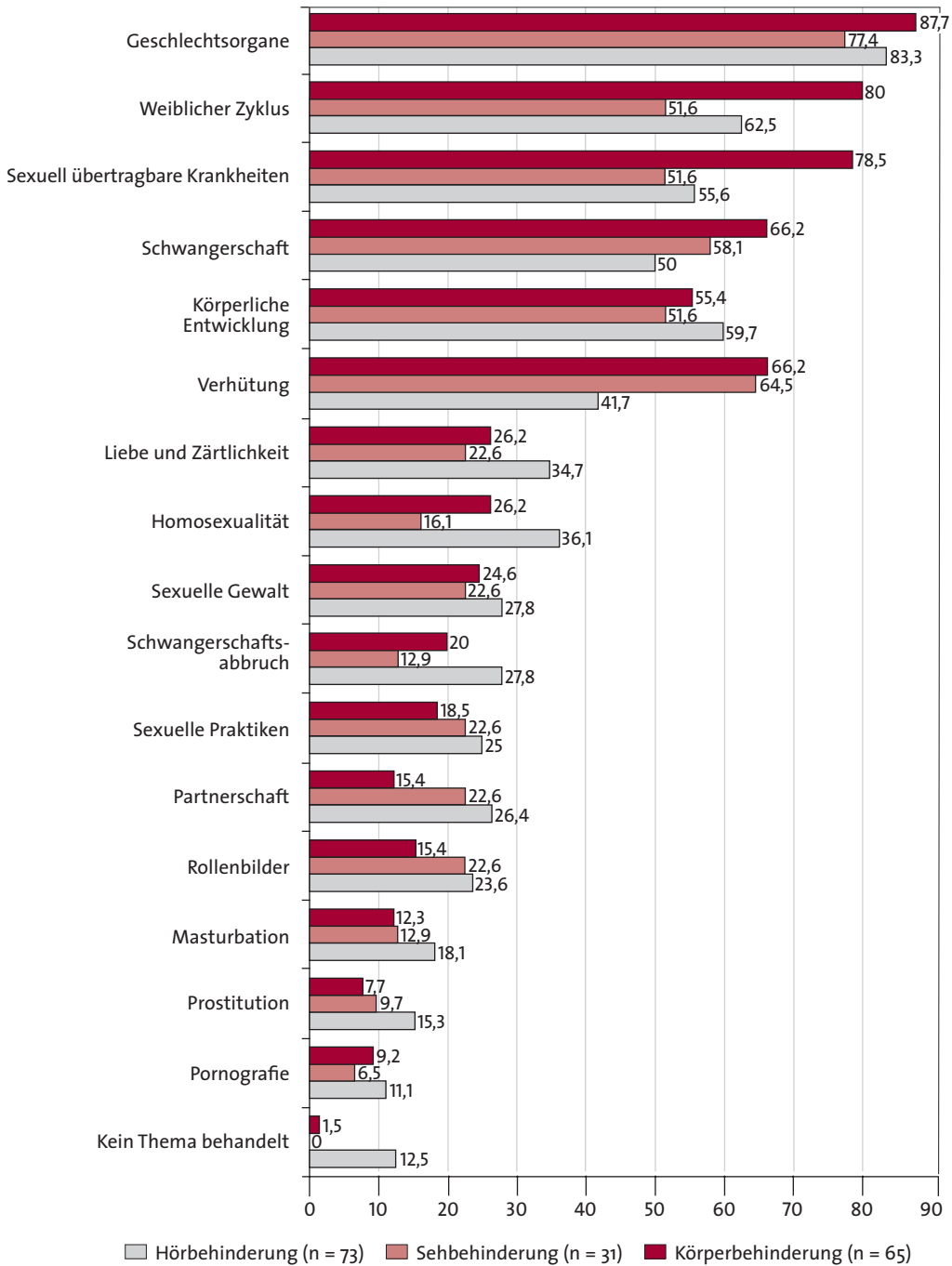
### Behandelte Themen

Die Antworten auf die Frage, welche Themen bereits im Unterricht behandelt wurden, machen deutlich, dass biologisch orientierte Themen in der schulischen Sexualaufklärung Vorrang bekommen. Der Aufbau der Geschlechtsorgane (83,9 %), der weibliche Zyklus (67,3 %), die Entwicklung des Ungeborenen (57,7 %) sowie die körperliche Entwicklung während der Pubertät (56,5 %) sind klassische Themengebiete des Biologieunterrichts. Beim Vergleich der Behinderungsgruppen fällt auf, dass vor allem die körperbehinderten Schülerinnen und Schüler die biologisch-funktionale Sexualaufklärung erhalten haben (vgl. Abbildung 6).

Die Unterschiede sind zum Teil signifikant. Jedoch sind es auch die körperbehinderten Jugendlichen, die signifikant häufiger die Themen sexuell übertragbare Krankheiten (insgesamt 63,7 %) und Verhütung (insgesamt 55,4 %) im Schulunterricht behandelt haben. Deutlich seltener wurden bei allen Jugendlichen die sozial-ethischen Themen sowie die Vielfalt der sexuellen Erscheinungsformen behandelt, noch am häufigsten bei den hörbehinderten Jugendlichen.

<sup>101</sup> Eine Erläuterung dazu findet sich in →*Kapitel 3.3*.

Abbildung 6: „Welche Themen wurden im Unterricht schon besprochen?“, nach Behinderungsgruppe (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011



Dass Sexualaufklärung als Prozess verläuft, verdeutlicht ein Vergleich zwischen der jüngsten und der ältesten Befragungsgruppe. Die Anteile derjenigen, die mit den genannten Themen im Laufe der Schulzeit bereits in Berührung kamen, nehmen mit steigendem Alter zu (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: „Welche Themen wurden im Unterricht schon besprochen?“, nach Altersgruppe, nur signifikante Unterschiede dargestellt (Angaben in %)

Thema Fallzahl	12/13 Jahre n = 28	17/18 Jahre n = 33
Verhütung	39,3	69,7
Sexuell übertragbare Krankheiten	28,6	87,9
Schwangerschaftsabbruch	14,3	39,4
Zärtlichkeit und Liebe	10,7	54,5
Sexuelle Gewalt	10,7	51,5
Prostitution	3,6	33,3
Pornografie	7,1	24,2
Rollenbilder	10,7	36,4

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Das Thema Partnerschaft und Ehe wurde verstärkt von den höheren Alters- und Klassenstufen angegeben, während das Thema Homosexualität über die Klassenstufen eher gleichmäßig verteilt war.

Auch hier lassen sich Geschlechtsunterschiede verzeichnen: Die Themen Selbstbefriedigung und Prostitution wurden von den Mädchen kaum benannt. Insgesamt äußerten sich die Mädchen durchweg zurückhaltender über die Anzahl der bereits behandelten Unterrichtsthemen als Jungen und antworteten häufiger, dass keines der Themen im Unterricht besprochen wurde. Da Jungen und Mädchen den gleichen Sexualkundeunterricht genießen, wäre zu prüfen, warum die Antworten bei den Mädchen anders ausfielen als bei den Jungen. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit den Interessenlagen der Mädchen, die sich auf die Erinnerung an einzelne Themen auswirken könnten.

**Fazit:** Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass biologisch orientierte Themengebiete auch in Förderschulen die schulische Sexualaufklärung dominieren und praxisrelevante und sozial-ethische Themen diesen nachgestellt sind. Es finden



sich sowohl Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen als auch zwischen den Geschlechtern. Die genannten Geschlechtsunterschiede werden noch deutlicher, wenn man die bereits behandelten Unterrichtsthemen dem Informationsbedarf gegenüberstellt.

### Informationsbedarf

Anhand der bereits aufgeführten Unterrichtsthemen sollten die Jugendlichen weiterhin angeben, wie ihr Interesse in Bezug auf die jeweiligen Themen gelagert ist. Anhand einer dreistufigen Skala sollten die Jugendlichen eintragen, ob sie gern mehr über das Thema wissen möchten (Wert 1), ob sie bereits genug darüber wissen (Wert 2) oder ob sie das Thema gar nicht interessiert (Wert 3). Anschließend wurden die Mittelwerte miteinander verglichen. Je geringer ein Wert ausgeprägt war, desto mehr Interesse der Jugendlichen war für ein Thema vorhanden. Andersherum signalisierte ein hoher Wert ein geringes oder nicht vorhandenes Interesse. In der folgenden Tabelle sind sowohl die Mittelwerte aller Jugendlichen als auch im Vergleich zwischen Jungen und Mädchen dargestellt, jeweils mit den dazugehörigen Ranglisten (vgl. Tabelle 14).

Das größte Interesse zeigten Jungen für Themen wie sexuell übertragbare Krankheiten, Liebe und Zärtlichkeit, sexuelle Praktiken und Verhütung (Rang 1 bis 3). Bei den meisten männlichen Befragten lag jedoch der Schwerpunkt auf der Antwort „Ich weiß genügend darüber“, entsprechend der Selbsteinschätzung des eigenen Wissens über Sexualität (vgl. → *Kapitel 5.2.1*). Dies betraf die mittleren Ränge 4 bis 10 mit den Themengebieten Partnerschaft und Rollenbilder, körperliche Entwicklung und Aufbau der Geschlechtsorgane, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Masturbation und Pornografie. Am wenigsten interessierten die Jungen die Themen Prostitution, weiblicher Zyklus und Homosexualität (Rang 13 bis 11).

Tabelle 14: „Zu welchen Themen möchtest du gern noch mehr wissen?“, Mittelwerte der Geschlechter (Angaben in %)

Thema Fallzahl	Jungen n = 104	Rang	Mädchen n = 65	Rang
Sexuell übertragbare Krankheiten	1,76	1	1,65	4
Liebe und Zärtlichkeit	1,79	2	1,65	4
Sexuelle Gewalt	1,92	5	1,58	3
Verhütung	1,82	3	1,72	5
Schwangerschaftsabbruch	2	8	1,48	1
Schwangerschaft	1,99	7	1,54	2
Partnerschaft	1,90	4	1,73	6
Sexuelle Praktiken	1,82	3	1,87	9
Körperliche Entwicklung	1,92	5	1,77	7
Rollenbilder	1,98	6	1,73	6
Aufbau der Geschlechtsorgane	2	8	2,02	11
Weiblicher Zyklus	2,16	12	1,82	8
Homosexualität	2,13	11	1,88	10
Masturbation	2,03	9	2,10	12
Prostitution	2,18	13	2,16	13
Pornografie	2,08	10	2,49	14

1 = Ich möchte gerne mehr darüber wissen; 2 = Ich weiß genügend darüber; 3 = Das Thema interessiert mich gar nicht

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

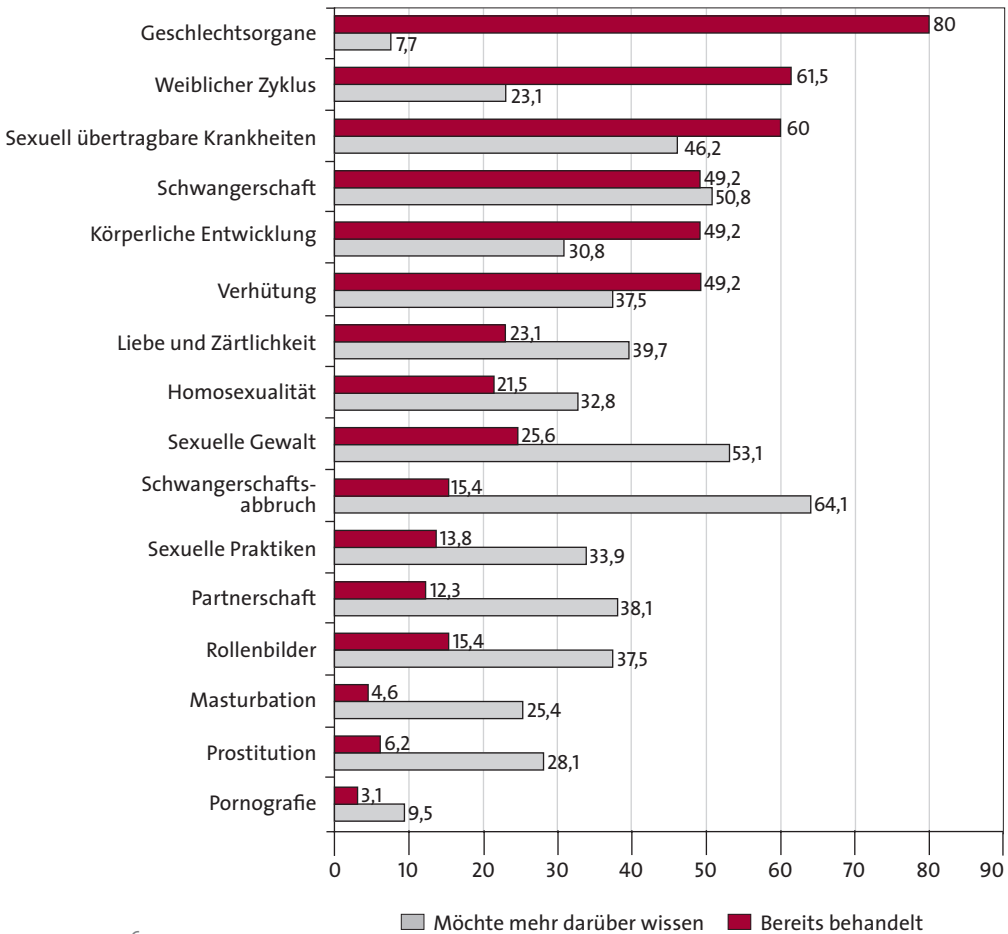
Die Mädchen zeigten das größte Interesse für frauenspezifische Themen wie Schwangerschaftsabbruch, Schwangerschaft und sexuelle Gewalt (Rang 1 bis 3). Die Mädchen waren sexualpädagogischen Themen gegenüber insgesamt interessierter und aufgeschlossener als die Jungen. Die Schwerpunkte lagen bei ihnen in den Antwortkategorien „Ich weiß genügend darüber“ und „Ich möchte gerne mehr darüber wissen“. Dies betraf die mittleren Ränge 4 bis 11 mit den Themengebieten sexuell übertragbare Krankheiten und Verhütung, Liebe und Zärtlichkeit, Partnerschaft und Rollenbilder, körperliche Entwicklung und weiblicher Zyklus, sexuelle Praktiken, Homosexualität und Aufbau der Geschlechtsorgane. Am wenigsten interessierten die Mädchen die Themen Pornografie, Prostitution, Masturbation (Rang 14 bis 12).

Signifikante Unterschiede im Mittelwertvergleich zwischen den Geschlechtern gab es bei eher frauenspezifischen Themen wie Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, weiblicher Zyklus und sexuelle Gewalt. Aber auch die Themen Homosexualität und Rollenbilder stießen bei den Mädchen auf größeres Interesse als bei den Jungen.

Sehbehinderte Jugendliche wollten signifikant weniger über Masturbation wissen als körper- und hörbehinderte Jugendliche, und auch das Thema Prostitution interessierte sie weniger als hörbehinderte Jugendliche. Ein Alterseffekt war dahingehend spürbar, dass über das Thema Zärtlichkeit und Liebe signifikant häufiger 15-jährige und ältere Befragte mehr wissen wollten als jüngere Befragte. Hier lässt sich ein stärkerer Lebensweltbezug vermuten.

Vergleicht man nur die Antwort „Ich möchte gerne mehr darüber wissen“ mit den bereits im Unterricht behandelten Themen, so stellt man fest, dass das Interesse verstärkt bei den Themen liegt, die im Unterricht seltener thematisiert wurden. Dieser Effekt ist ganz besonders bei den Mädchen beobachtbar (vgl. Abbildung 7).

Abbildung 7: **Behandelte Unterrichtsthemen und Informationsbedarf im Vergleich, nur Mädchen** (Angaben in %)

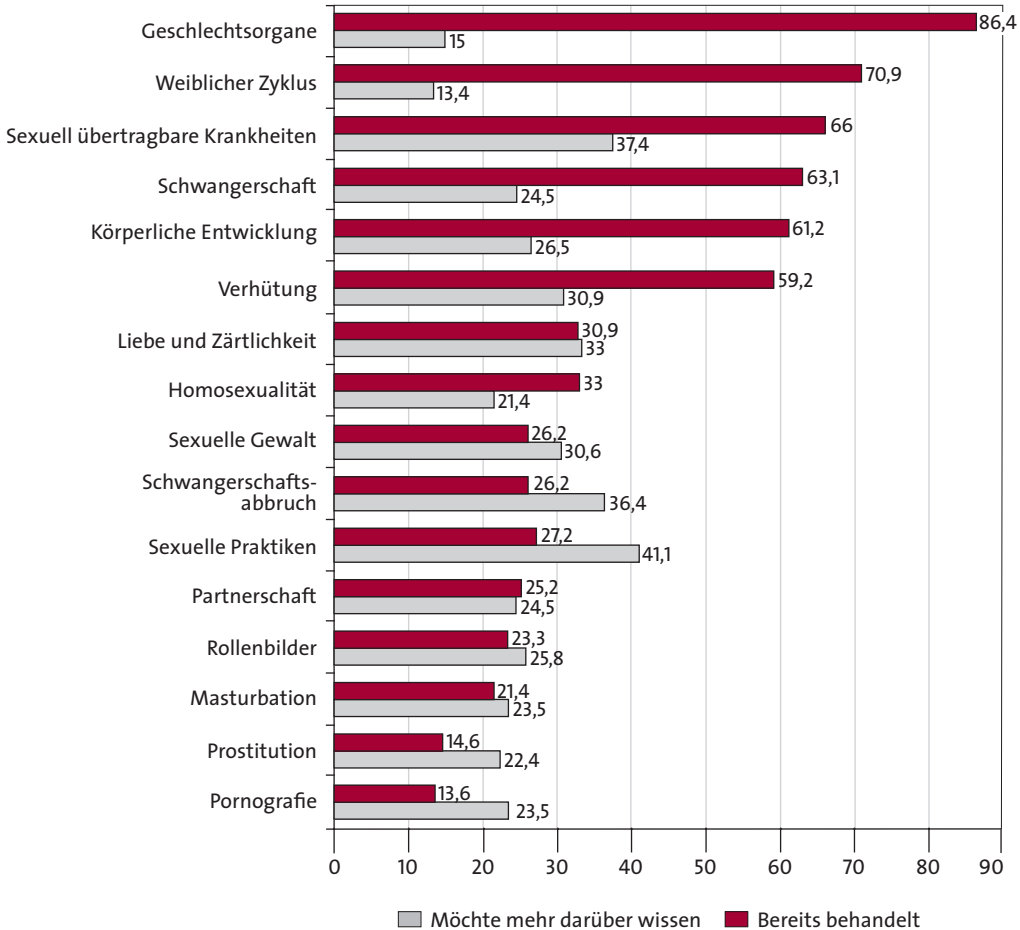


Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Wie vorstehend gezeigt, konzentrierten sich die Unterrichtsinhalte im Wesentlichen auf biologische Themen und Verhütung. Das Interesse der Mädchen für diese Themen war daher weniger stark ausgeprägt und richtete sich mehr auf Bereiche mit einer ethischen Brisanz wie Schwangerschaftsabbruch und sexuelle Gewalt.

Beobachtbar ist der Effekt der Interessenverschiebung auch bei den männlichen Befragten, jedoch weniger stark ausgeprägt (vgl. Abbildung 8). Die größten Differenzen zwischen Angebot und Nachfrage bestehen in den Themenbereichen sexuelle Praktiken, Schwangerschaftsabbruch, Pornografie und Prostitution. Ein sehr geringer Informationsbedarf besteht hingegen bei den Themen Aufbau der Geschlechtsorgane und weiblicher Zyklus, von denen die meisten der Jungen bereits im Unterricht gehört hatten.

Abbildung 8: Behandelte Unterrichtsthemen und Informationsbedarf im Vergleich, nur Jungen (Angaben in %)



n = 104

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

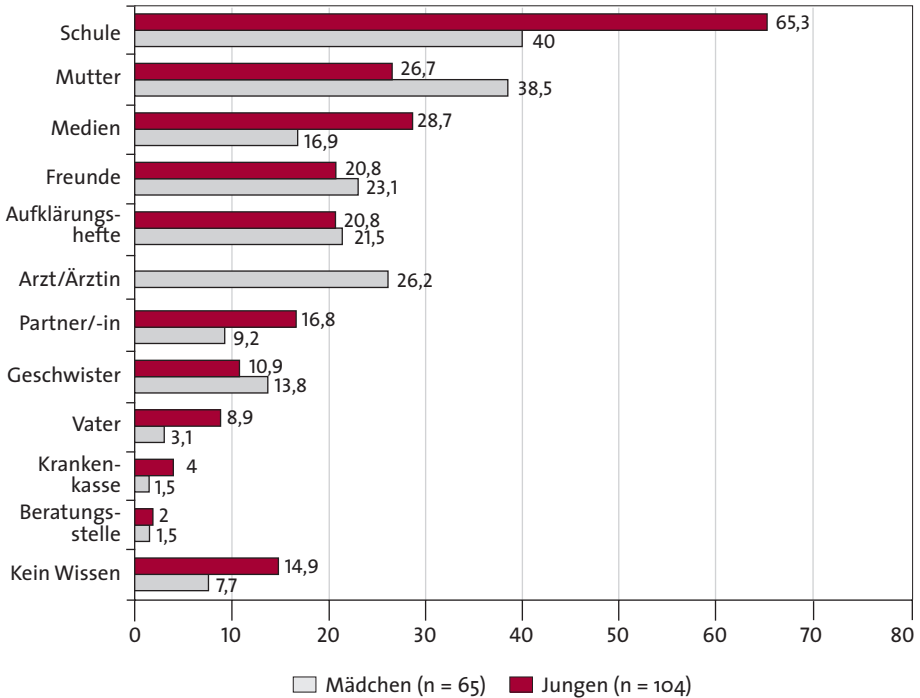
**Fazit:** Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interessenlagen für bestimmte sexuelle Themen stark vom Geschlecht der Befragten und ihrer bisherigen sexualpädagogischen Schulung abhängig sind. Insgesamt meinten die Jungen viel häufiger, bereits genug zu wissen, und zeigten damit in (fast) allen Themengebieten ein geringeres Interesse als die Mädchen.

### Aufklärungsthema Notfallverhütung

Etwa ein Zehntel der Jugendlichen war über die „Pille danach“ nicht informiert (12 %), davon fast doppelt so viele Jungen wie Mädchen (vgl. Abbildung 9). Unter den Nichtinformierten waren fast ein Fünftel 12/13 Jahre alt (18 %), aber auch ein Fünftel

17/18 Jahre alt (21%), so dass das Befragungsalter in keinem Zusammenhang mit der Informiertheit der Jugendlichen zu stehen scheint.

Abbildung 9: „Woher weißt du, dass es so eine Pille gibt?“, nach Geschlecht (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Knapp neun von zehn Jugendlichen hatten laut eigenen Angaben bereits von dieser Form der Notfallverhütung gehört (88 %), davon über die Hälfte durch die Schule (55,4 %). Darunter wiederum waren signifikant am häufigsten körperbehinderte Schülerinnen und Schüler (70,3 %) und am seltensten hörbehinderte Schülerinnen und Schüler (44,4 %). Während die Schule für die Jungen primärer Informationsvermittler war, wurden die Mädchen zu einem Großteil von ihren Müttern informiert.

Ebenso scheint die mediale Aufklärung über Fernsehen, Radio und Zeitung sowie mithilfe von Aufklärungsheften auch bei Jugendlichen mit Behinderung zu funktionieren. Weitere wichtige Bezugspersonen waren ähnlich wie bei allen sexuell relevanten Themen die Peergroups in Form des Freundeskreises, des Partners und der Geschwister. Von Krankenkassen und Beratungsstellen wurden vor allem die 17- bis 18-Jährigen aufgeklärt, für alle anderen Informationsquellen ließen sich keine wesentlichen Unterschiede in den Behinderungs- und Altersgruppen feststellen.

**Fazit:** Damit sind auch Jugendliche mit Behinderungen ausreichend über die „Pille danach“ informiert, auch wenn leider keine Aussage dazu getroffen werden kann, inwieweit sie bei den Jugendlichen auch tatsächlich zum Einsatz kommt. Es konnte lediglich gezeigt werden, dass der Großteil darüber informiert ist und dass die Jugendlichen die Informationen in erster Linie aus dem schulischen und familiären Kontext sowie den Medien erhalten haben.

## 5.2.6 Verhütungsberatung

Ein sehr zentrales Thema der Sexualaufklärung ist die Aufklärung über Funktion und Wirkungsweise von Verhütungsmitteln. Jugendliche sollen Informationen darüber erhalten, wie sie sich wirkungsvoll vor ungewollten Schwangerschaften und sexuell übertragbaren Krankheiten schützen können.

Zum einen erfolgt die Aufklärung in der Schule im Rahmen des Biologie-, Ethik-, Religions- oder Sachkundeunterrichts. Zum anderen sind wichtige Institutionen der Informationsvermittlung das Elternhaus und die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe. Untersucht werden sollte daher, inwieweit mit den Eltern Gespräche über Verhütung stattgefunden haben und ob sich die Mädchen von einer Ärztin oder einem Arzt über Verhütungsmittel beraten ließen.

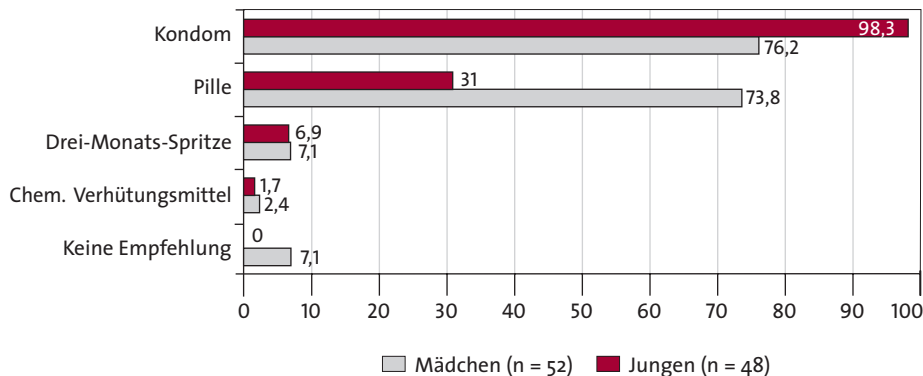
### Empfehlung der Eltern

Gespräche im Elternhaus über Verhütung fanden bei mehr als der Hälfte der Jugendlichen statt (59,4 %), noch häufiger bei den Mädchen als bei den Jungen (66 % vs. 57 %). Es wurden vor allem die hörbehinderten Jungen und Mädchen von den Eltern über Verhütung aufgeklärt (Jungen 65,9 %, Mädchen 78,6 %), womit sie sich signifikant von den anderen Jugendlichen unterscheiden. Zwei Drittel der sehbehinderten Mädchen wurden im Vergleich zu jedem zweiten körperbehinderten Mädchen im Elternhaus beraten (66,7 % vs. 51,9 %), bei den Jungen zeigte sich ein ähnliches Ergebnis (50 % vs. 47,4 %). Zudem war der Anteil der Jugendlichen mit Geschlechtsverkehr-Erfahrung, die im Elternhaus eine Verhütungsberatung erhielten, höher als der Anteil der Unerfahrenen (72 % vs. 57 %). Damit scheinen Eltern von der sexuellen Aktivität ihrer Kinder Kenntnis zu besitzen und entsprechend darauf mit Informationsbereitstellung zu reagieren.

Das mit Abstand am häufigsten empfohlene Verhütungsmittel war das Kondom (vgl. Abbildung 10), was aufgrund kurzer Kennenlernphasen und häufiger Partnerwechsel im Jugendalter am sinnvollsten und effektivsten ist, da es als einziges Verhütungsmittel unkompliziert anwendbar ist und sowohl vor ungewollten Schwangerschaften als auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten schützt. Die genannten Vorteile des Kondoms scheinen somit den meisten Eltern bekannt zu sein. Sowohl die Jungen als auch die Mädchen erhielten von den Eltern am häufigsten als Emp-

fehlung das Kondom als bestes Verhütungsmittel, signifikant häufiger jedoch die Jungen. Den Mädchen hingegen wurde signifikant häufiger die Pille empfohlen, vor allem den hörbehinderten Mädchen (86,4 %).

Abbildung 10: „Was haben deine Eltern dir als die beste Form der Verhütung empfohlen?“, nach Geschlecht (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Keine Empfehlung erhielten ausschließlich einige wenige Mädchen. Ebenfalls mit einer sehr geringen Anzahl an Nennungen wurden die Drei-Monats-Spritze und chemische Verhütungsmethoden empfohlen. Damit rangieren Verhütungsmittel mit hohen Nebenwirkungen wie die Drei-Monats-Spritze und unsichere Methoden wie chemische Verhütungsmittel an letzter Stelle bei den empfohlenen Verhütungsmethoden für junge Frauen mit Behinderung. Sie bekommen von elterlicher Seite die Verhütungsmittel empfohlen, die für Jugendliche am besten geeignet sind.

### Empfehlung der Ärztin oder des Arztes

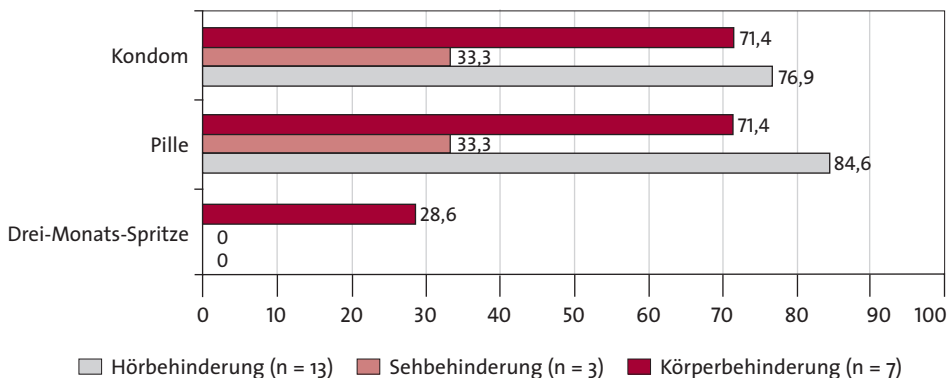
Jedes dritte Mädchen hatte sich schon einmal von einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen zu Verhütungsmethoden beraten lassen (35,4 %), davon signifikant mehr Geschlechtsverkehr-Erfahrene als unerfahrene (36 % vs. 14 %). Diese Angaben korrelieren mit den Angaben zum bereits realisierten Frauenarztbesuch (vgl. → Kapitel 5.3.3). Damit bietet der Beginn sexueller Aktivität auch Anlass für den Besuch bei der Gynäkologin bzw. dem Gynäkologen, um sich dort über Verhütung beraten zu lassen.

Unter den Behinderungsgruppen hatte sich etwa jedes zweite hörbehinderte Mädchen ärztlich beraten lassen (46,4 %) – im Vergleich zu etwa jedem dritten sehbehinderten (30 %) und jedem vierten körperbehinderten (25,9 %) Mädchen. Die ärztliche Beratung zeigte zudem einen deutlichen Alterseffekt: Nicht nur, dass der Anteil der beratenen Mädchen mit dem Alter zunahm (12 bis 13 Jahre: 18,2 % vs. 17 bis 18



Jahre: 42,9%), auch die Empfehlungen änderten sich. Je älter die junge Frau zum Befragungszeitpunkt war, umso seltener wurde ihr laut ihrer Aussage das Kondom empfohlen. Die Pille wurde von ärztlicher Seite über alle Altersgruppen hinweg empfohlen und stellte damit die häufigste Empfehlung noch vor dem Kondom dar (73,9% vs. 69,6%) (vgl. Abbildung 11).

Abbildung 11: „Was hat dir der Arzt als die beste Form der Verhütung empfohlen?“, nach Behinderungsart (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Die Drei-Monats-Spritze als das aus ärztlicher Sicht am besten geeignete Verhütungsmittel gaben ausschließlich körperbehinderte Mädchen an, die 16 Jahre und älter waren. Sie wurde damit auch von ärztlicher Seite jungen Mädchen mit Behinderung selten als Mittel der ersten Wahl empfohlen. Weitere Verhütungsmittel wurden nicht genannt.

**Fazit:** Damit werden Kondom und Pille nicht nur von elterlicher Seite als beste Form der Verhütung für Heranwachsende bewertet und empfohlen, sondern auch von ärztlicher Seite.



## 5.3 Erfahrungen mit der eigenen Körperlichkeit

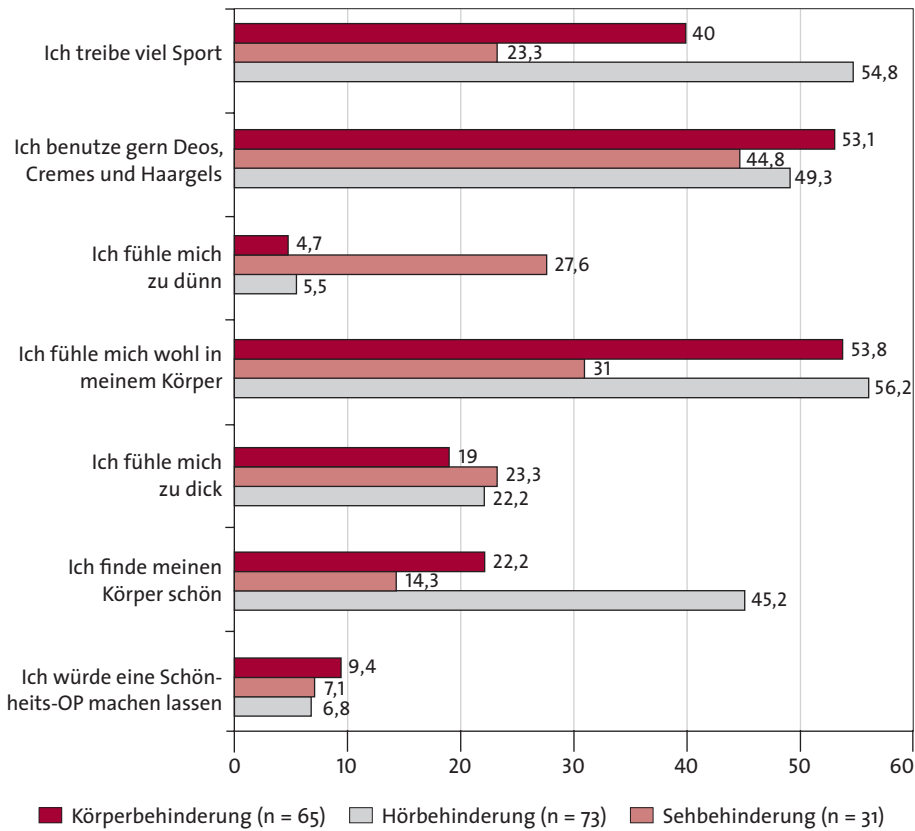
Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wachsen mit einem Verständnis auf, dass sie in irgendeiner Form anders sind als andere Kinder. Dieses Anderssein äußert sich entweder im körperlichen, sensorischen oder kognitiven Bereich. Andererseits entspricht die Behinderung der Lebensrealität der Kinder und wird damit in das eigene Selbstbild integriert. Untersucht werden sollte deshalb die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper, um herauszufinden, ob Jugendliche mit Behinderung zu einem eher positiven oder eher negativen Selbstbild tendieren.

### 5.3.1 Körperbewusstsein

Die Fragen nach dem Umgang und der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper beantworteten die Jugendlichen insgesamt recht positiv. Die Hälfte der Jugendlichen stylte sich gern (50 %) und äußerte Wohlbefinden im eigenen Körper (50,9 %). Nur knapp ein Zehntel der Befragten würde sich operativ verändern wollen (7,9 %) oder findet sich selbst zu dünn (9 %). Ein knappes Drittel der Jugendlichen war mit dem eigenen Körper zufrieden und empfand ihn als schön (31,1 %), zwei Fünftel hielten sich entsprechend sportlich fit (43,5 %). Etwa ein Fünftel der Befragten hingegen hält sich für zu dick (21,2 %).

Die Antworten der Jungen ähnelten sehr denen der Mädchen. Allerdings verwendeten Mädchen signifikant häufiger Kosmetik (63,1 % vs. 41,6 %), die Jungen fühlten sich etwas häufiger wohl in ihrem Körper (57,8 % vs. 40,0 %) und empfanden ihn als schön (36,4 % vs. 23,1 %). Ein positives Körperempfinden hängt laut den vorliegenden Ergebnissen auch mit dem Alter zusammen: Je jünger die Befragten waren, umso eher stimmten sie der Aussage zu, sich wohl im eigenen Körper zu fühlen (12/13 Jahre: 64,3 % vs. 17/18 Jahre: 30,3 %). Insgesamt waren ältere Jugendliche etwas kritischer ihrem Körper gegenüber eingestellt als jüngere Befragte. Noch größere Unterschiede ließen sich zwischen den einzelnen Behinderungsgruppen finden (vgl. Abbildung 12).

Abbildung 12: „Wie fühlst du dich in deinem Körper?“, nur „Stimme zu“-Antworten, nach Behinderungsart (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

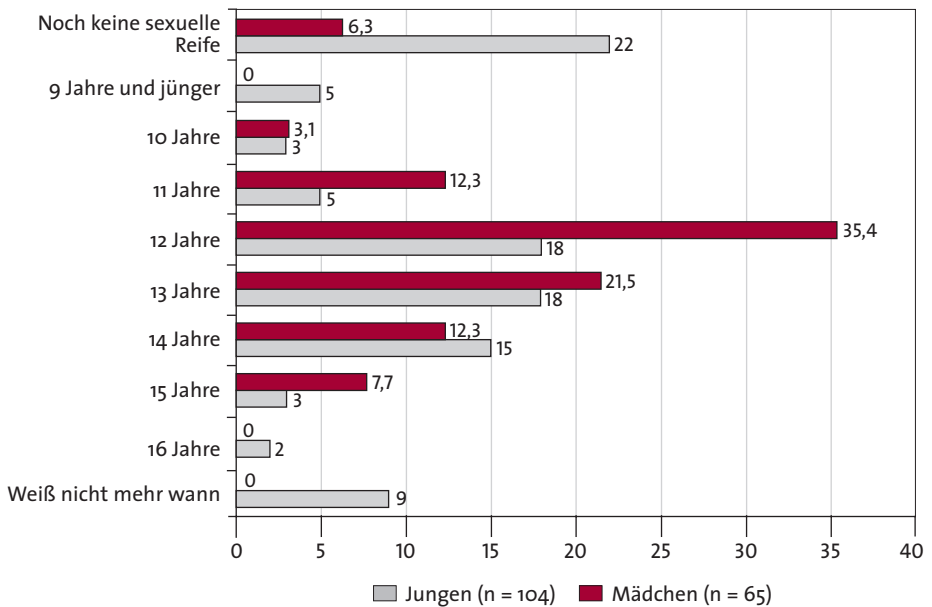
Hörbehinderte hatten unter den befragten Jugendlichen das positivste Körperbild: Sie trieben signifikant mehr Sport als körper- und sehbehinderte Jugendliche und gaben auch mit deutlichem Abstand zu den anderen Befragungsgruppen an, dass sie mit ihrem Erscheinungsbild zufrieden waren. Über die Hälfte der körperbehinderten Jugendlichen fühlte sich ähnlich den hörbehinderten Befragten wohl im eigenen Körper und benutzte zudem am häufigsten Körperpflege- und Stylingprodukte. Das am wenigsten positive Bewusstsein für den eigenen Körper hatten sehbehinderte Jugendliche. Sie sind es auch, die am häufigsten mit dem eigenen Gewicht unzufrieden waren und damit auch mit ihrem Erscheinungsbild und ihrem Wohlbefinden. Es ist zu vermuten, dass die Gründe für dieses Ergebnis in den im Fragebogen vorgegebenen Aussagen zu finden sind. Sie waren vorwiegend auf die Gestaltung des optischen Erscheinungsbildes ausgerichtet. Hier werden sehbehinderten Jugendlichen reale Grenzen gesetzt, und das äußere Erscheinungsbild verliert in gewisser Weise an Bedeutung.



### 5.3.2 Sexuelle Reife

Eine Körper- oder Sinnesbehinderung hat im Grunde keine Auswirkung auf die körperliche Entwicklung und damit auf das Erreichen der sexuellen Reife. Der Altersdurchschnitt der Menarche und Ejakularche war in der vorliegenden Stichprobe bei 12,5 Jahren anzusiedeln. Bei den befragten Mädchen lag die Zeitspanne der Menarche zwischen 10 und 15 Jahren. Drei von vier Mädchen begannen zu menstruieren, bevor sie 14 Jahre alt wurden (72,3 %). Eine Menarche vor der Vollendung des elften Lebensjahres bildete die absolute Ausnahme (vgl. Abbildung 13), hauptsächlich konzentrierten sich die Angaben der Mädchen auf 12 und 13 Jahre. Bei einem Fünftel der Mädchen begann die Menstruation mit 14 bzw. 15 Jahren und nur ein sehr kleiner Teil der (vor allem jüngeren) Befragten hatte bisher noch nicht menstruiert. Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen gab es dabei nicht.

Abbildung 13: „Wie alt warst du, als du deine erste Regelblutung/deinen ersten Samenerguss bekommen hast?“, nach Geschlecht (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Im Gegensatz zur Menstruation scheint die erste Ejakulation ein weniger einschneidendes und damit erinnerbares Erlebnis zu sein. Wie bereits im [Kapitel 4.3.2](#) erwähnt, hatten einige Schüler Verständnisprobleme mit dem Begriff „Samenerguss“. Einigen war der Begriff unbekannt, andere hatten Schwierigkeiten, zwischen einer selbst herbeigeführten (z. B. durch Masturbation) oder einer durch Geschlechtsverkehr ausgelösten Ejakulation zu unterscheiden.

Dadurch sind die vorliegenden Ergebnisse wenig valide und unter Vorbehalt zu betrachten, sie spiegeln auch die Uneindeutigkeit des semantischen Verständnisses wider. Laut Aussagen der befragten Jungen lag die Zeitspanne der Ejakularche zwischen 7 und 16 Jahren. Etwa ein Fünftel hatte nach eigenen Angaben noch nie ejakuliert, darunter auch zahlreiche 15- bis 17-Jährige. Inwieweit es sich dabei z. B. um querschnittsgelähmte Jungen handelt, kann an dieser Stelle nicht eindeutig geklärt, sondern nur vermutet werden.

Ein signifikanter Unterschied zwischen den Behinderungsgruppen war jedoch nicht festzustellen. Etwa jeder zweite Junge erlebte seine erste Ejakulation, bevor er 14 Jahre alt wurde (47,1 %). Eine Ejakularche vor der Vollendung des elften Lebensjahres war nicht allzu selten (12,6 %), hauptsächlich konzentrieren sich die Angaben der Jungen jedoch auf 12, 13 und 14 Jahre. Ein sehr kleiner Teil der Jungen erlebte die erste Ejakulation mit 15 bzw. 16 Jahren, und insgesamt 9 % der Jungen konnten den genauen Zeitpunkt nicht mehr wiedergeben.

**Fazit:** Ein Zusammenhang zwischen einem frühen Erreichen der sexuellen Reife (hier definiert mit einem Alter von elf Jahren und jünger) und sexueller Aktivität ließ sich für Jugendliche mit Behinderung nicht feststellen. Unter den sexuell erfahrenen Jugendlichen gab es deutlich mehr Jugendliche, die im Alter von zwölf Jahren und älter ihre sexuelle Reife erreicht hatten, als Jugendliche, die als „frühreif“ gelten würden (81,1 % vs. 18,9 %). Dies betraf sowohl die Jungen als auch die Mädchen mit Behinderungen.

Ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede waren bei den Antworten auf die Frage festzustellen, ob die Jugendlichen auf die Menarche bzw. Ejakularche vorbereitet waren. Über die Hälfte der Jugendlichen war darüber informiert (53,0 %), ein knappes Drittel wusste nur zum Teil Bescheid (31,1 %). 15,9 % der Befragten waren nicht darauf vorbereitet, davon über die Hälfte der körperbehinderten und mehr als die Hälfte der hörbehinderten Jugendlichen.

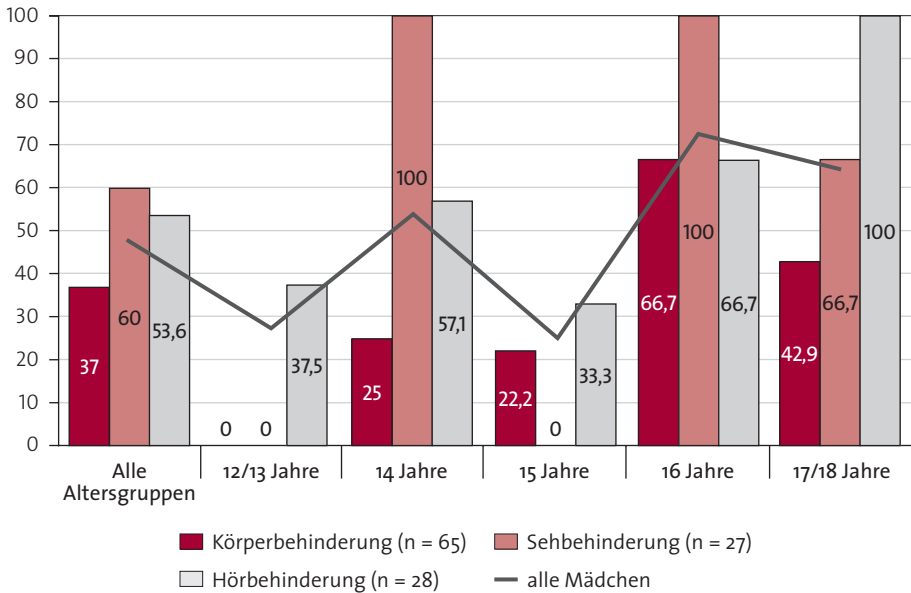
### 5.3.3 Besuch bei der Frauenärztin oder dem Frauenarzt

Auf den Beginn der Menarche, die zum Zeitpunkt der Befragung, wie in →*Kapitel 5.3.2* dargestellt, bei über 90 % der Mädchen vorliegt, folgt in der Regel recht bald der erste Besuch bei der Gynäkologin oder dem Gynäkologen. Dies traf jedoch nur auf etwa jedes zweite Mädchen zu (47,7 %), die andere Hälfte war noch nicht bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen vorstellig gewesen.

Am seltensten suchten Mädchen mit Körperbehinderungen die Gynäkologin bzw. den Gynäkologen auf (37 %), im Gegensatz zu seh- und hörbehinderten Mädchen (Sehbehinderte 60 %, Hörbehinderte 53,6 %). Mit zunehmendem Alter der Befragten müsste eigentlich der Anteil derjenigen, die bereits bei einer Gynäkologin oder

einem Gynäkologen vorstellig wurden, ansteigen. Dies war in der vorliegenden Stichprobe jedoch nicht der Fall. Unabhängig von der Behinderung gaben die 16- bis 18-Jährigen am häufigsten an, bereits eine Gynäkologin oder einen Gynäkologen aufgesucht zu haben. Das traf auch auf alle befragten 14-jährigen sehbehinderten Mädchen zu (Abbildung 14). Auffällig ist, dass sehr wenige 15-jährige schon einmal die Gynäkologin oder den Gynäkologen aufgesucht hatten, unabhängig von der Art der Behinderung.

Abbildung 14: Anteil der Mädchen mit Erfahrungen bei einer Gynäkologin/ einem Gynäkologen, nach Altersgruppen (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Ein Zusammenhang zeigte sich auch zwischen Frauenarztbesuch und dem Beginn der sexuellen Aktivität. Diejenigen Mädchen, die ihr erstes Mal schon hinter sich hatten, waren signifikant häufiger bei einer Gynäkologin oder einem Gynäkologen vorstellig gewesen als Geschlechtsverkehr-Unerfahrene (25,8 % vs. 5,9 %). Die Daten lassen jedoch nicht die Schlussfolgerung zu, dass beide Ereignisse in etwa zeitlich zusammenfallen.

Drei Viertel der Mädchen waren beim ersten Besuch 14 Jahre und älter (54,3 %) und nur etwa jede Zehnte war elf Jahre und jünger (13,4 %). Nach den Gründen gefragt, gaben die 31 Mädchen am häufigsten Verhütung an (elf Nennungen), gefolgt von Menstruations- und Unterleibsbeschwerden (je acht Nennungen), Kontrolluntersu-

chungen (vier Nennungen) und HPV-Impfung<sup>102</sup> (drei Nennungen). Weitere (vereinzelt genannte) Gründe waren Unterleibsoperationen und Verdacht auf Schwangerschaft. Für vier von fünf Mädchen war unabhängig von der Art der Behinderung der erste Besuch beim Frauenarzt in etwa so, wie sie ihn sich vorgestellt hatte. Bewerteten die Mädchen den Arztbesuch angenehmer als gedacht, lag es an der Hilfsbereitschaft und Freundlichkeit der Ärztin bzw. des Arztes; verlief er unangenehmer als angenommen, spielten Scham und Ängste auf Seiten der Mädchen die Hauptrolle.

## 5.4 Erfahrungen im sexuellen Bereich

Neben der Frage des Zugangs der Jugendlichen mit Behinderung zu Sexualaufklärung und Beratung verfolgte die Studie das Anliegen, mehr über die Erfahrungen der Jugendlichen im Bereich der sexuellen Aktivitäten zu erfahren. Dies umfasst Fragen nach dem Aufbau von Partnerschaften, sexuelle Erfahrungen mit und ohne Koitus, Masturbationserfahrungen und Erfahrungen mit homosexuellen Kontakten ebenso wie die Frage nach Gründen für sexuelle Unerfahrenheit.

### 5.4.1 Formen sexueller Kontakte

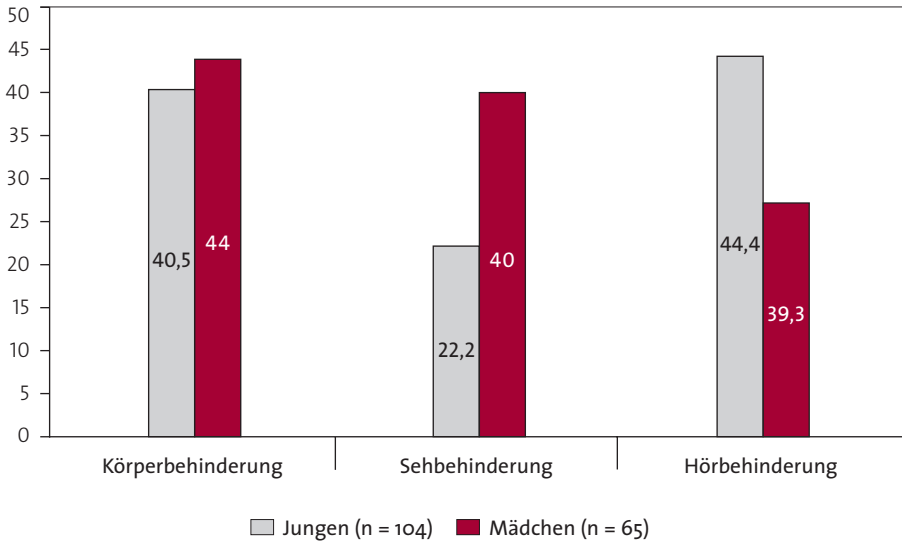
#### Existenz einer Partnerschaft

Die Existenz einer Partnerschaft ist zwar keine Voraussetzung für die Anknüpfung sexueller Kontakte, sie eröffnet den Jugendlichen jedoch ein breites Spektrum für das Sammeln sexueller Erfahrungen. Nicht nur die Verfügbarkeit einer Partnerin bzw. eines Partners ist von Vorteil, auch die emotionale Verbundenheit erleichtert die explorative Vorgehensweise erster sexueller Kontakte. Dies trifft auf alle Partnerschaften mit oder ohne Behinderungen zu.

Zwei von fünf Jugendlichen hatten aktuell eine feste Beziehung, ausgenommen die sehbehinderten Jungen, von denen nur ein knappes Viertel eine feste Freundin hatte (vgl. Abbildung 15).

<sup>102</sup> Impfung gegen humane Papillomaviren, die mit der Entstehung von Gebärmutterhalskrebs in Verbindung gebracht werden

Abbildung 15: „Hast du gerade einen festen Freund/eine feste Freundin?“, nur „Ja“-Antworten, nach Geschlecht und Behinderungsart (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Ein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Existenz einer Partnerschaft und dem ersten Mal. Während nur ein Drittel der Befragten ohne Geschlechtsverkehr-Erfahrung in einer festen Partnerschaft war, befanden sich über zwei Drittel derjenigen in einer Partnerschaft, die ihr erstes Mal schon hinter sich hatten (31,2 % vs. 68,4 %). Das bestärkt die These, dass auch bei Jugendlichen mit Behinderung eine Partnerschaft die Wahrscheinlichkeit für die Realisierung von Geschlechtsverkehr erhöht. Ein Geschlechts- oder Alterseffekt ließ sich hingegen nicht verzeichnen.

### Sexuell unerfahrene Jugendliche

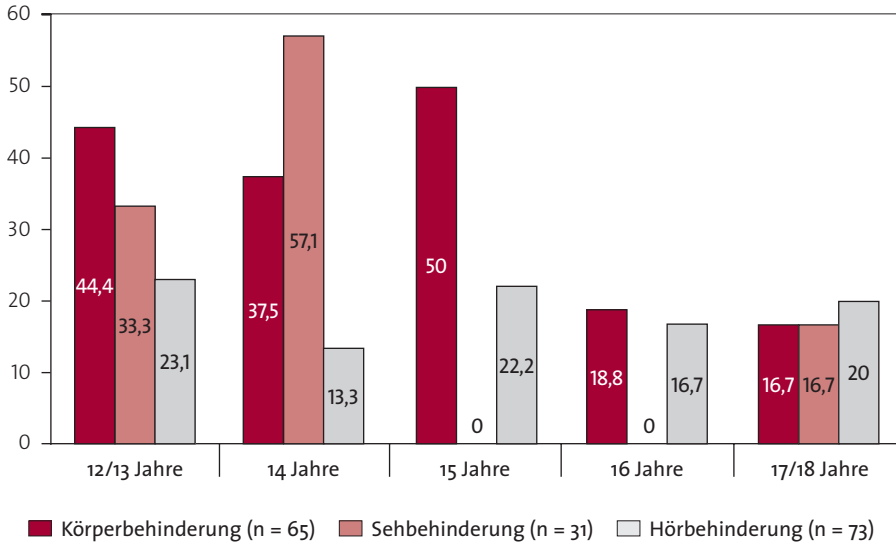
Etwa ein Viertel (25,6 %) der Befragten hatte noch keinerlei sexuellen Kontakt zum anderen oder gleichen Geschlecht aufgenommen. Der Anteil der Jungen lag dabei geringfügig höher als der der Mädchen (27,2 % vs. 23,1 %).

Entscheidend für die Entwicklung sexueller Aktivitäten ist das Alter. Der Anteil der sexuell Unerfahrenen nahm bei den 16-Jährigen und älter rapide ab. Hatten bei den 12- bis 15-Jährigen etwa zwei Fünftel noch keinerlei sexuelle Kontakte zum anderen oder gleichen Geschlecht (37,2 %), traf das bei den 16- bis 18-Jährigen nur noch auf ein knappes Fünftel zu (19,3 %). Auch ließen sich deutliche Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen feststellen: Während bei den körperbehinderten Jugendlichen der Anteil der sexuell Unerfahrenen in den höheren Altersgruppen



abnimmt, bleibt er bei den hörbehinderten Jugendlichen über alle Altersgruppen hinweg relativ konstant (Abbildung 16).

Abbildung 16: „Hast du schon einmal einen Jungen/ein Mädchen geküsst oder mit einem Jungen/Mädchen geschmust?“, nur „Nein“-Antworten, nach Alters- und Behinderungsgruppen (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Im Vergleich zu den hörbehinderten gaben die körperbehinderten Jugendlichen die wenigsten sexuellen Erfahrungen an (33,8 % vs. 19,2 %). Unter den sehbehinderten Befragten verfügte etwa ein Viertel über keinerlei sexuelle Erfahrung (23,3 %), allerdings ließ sich hierbei keine Linearität über die Altersgruppen hinweg beobachten.

Nach den Ursachen für die Zurückhaltung gefragt, nannten die Jugendlichen im Schnitt zwei Gründe. Allen voran stand das Fehlen der richtigen Partnerin bzw. des richtigen Partners. Über zwei Drittel der Jugendlichen wählten dieses Argument, sowohl Jungen (69 %) als auch Mädchen (71,4 %). Ebenfalls von beiden Geschlechtern wird an zweiter Stelle die eigene Schüchternheit genannt, von den Jungen geringfügig häufiger als von den Mädchen (48,3 % vs. 42,9 %). Als dritthäufigsten Grund äußerten die Jugendlichen ihre Angst, etwas falsch zu machen. Diese Angst wird vor allem von den Jungen als Grund angegeben, die noch nie ein Mädchen geküsst oder mit ihm geschmust hatten (44,8 % vs. 21,4 % bei den Mädchen), und nimmt mit steigendem Alter zu. Die Mädchen hingegen äußerten stärker als die Jungen die Sorge, ihre Eltern könnten davon erfahren (21,4 % vs. 10,3 % bei den Jungen), wobei dies mehr eine Sorge der älteren Jugendlichen war. Nicht zuletzt begründeten die Jungen stärker als die Mädchen ihre Zurückhaltung mit mangel-

dem Interesse (17,2 % vs. 7,1%), insbesondere die 14-jährigen Jungen, und einige wenige schätzten sich als zu jung ein. Unterschiede zwischen den Behinderungsarten ließen sich kaum feststellen.

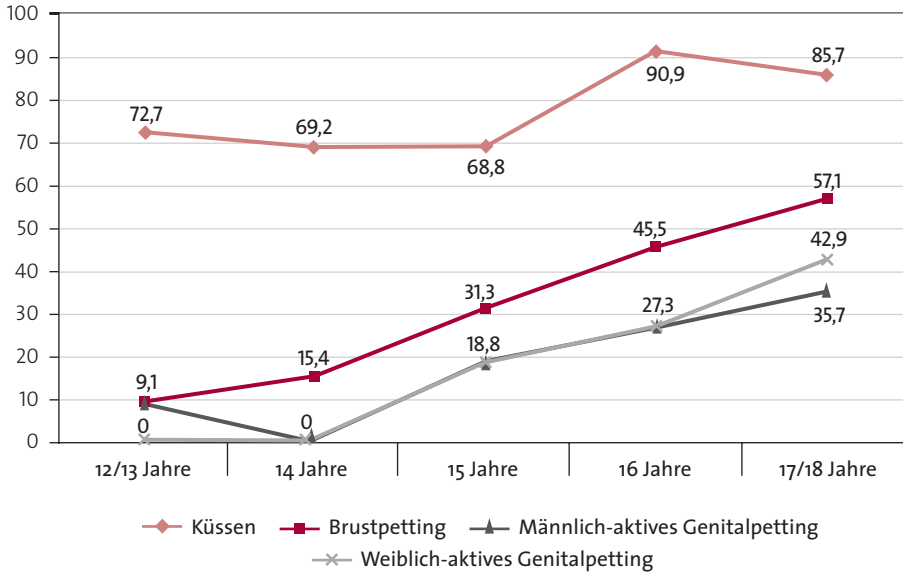
**Fazit:** Zusammengefasst waren Partnerlosigkeit und Schüchternheit die beiden Hauptargumente für Zurückhaltung bei sexuellen Aktivitäten mit dem anderen oder gleichen Geschlecht, bei den Jungen außerdem die Angst, beim Geschlechtsverkehr zu versagen. Bei den Mädchen spielte zudem der elterliche Druck eine gewisse Rolle.

### **Sexuelle Erfahrungen ohne Koitus**

Bei der Befragung wurden sexuelle Aktivitäten ohne Koitus unterschieden in Küssen, Brustpetting (Junge streichelt Brust des Mädchens), männlich-aktives Genitalpetting (Junge berührt Geschlechtsteile des Mädchens) und weiblich-aktives Genitalpetting (Mädchen berührt Geschlechtsteile des Jungen). Küssen war unter den Jugendlichen die mit Abstand häufigste Form des Austausches von Zärtlichkeiten. Etwa drei von vier Jugendlichen hatten schon einmal geküsst, die Mädchen etwas häufiger als die Jungen (76,9 % vs. 72,8%). Über Kuserfahrung zu verfügen ist nicht explizit eine Frage des Alters: Während die verschiedenen Spielarten von Petting mit steigendem Alter der Jugendlichen signifikant zunahmen, war der Anteil der kuserfahrenen 12- und 13-Jährigen ähnlich hoch wie bei den 14- und 15-Jährigen. Erst ab einem Alter von 16 Jahren und älter stieg der Anteil der kuserfahrenen Jugendlichen deutlich über den Wert der jüngeren Altersgruppen.

Im Vergleich zu den Jungen hatten bis auf die 14-jährigen Mädchen in allen Altersgruppen mehr Mädchen schon einmal geküsst (vgl. Abbildung 17 und 18). Gefragt nach den Erfahrungen mit Genitalpetting kehrt sich das Verhältnis um.

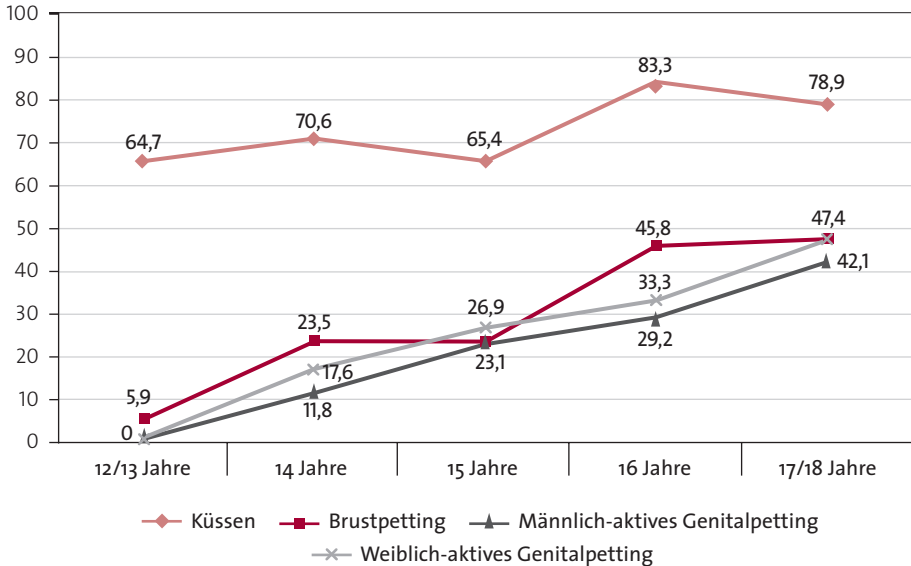
Abbildung 17: „Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?“, nur Mädchen, nach Altersgruppen (Angaben in %)



n = 65

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Abbildung 18: „Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?“, nur Jungen, nach Altersgruppen (Angaben in %)



n = 104

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Im Unterschied zum Küssen sind andere sexuelle Aktivitäten ohne Koitus stark altersabhängig. So hatten sowohl ältere Mädchen als auch ältere Jungen signifikant häufiger Erfahrung mit Brust- und Genitalpetting als jüngere. Brust- und Genitalpetting fielen bei den Jungen anteilmäßig weitestgehend zusammen, während bei den Mädchen ein größerer Anteil nur das Berühren der Brust erlebt hatte. Insgesamt waren die 17- und 18-jährigen Jugendlichen erwartungsgemäß diejenigen mit der meisten Erfahrung in sexuellen Aktivitäten ohne Koitus. Lediglich Kuserfahrungen wurden von 16-Jährigen häufiger genannt als von 17- und 18-Jährigen.

Signifikante Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen ließen sich nur bei den Jungen verzeichnen: Während jeder zweite bis dritte Junge mit Hörbehinderung bereits Brustpetting (46,7 %) sowie männlich- und weiblich-aktives Genitalpetting (46,7 % bzw. 33,3 %) erlebt hatte, waren es bei den körper- und sehbehinderten Jungen nur etwa 10 bis 20 %. Die Pettingerfahrungen der Mädchen waren unabhängig von der Art der Behinderung annähernd ähnlich häufig.

Die Gründe, weshalb es beim Austausch von Zärtlichkeiten nicht zum Geschlechtsverkehr gekommen war, waren vielseitig und differierten nach Geschlecht und Art der Behinderung. Gemeinsam für die Jungen und Mädchen war, dass sie sich für Geschlechtsverkehr noch zu jung fühlten (Tabelle 15).

Tabelle 15: „Warum hattest du noch keinen Geschlechtsverkehr?“  
(Angaben in %)

Grund	Jungen	Rang	Mädchen	Rang
Fallzahl	n = 74		n = 55	
Dafür bin ich noch zu jung	27	2	41,8	1
Mir fehlte bisher der richtige Junge/das richtige Mädchen	43,2	1	14,5	5
Ich habe Angst, etwas falsch zu machen	24,3	3	20	4
Ich bin zu schüchtern	18,9	4	14,5	5
Ich möchte es nicht	8,1	7	23,6	2
Ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft	9,5	6	21,8	3
Weil meine Eltern es erfahren könnten	13,5	5	10,9	6
Der Junge/das Mädchen weigerte sich	6,8	8	1,8	7

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

5

Etwa die Hälfte der 12- und 13-Jährigen fühlte sich noch zu jung für Geschlechtsverkehr. Bei den 14-Jährigen wurde dieser Grund nur noch von einem Viertel angenommen. Die Angst, etwas falsch zu machen, und das Fehlen einer Partnerschaft waren die Hauptgründe der 17- und 18-Jährigen. Die Alterssorge teilten mehr Mädchen als Jungen. Bei den Jungen war das Fehlen der richtigen Partnerin der Hauptgrund, gefolgt von der Auffassung, zu jung zu sein, und der Angst, etwas falsch zu machen.

Auf die Frage, weshalb die Befragten noch nie geküsst oder geschmust haben, antworteten signifikant mehr Jungen als Mädchen mit Angst vor Ungeschick und mehr Mädchen als Jungen mit der Sorge, die Eltern könnten davon erfahren (siehe oben). Bei der Frage nach den Gründen für nichtvollzogenen Geschlechtsverkehr finden sich diese Unterschiede nicht mehr: Hier waren Jungen und Mädchen gleichermaßen besorgt, etwas falsch zu machen oder dass die Eltern davon erfahren könnten.

Fehlendes Interesse und Angst vor einer Schwangerschaft waren für die Mädchen neben der fehlenden Reife die Hauptgründe für keine weitergehenden sexuellen Aktivitäten. Die geringsten Ängste vor einer Schwangerschaft äußerten sowohl 15-jährige als auch sehbehinderte Jugendliche, Letztgenannten fehlte auch bisher am häufigsten die richtige Partnerin bzw. der richtige Partner.

Am schüchternsten waren körperbehinderte Jugendliche, die gleichzeitig auch am häufigsten die Sorge äußerten, die Eltern könnten davon erfahren. Die hörbehinderten Jugendlichen waren einerseits sexuell am aktivsten, andererseits gaben sie unter den Behinderungsgruppen am häufigsten als Grund für nicht vollzogenen Geschlechtsverkehr fehlendes Interesse an und dass sie sich dafür noch zu jung fühlten. Die Angst vor Ungeschick wurde bei den Jugendlichen unabhängig von der Art der Behinderung annähernd ähnlich oft geäußert.

**Fazit:** Zusammengefasst nannte der Großteil der Jungen als Ursachen für nicht vollzogenen Geschlechtsverkehr externe Gründe in Form von Partnerlosigkeit, während ein kleinerer Teil auch Persönlichkeitsfaktoren wie fehlende Reife und Angst vor Ungeschick als Grund sah. Die Mädchen argumentierten in erster Linie mit internen Faktoren wie fehlender Reife, fehlendem Interesse und Angst vor einer Schwangerschaft, die zum Ausdruck bringen, dass viele Mädchen mit dem ersten Geschlechtsverkehr noch warten wollten.

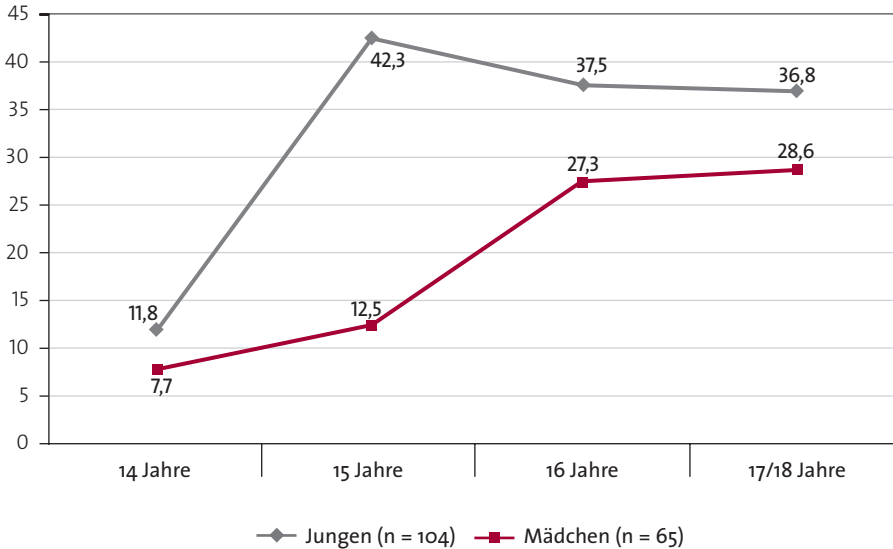
### **Erfahrung mit Geschlechtsverkehr**

Wie in → *Kapitel 4.3.2* dargelegt, konnte nur ein Teil der Antworten zur Frage nach der Koituserfahrung in die Auswertung einfließen. Den ausgewerteten Antworten zufolge hatte etwa ein Viertel der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen mit Behinderung bereits Geschlechtsverkehr (23,2 %), in der Altersgruppe 15 bis 18 Jahre lag der Anteil bei etwa einem Drittel. Unter den Jungen gab es etwa doppelt so viele mit Koituserfahrung wie bei den Mädchen (28,2 % vs. 15,4 %).

Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen waren bei den weiblichen Befragten kaum zu verzeichnen, die Anteile variierten zwischen 11,1 und 20 %. Bei den männlichen Befragten ergaben sich hingegen signifikante Unterschiede: Während unter den hörbehinderten Jungen knapp jeder zweite koituserfahren war (44,4 %), konnte bei den sehbehinderten nur jeder Fünfte (20 %) und bei den körperbehinderten etwa jeder Zehnte (13,2 %) von dieser Erfahrung berichten. Hörbehinderte Jugendliche waren damit nicht nur diejenigen mit der meisten Kuss- und Pettingerfahrung, sondern auch die mit dem höchsten Anteil an Koituserfahrenen. Sie waren unter den Jugendlichen mit Behinderung die sexuell Aktivsten, was vermutlich damit zusammenhängt, dass sie im Vergleich zu den anderen befragten Jugendlichen am wenigsten in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. So können sie sich innerhalb ihres Wirkungskreises und unter Gleichaltrigen frei bewegen, während körper- und sehbehinderte Jugendliche oft auf eine Begleitung oder den Fahrdienst angewiesen sind.

Ähnlich wie bei den sexuellen Aktivitäten ohne Geschlechtsverkehr stieg der Anteil an Koituserfahrenen mit zunehmendem Alter an. Dies traf uneingeschränkt auf die weiblichen Befragten zu (vgl. Abbildung 19).

Abbildung 19: Anteil an Geschlechtsverkehr-Erfahrenen, nach Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Bei den männlichen Befragten ließ sich dieser lineare Anstieg nicht beobachten. Unter den Jungen bildeten die 15-Jährigen die Gruppe mit dem größten Anteil an Koituserfahrenen. Dieser Durchschnittswert hat jedoch keine Gültigkeit für alle Behinderungsgruppen, denn allein zwei Drittel der koituserfahrenen 15-jährigen Jungen waren hörbehindert.

**Fazit:** In der vorliegenden Erhebung war damit der Jugendliche, der am häufigsten über Erfahrung mit Geschlechtsverkehr verfügt, männlich, 15 Jahre alt und hörbehindert.

### Geschätzter Anteil Gleichaltriger mit Koituserfahrung

Jugendliche haben oftmals falsche Vorstellungen von der Verbreitung sexueller Beziehungen in ihrer Altersgruppe. Die Jungen und Mädchen sollten daher eine Einschätzung abgeben, wie viele Gleichaltrige bereits Geschlechtsverkehr hatten.

Die Einschätzungen der Jugendlichen unterschieden sich dabei weniger nach Geschlecht und Behinderungsart als vielmehr nach dem Alter der Befragten und danach, ob sie selbst schon Geschlechtsverkehr hatten.<sup>103</sup> Generell neigten behinderte Jugendliche ab 14 Jahren dazu, die Anzahl ihrer sexuell erfahrenen Altersgenossen zu überschätzen (Tabelle 16).

<sup>103</sup> Zu beachten ist hier wiederum die Einschränkung, dass nicht alle Antworten zur Frage der Koituserfahrung ausgewertet werden konnten, vgl. → Kapitel 4.3.2.

Tabelle 16: Geschätzter und tatsächlicher Anteil Gleichaltriger mit Koituserfahrung (Angaben in %)

Altersgruppe	Tatsächlicher Anteil an Koituserfahrenen	Richtig geschätzter Anteil	Überschätzter Anteil
12/13-Jährige (n = 28)	0 % („Wenige“)	60 % „Wenige“	40 % „Ein Drittel“, „Die Hälfte“, „Die meisten“
14-Jährige (n = 30)	0 % („Wenige“)	24,1 % „Wenige“	75,9 % „Ein Drittel“, „Die Hälfte“, „Die meisten“
15-Jährige (n = 42)	31 % („Ein Drittel“)	7,7 % „Ein Drittel“	61,5 % „Die Hälfte“, „Die meisten“
16-Jährige (n = 36)	34,3 % („Ein Drittel“)	31,4 % „Ein Drittel“	48,6 % „Die Hälfte“, „Die meisten“
17-/18-Jährige (n = 33)	33,3 % („Ein Drittel“)	20,7 % „Ein Drittel“	68,8 % „Die Hälfte“, „Die meisten“

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

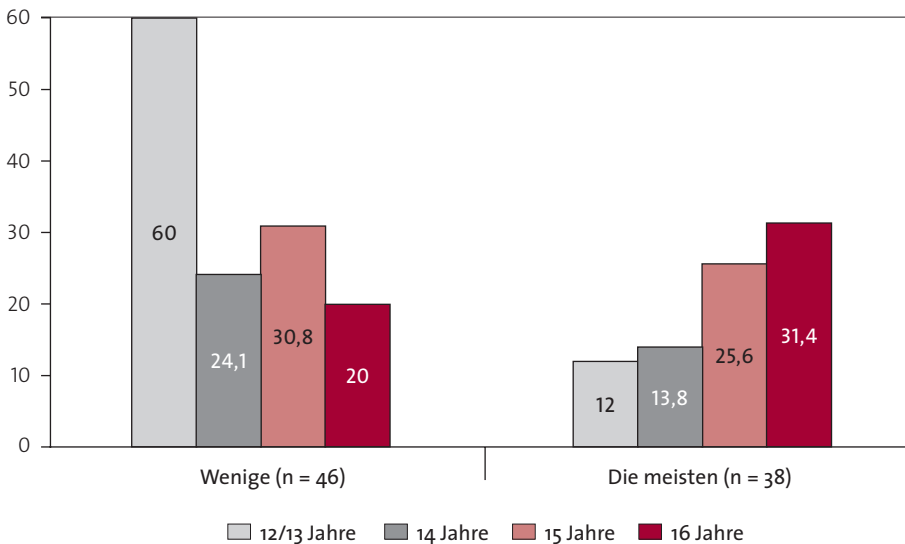
Drei von fünf Jugendlichen der jüngsten Altersgruppe schätzten sich und ihre Altersgenossen richtig ein, und immerhin ein Viertel wählte die nächsthöhere Kategorie. Bei den 14-Jährigen wählte etwa ein Viertel die richtige Antwort „Wenige“. Die verbleibenden 75 % überschätzten den Anteil koituserfahrener Gleichaltriger zum Teil sehr stark, indem sie als häufigste Variante „Die Hälfte“ antworteten (34,5 %). Sehr interessant sind die 15-Jährigen: Etwa ein Drittel von ihnen hatte schon Geschlechtsverkehr, aber nicht einmal ein Zehntel der Befragten schätzte diesen Anteil richtig ein. Stattdessen gingen sie entweder davon aus, dass die Hälfte oder die meisten der Gleichaltrigen bereits Geschlechtsverkehr hatten (35,9 % und 25,6 %). Ein knappes Drittel unterschätzte den Anteil mit der Vermutung, nur wenige Gleichaltrige hätten bereits Geschlechtsverkehr gehabt (30,8 %). Die Einschätzung der 16-Jährigen fiel deutlich genauer aus: Tatsächlich koituserfahren war etwa ein Drittel dieser Altersgruppe, und ebenso viele schätzten den Anteil Gleichaltriger mit Geschlechtsverkehr-Erfahrung richtig ein.



Etwa die Hälfte der 16-Jährigen überschätzte den Anteil, immerhin wählte etwa ein Drittel die Antwortmöglichkeit „Die meisten“ (31,4 %), und 20 % der 16-Jährigen gingen davon aus, dass nur wenige Gleichaltrige bereits koituserfahren seien (20,0 %). Auch die 17-Jährigen neigten eher zur Über- als zur Unterschätzung. Die Antwortmöglichkeit „Ein Drittel“, die dem realen Anteil entspricht, wurde nur von einem Fünftel dieser Altersgruppe richtig ausgewählt. Stattdessen vermuteten mehr als zwei Drittel der 17-Jährigen Erfahrung mit Geschlechtsverkehr bei der Hälfte oder den meisten Gleichaltrigen (37,5 % und 31,3 %).

Obwohl die tatsächlichen Anteile an koituserfahrenen Jugendlichen bei den 15- bis 18-jährigen Befragten mit etwa einem Drittel relativ identisch waren, ließ sich mit zunehmendem Alter ein Ansteigen der geschätzten Anteile Gleichaltriger mit Geschlechtsverkehr-Erfahrung beobachten (Abbildung 20).

Abbildung 20: „Was schätzt du, wie viele Mädchen und Jungen hatten in deinem Alter schon einmal Geschlechtsverkehr?“, nur Antwortmöglichkeit „Wenige“ und „Die meisten“, nach Altersgruppen (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Somit neigten vor allem ältere Jugendliche dazu, falsche Vorstellungen von der Verbreitung sexueller Aktivitäten innerhalb ihrer Altersgruppe zu entwickeln. Aber nicht nur das Alter, auch die eigene Koituserfahrung hatte einen Einfluss auf das Urteilsvermögen. Während Koitusunerfahrene signifikant häufiger die Antwortmöglichkeit „Wenige“ als „Die meisten“ wählten (34,7 % vs. 19,8 %), kehrte sich das Verhältnis bei den Geschlechtsverkehr-Erfahrenen um. In dieser Gruppe

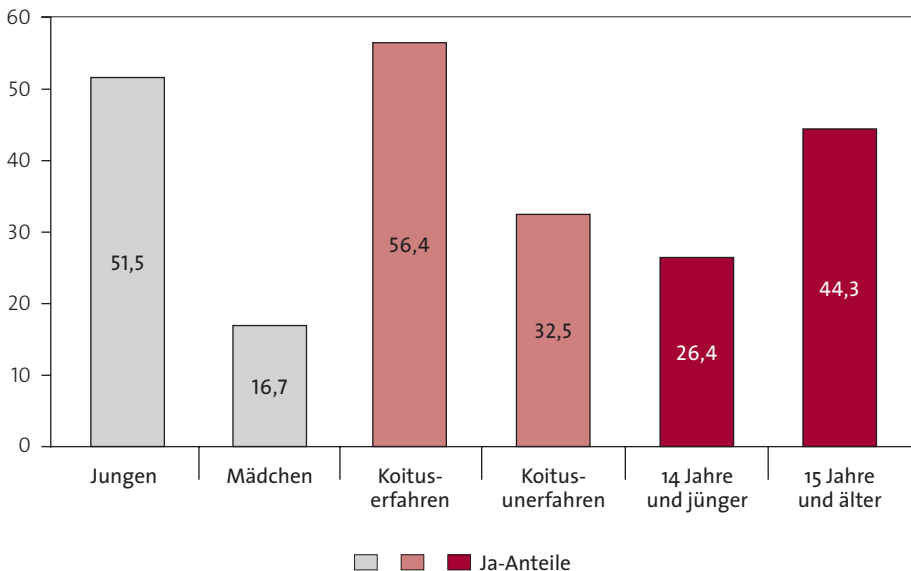
vermutete der Großteil der Jugendlichen, „die meisten“ ihrer Altersgruppe hätten bereits Koituserfahrung, und nur etwa jeder Zehnte schätzte den Anteil auf „wenige“ (35,9 % vs. 10,3 %).

**Fazit:** Die Ergebnisse zeigen, dass die Einschätzung des Anteils Gleichaltriger mit Koituserfahrung im Wesentlichen vom Alter der Befragten und deren Erfahrung mit Geschlechtsverkehr mitbestimmt wird.

### Erfahrung mit Masturbation

Die Selbstbefriedigung als unter männlichen Jugendlichen gängige Praxis findet sich auch in den vorliegenden Daten bestätigt. Unabhängig von der Art der Behinderung hatte mehr als die Hälfte der Jungen in den letzten zwölf Monaten masturbiert (vgl. Abbildung 21). Dabei waren es in erster Linie die über 15-jährigen, koituserfahrenen Jugendlichen, die signifikant erfahrener mit Selbstbefriedigung waren als unter 14-jährige und koitusunerfahrene Jugendliche. Der Anteil der Mädchen mit Masturbationserfahrung war deutlich geringer. Etwas häufiger hatten diejenigen masturbiert, die 15 Jahre und älter waren, aber auch hier gab nur etwa jedes fünfte Mädchen Masturbationserfahrung an.

Abbildung 21: „Hast du dich in den letzten zwölf Monaten selbst befriedigt?“, nach Geschlecht, Alter und Koituserfahrung (Angaben in %)



Jungen: n = 104, Mädchen: n = 65, Koitus-erfahren: n = 39, koitusunerfahren: n = 130,

14 und jünger: n = 58, 15 und älter: n = 111

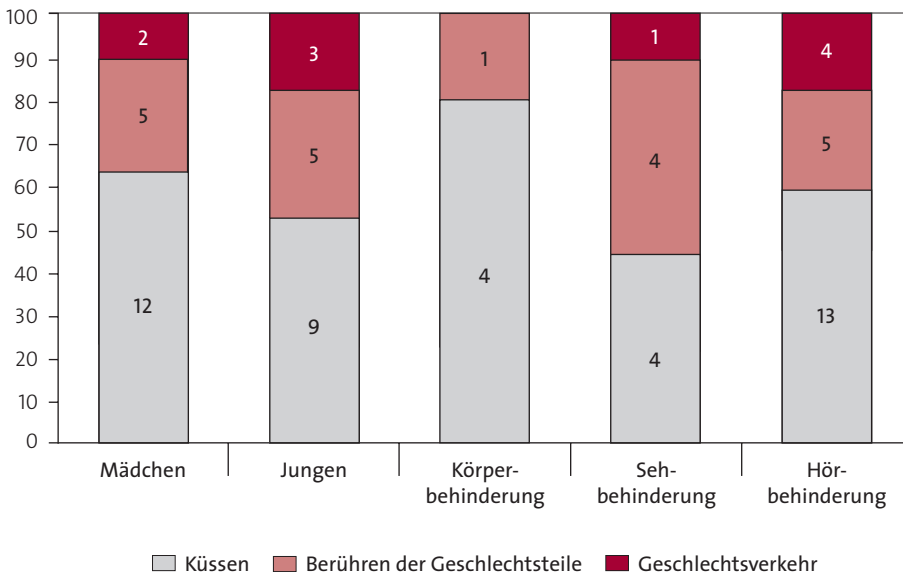
Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

**Fazit:** Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Selbstbefriedigung in erster Linie gängige Praxis koituserfahrener älterer Jungen ist.

### Erfahrung mit Homosexualität

Sexuelle Kontakte mit dem eigenen Geschlecht sind in der Pubertät keine Seltenheit und gründen in der Neugier Heranwachsender in Bezug auf die Variationsbreite zwischenmenschlicher Kontakte. Etwa jedes fünfte Mädchen (20,3 %) und jeder zehnte Junge (9,8 %) mit Behinderung hatte schon einmal Erfahrung mit homoerotischen oder homosexuellen Kontakten gesammelt. Die Mädchen zeigten sich damit signifikant aufgeschlossener in Bezug auf gleichgeschlechtliche Sexualerfahrungen. Zu berücksichtigen ist hierbei allerdings, dass die Jugendlichen möglicherweise Schwierigkeiten haben zu beurteilen, ob es sich um ein temporäres Neugierverhalten oder um eine tatsächliche manifeste sexuelle Orientierung handelt. Es ist zudem denkbar, das männliche Jugendliche befürchten, von anderen als „schwul“ stigmatisiert zu werden. In welcher Art und Weise die homosexuellen Kontakte stattfanden, variierte sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Behinderungsgruppen (vgl. Abbildung 22).

**Abbildung 22:** „Was hast du selbst schon einmal mit einem Mädchen/Jungen oder einer Frau/einem Mann gemacht oder erlebt?“ nach Geschlecht und Behinderungsart (Absolute Zahlen)



Mädchen: n = 13, Jungen: n = 10, Körperbehindert: n = 5, Sehbehindert: n = 5 Hörbehindert: n = 13

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

**Fazit:** Der Austausch von Küssen mit Gleichgeschlechtlichen fand bei allen Befragten am häufigsten statt, gefolgt vom Berühren der Geschlechtsteile. Etwa jedes fünfte Mädchen und jeder dritte Junge vollzog gleichgeschlechtlichen Geschlechtsverkehr. Mädchen berichteten zwar häufiger von homosexuellen Kontakten, diese konzentrierten sich aber im Wesentlichen auf den Austausch von Zärtlichkeiten. Jungen haben insgesamt weniger sexuelle Kontakte mit anderen Jungen, wenn es aber zu Kontakten kam, gaben sie häufiger Petting und Geschlechtsverkehr an. Letztgenanntes trifft ebenfalls häufiger auf Jugendliche mit Hörbehinderung zu, wie in Abschnitt zu Erfahrungen dargestellt – auch diejenigen mit der meisten Koituserfahrung sind.

## 5.4.2 Das erste Mal

Im Folgenden werden die Ergebnisse sämtlicher Fragestellungen zum ersten Geschlechtsverkehr, dem ersten Mal, aufgeführt. Darin enthalten sind das Alter der Beteiligten, Bekanntheit der Partnerin oder des Partners, Initiative, subjektives Erleben und retrospektive Einschätzung des Zeitpunktes, Verhütung und Gründe für fehlende Verhütung und Kenntnis anderer vom ersten Mal. Da es sich bei den koituserfahrenen Jugendlichen mit Behinderung um eine zahlenmäßig eher kleine Gruppe handelt, werden dort, wo es notwendig wird, statt der üblichen Prozentangaben die Verhältnisangaben erscheinen. In den Darstellungen wird ganz auf Wertangaben verzichtet, um Rückschlüsse auf Einzelpersonen zu vermeiden. Für detaillierte Analysen nach Altersgruppen, Art und Schwere der Behinderung usw. müssten größere Stichproben herangezogen werden als die hier vorliegende, so dass sich die Auswertung vorrangig auf Geschlechtsunterschiede konzentriert.

### Alter beim ersten Mal

Die Altersspanne für den ersten Geschlechtsverkehr lag zwischen 12 und 17 Jahren. Eine korrekte Auswertung des Alters beim ersten Mal müsste retrospektiv erfolgen, d. h. im Erwachsenenalter, wenn die Wahrscheinlichkeit der Aufnahme sexueller Kontakte am höchsten ist. Denn drei von vier Jugendlichen hatten ihr erstes Mal noch nicht erlebt, allein zwei von drei 17- bzw. 18-Jährigen. Daher kann in der befragten Altersgruppe keine repräsentative Auskunft darüber erteilt werden, in welchem Alter Jugendliche mit Behinderungen ihr erstes Mal erleben. Es lässt sich aber die Tendenz erkennen, dass Jungen zeitiger sexuell aktiv sind als Mädchen. Unter den hörbehinderten Jungen gab es einen sehr hohen Anteil an aktuell 15-Jährigen, die im Alter von 14 Jahren ihr erstes Mal erlebten. Sie waren unter allen Befragten die sexuell aktivste und erfahrenste Gruppe. Die Mädchen tendierten eher dazu, mit dem Beginn der sexuellen Aktivität noch etwas zu warten. Sie waren beim ersten Mal am häufigsten 15 Jahre und älter, unabhängig von der Art der Behinderung.

Beim Alter des Partners ging die Präferenz behinderter Mädchen klar zum älteren Partner. Durchschnittlich war dieser zwei Jahre älter. Etwa ein Drittel der Mädchen erlebte das erste Mal mit einem gleichaltrigen Partner, bei allen anderen war der Partner älter als die Mädchen selbst. Bei den Jungen war die Tendenz nicht so eindeutig erkennbar. Zwar erlebte etwa jeder zweite Junge seinen ersten Geschlechtsverkehr mit einem älteren Mädchen, bei einem Drittel war die Partnerin jedoch gleich alt und bei ca. einem Fünftel jünger als der Befragte.

### **Bekanntheit der Partnerin oder des Partners**

Drei von vier Jungen waren mit der Partnerin fest befreundet, mit der sie ihr erstes Mal erlebten. Die anderen kannten die Partnerin immerhin gut, unabhängig vom Alter des Jungen und von der Art der Behinderung. Kein Junge gab an, dass er die Partnerin kaum oder gar nicht gekannt hätte. Kennengelernt hatten die meisten Jungen ihre Partnerin in der Schule, aber auch im Freizeitbereich, im Freundeskreis und im Internet. Körperbehinderte Jungen knüpften am ehesten Kontakte im Freundeskreis, sehbehinderte in der Schule und hörbehinderte im Freizeitbereich, in der Schule und im Internet. Hörbehinderte Jugendliche sind im Vergleich zu körper- und sehbehinderten mobiler und uneingeschränkter in ihren Möglichkeiten, Kontakte zum anderen Geschlecht aufzubauen. Nur in jeweils einem von vier Fällen war die Partnerin ebenfalls behindert, davon am häufigsten mit der gleichen Behinderung wie der Befragte.

Bei den Mädchen war nur jedes zweite mit dem Partner fest befreundet. Die andere Hälfte, die vor allem aus 16-Jährigen und älteren bestand, kannte den Partner gut, unabhängig von der Art der Behinderung. Kein Mädchen gab an, den Partner kaum oder gar nicht gekannt zu haben. Kennengelernt haben sie den Partner sowohl im Freundeskreis als auch im Freizeitbereich und im Internet, am häufigsten jedoch im schulischen Bereich. Aus diesem Grund erlebte jedes zweite Mädchen den ersten Geschlechtsverkehr mit einem ebenfalls behinderten Partner, der jedoch tendenziell eine andere Behinderung/Erkrankung aufwies als das Mädchen selbst. Möglicherweise hängt dies mit der Vielfalt an Beeinträchtigungen zusammen, die innerhalb eines bestimmten Förderschultyps beschult werden (vgl. → *Kapitel 3.2*). Es kann sich aber aufgrund der kleinen Fallzahl auch um ein rein zufälliges Ergebnis handeln.

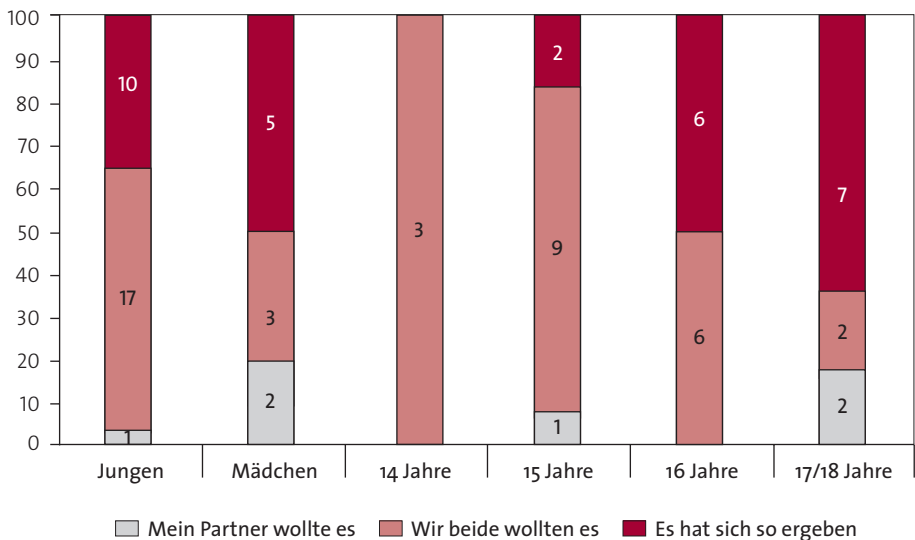
**Fazit:** Schlussfolgernd fand das erste Mal für Jungen in der Regel innerhalb einer festen Beziehung und mit einer nichtbehinderten Partnerin statt. Dies verwundert insofern, als Jugendliche mit Behinderungen oftmals innerhalb ihrer eher homogenen Peergroup agieren. Insofern stellt sich die Frage, wie die Jugendlichen den Begriff Behinderung definieren und ob es Jugendlichen mit weniger sichtbaren Behinderungen eher möglich ist, Kontakte zu nichtbehinderten Jugendlichen aufzubauen und auch früher sexuell aktiv zu werden, als Jugendlichen mit markanteren Behinderungen. Für Mädchen fand das erste Mal nicht zwangsläufig innerhalb einer festen Beziehung statt, und bei den jeweiligen Partnern handelte es sich zu gleichen

Teilen um behinderte und nichtbehinderte. Der Bekanntheitsstatus korrelierte hier nicht mit dem Bestehen einer Behinderung/Erkrankung des Partners.

### Initiative beim ersten Mal

In der Mehrheit der Fälle kam es zum ersten Geschlechtsverkehr, weil beide Partner den Wunsch danach äußerten. Bei zwei von fünf Jugendlichen ist jedoch eine gewisse Beliebigkeit festzustellen, indem sie mit „Es hat sich so ergeben“ antworteten. Nur ein sehr kleiner Teil vollzog das erste Mal auf Wunsch des Partners, in diesen Fällen auf Wunsch des männlichen Partners. Während bei den jüngeren Befragten der gemeinsame Wunsch deutlich im Vordergrund steht, nimmt mit steigendem Alter der Befragten die Beliebigkeit des Zeitpunktes stetig zu (vgl. Abbildung 23).

Abbildung 23: „Wie kam es zum ersten Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht und Alter (Absolute Zahlen)



Jungen n = 28, Mädchen n = 10, 14 J. n = 3, 15 J. n = 2, 16 J. n = 12, 17/18 J. n = 11

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Charakteristisch für die befragten Jungen war das gemeinsame Verlangen nach dem Erleben des ersten Mals, während etwa jedes zweite Mädchen die Initiative beim ersten Mal mit „Es hat sich so ergeben“ beschrieb und eins von fünf Mädchen das einseitige Verlangen des Partners als Auslöser betrachtete. Fast alle Jugendlichen mit Körperbehinderung beschrieben eine gewisse Beliebigkeit für das Geschehen des ersten Mals, im Vergleich dazu nur etwa jede bzw. jeder vierte Jugendliche mit Hörbehinderung.

**Fazit:** Schlussfolgernd erleben vor allem die jüngeren Jungen ihr erstes Mal auf beidseitiges Verlangen hin, die Mädchen und die körperbehinderten Befragten kennzeichnete eher die Aussage „Es hat sich so ergeben“. Die Dominanz eines Partners wird nur von den Mädchen beschrieben.

### Subjektives Erleben des ersten Mals

Der erste Geschlechtsverkehr war bei Jugendlichen mit Behinderung außerordentlich positiv besetzt. Drei von vier Jugendlichen erlebten das erste Mal als etwas Schönes. Etwa ein Fünftel der Jugendlichen beschrieb den ersten Geschlechtsverkehr als nichts Besonderes, etwas häufiger Jugendliche, die zum Zeitpunkt des ersten Mals 14 Jahre oder jünger waren. Nur knapp ein Zehntel der Befragten empfand den ersten Geschlechtsverkehr als etwas Unangenehmes oder hatte im Anschluss an das Ereignis ein schlechtes Gewissen. Die Jungen neigten stärker dazu, ihr erstes Mal als etwas Schönes zu umschreiben. Mädchen sowie sehbehinderte Jugendliche tendierten in ihrer Bewertung sowohl zu „Etwas Schönes“ als auch zu „Nichts Besonderes“ in gleichen Anteilen. Der Großteil der Jugendlichen mit Körper- und Hörbehinderung erlebte den ersten Geschlechtsverkehr ebenfalls als „etwas Schönes“.

Diejenigen, die ihren ersten Geschlechtsverkehr aufgrund des einseitigen Wunsches der Partnerin oder des Partners erlebten, gaben ihm eine negative Konnotation. Auch hatten tendenziell diejenigen ein schlechtes Gewissen, die ihren Partner lediglich gut kannten. Bestand zwischen den Beteiligten hingegen eine feste Beziehung, erlebten sie das erste Mal als etwas Schönes.

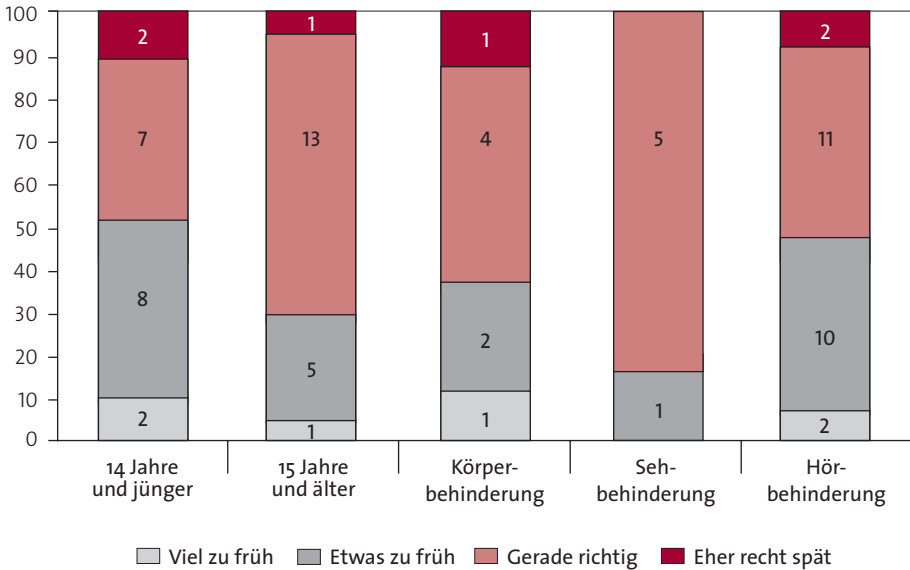
**Fazit:** Daraus ergibt sich die Schlussfolgerung, dass ein positives Empfinden des ersten Mals an eine feste Partnerschaft und den beiderseitigen Wunsch gekoppelt ist. Jungen erlebten diese Konstellation scheinbar öfter.

### Einschätzung des Zeitpunktes des ersten Mals

Über die Hälfte der Jugendlichen war der Meinung, ihre ersten sexuellen Erfahrungen zum richtigen Zeitpunkt gemacht zu haben (51,3 %), ein Drittel empfand den Zeitpunkt als etwas zu früh und jeweils 7,7 % als viel zu früh oder eher recht spät. Dabei unterschieden sich die Einschätzungen der Jungen interessanterweise nicht von denen der Mädchen. Auch hatten weder Partnerschaftsstatus noch subjektives Erleben des ersten Mals einen Einfluss auf die Bewertung des Zeitpunktes. Viel entscheidender waren hingegen das Alter zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs und die Art der Behinderung des Jugendlichen (vgl. Abbildung 24).

Je jünger die Befragten beim ersten Geschlechtsverkehr waren, umso häufiger schätzten sie den Zeitpunkt als viel oder etwas zu früh ein. Waren die Jugendlichen hingegen 15 Jahre und älter, wurde der Zeitpunkt von ihnen deutlich häufiger als gerade richtig bewertet.

Abbildung 24: „Wenn du heute an deinen ersten Geschlechtsverkehr zurückdenkst. Wie war der Zeitpunkt für das ‚erste Mal‘ für dich?“, nach Alter beim ersten Mal und Art der Behinderung (Absolute Zahlen)



14 J. und jünger n = 19, 15 J. und älter n = 19, Körperbeh. n = 8, Sehbeh. n = 6, Hörbeh. n = 25

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Eine ähnlich kritische Sichtweise wie die „Früheinsteiger“ hatten auch die Jugendlichen mit Hörbehinderung. Während der Großteil der Körperbehinderten und nahezu alle Sehbehinderten den Zeitpunkt für angemessen hielten, schätzte knapp die Hälfte der Hörbehinderten den Zeitpunkt als etwas oder viel zu früh ein. Dieses Ergebnis mag in Hinblick auf die hohe und frühzeitige sexuelle Aktivität hörbehinderter Jugendlicher verwundern, die größtenteils auf beiderlei Wunsch beruht und mit einem positiven subjektiven Erleben einhergeht.

### Verhütung beim ersten Mal

Nahezu neun von zehn Jugendlichen hatten beim ersten Mal verhütet, und zwar unabhängig vom damaligen Alter, vom Geschlecht und von der Art der Behinderung.

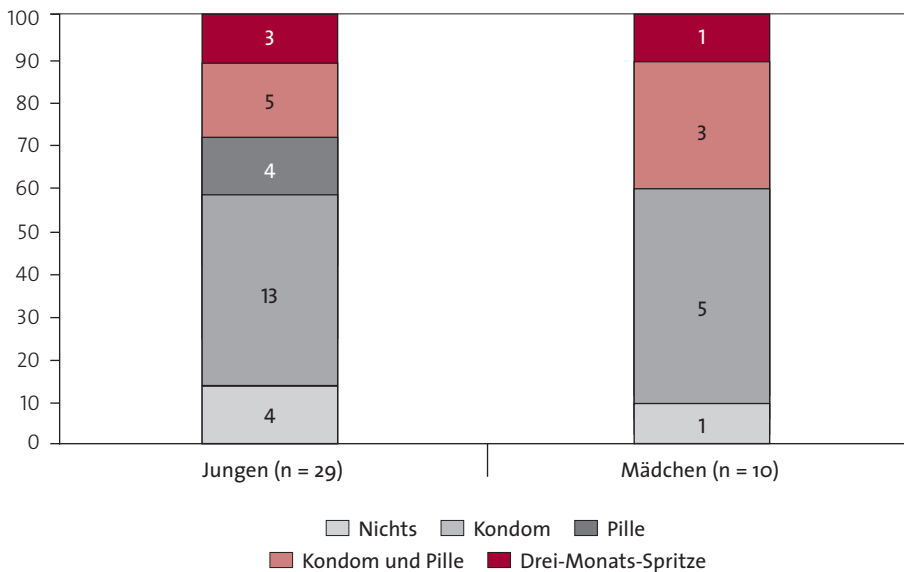
Zwei Drittel der Befragten verwendete beim ersten Geschlechtsverkehr ein Kondom, knapp ein Drittel verhütete mit der Pille. Ein Fünftel wendete beides in Kombination an. Der Anteil derjenigen, die mit der Drei-Monats-Spritze verhüteten, lag noch unter dem Anteil derjenigen, die beim ersten Mal überhaupt nicht verhüteten. Unter den Geschlechtern waren die unterschiedlichen Verhütungsmittel recht ähnlich verteilt, bis auf die Angabe der Pille als alleiniges Verhütungsmittel, das nur



von männlichen Befragten angegeben wurde (vgl. Abbildung 25). Dies lässt sich vermutlich damit erklären, dass einige der befragten Jungen ältere Partnerinnen hatten. Es ist wahrscheinlich, dass diese zum fraglichen Zeitpunkt bereits die Pille einnahmen, so dass für zusätzliche Verhütung kein Bedarf bestand.

Während etwa die Hälfte der Jugendlichen mit Körper- und Sehbehinderung mit Kondom verhütet hatte, waren es bei den hörbehinderten drei von vier Jugendlichen. Die Pille wurde vorrangig von körperbehinderten Befragten bzw. deren Partnerinnen angewendet.

Abbildung 25: „Wie habt ihr beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet?“, nach Geschlecht (Absolute Zahlen)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Knapp drei von vier Jugendlichen, die in der elterlichen Verhütungsberatung das Kondom als bestes Verhütungsmittel empfohlen bekamen, wendeten dies auch beim ersten Mal an (ausschließlich oder in Kombination mit der Pille). Im Vergleich dazu wurde die Pille nur von etwa einem Drittel derjenigen verwendet, deren Eltern die Pille als Verhütungsempfehlung gaben. Damit war das Kondom das Mittel der ersten Wahl, wenn es um die Anwendung von Verhütungsmitteln zum Anbeginn sexueller Aktivitäten geht.



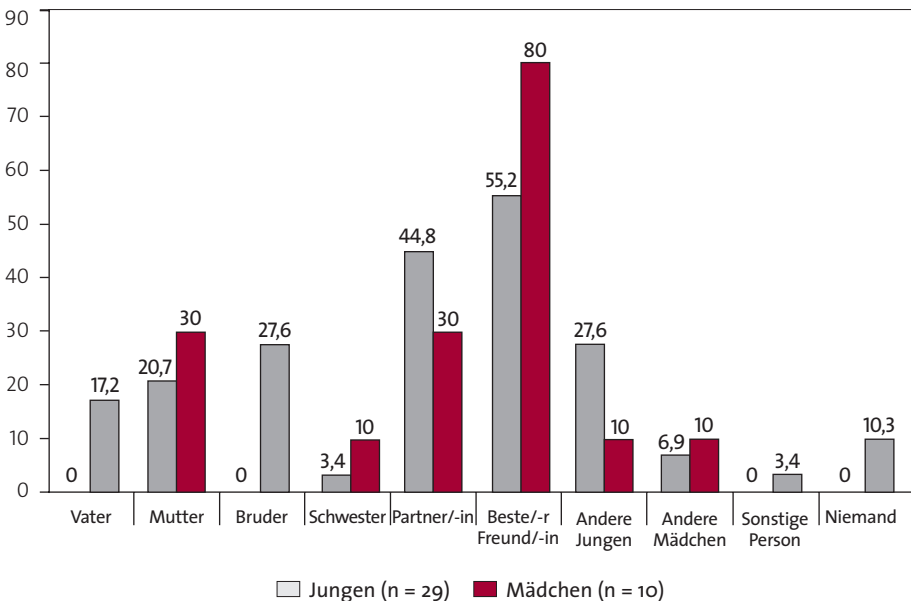
Die wenigen Befragten, die beim ersten Geschlechtsverkehr nicht verhütet hatten, gaben als Gründe die Spontaneität der Situation an sowie Ängste, Kondome zu kaufen und das Thema Verhütung insgesamt anzusprechen.

### Kenntnis anderer vom ersten Mal

Die Jugendlichen hatten im Durchschnitt zwei Personen vom Erleben ihres ersten Mals erzählt. Die Anzahl der Personen reichte von einer bis sechs, und nur sehr wenige hatten mit niemandem darüber gesprochen.

Waren die Jugendlichen zum Zeitpunkt des ersten Geschlechtsverkehrs 14 Jahre alt oder jünger, also so genannte Frühstarter, hatten sie drei oder mehr Personen davon in Kenntnis gesetzt. Bei 15-Jährigen und älteren waren es hingegen nur ein bis zwei Personen. Jungen kommunizierten mehr über ihr erstes Mal mit zwei Personen, Mädchen teilten ihre Erfahrung am häufigsten mit einer Person, und zwar am ehesten mit der besten Freundin (vgl. Abbildung 26). An zweiter Stelle folgten die Mutter und die oder der (aktuelle) Partner – die Schwester und andere Jugendliche wurden nur marginal in Kenntnis gesetzt.

Abbildung 26: „Mit wem hast du über dein ‚erstes Mal‘ gesprochen?“, nach Geschlecht, Mehrfachantworten möglich (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Bei den Jungen waren die Favoriten weniger stark, dafür breiter gestreut ausgeprägt. An erster Stelle stand ebenfalls der beste Freund, gefolgt von der (aktuellen) Partnerin, dem Bruder und anderen Jungen. Dass mit niemandem über das erste Mal gesprochen wurde, gaben nur die älteren Jungen an. Ein weiterer Alterseffekt zeigte sich darin, dass tendenziell die Frühstarter eher mit den Eltern kommunizierten, ebenso mit anderen Gleichaltrigen. Die Unterschiede zwischen den Behinderungsgruppen sind nahezu vernachlässigbar, erwähnenswert ist nur, dass von den körperbehinderten Jugendlichen niemand die (aktuelle) Partnerin oder den Partner als Gesprächsperson zum ersten Mal heranzog.

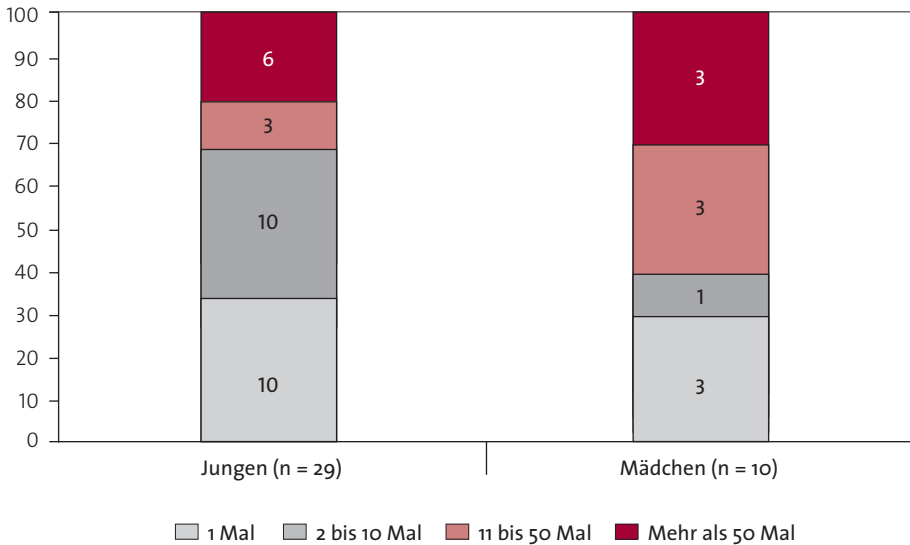
**Fazit:** Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Information des Beginns der sexuellen Aktivität in den meisten Fällen an Dritte weitergegeben wird, jedoch abhängig vom Geschlecht und vom Alter zum Zeitpunkt des ersten Mals an unterschiedlich viele Personen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang zu erfahren, in welchem zeitlichen Abstand zum Ereignis die Informationsweitergabe stattfand und ob es hierbei Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen gab.

### 5.4.3 Sexuelle Erfahrung

#### Anzahl Geschlechtsverkehr und Geschlechtspartner

Obwohl der Anteil sexuell erfahrener Jungen deutlich über dem der Mädchen lag (vgl. →Kapitel 5.4.1.), zeigte sich in der weiteren Auswertung, dass die Mädchen immer noch die sexuell Aktiveren waren. Verglichen mit den Jungen hatten die Mädchen in unserer Stichprobe in ihrem Leben häufiger Geschlechtsverkehr gehabt. Mehr als zwei Drittel hatten bereits mehr als einmal Geschlechtsverkehr, zwei von fünf Mädchen über zehnmal (Abbildung 27).

Abbildung 27: „Wie oft hattest du schon Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht (Absolute Zahlen)



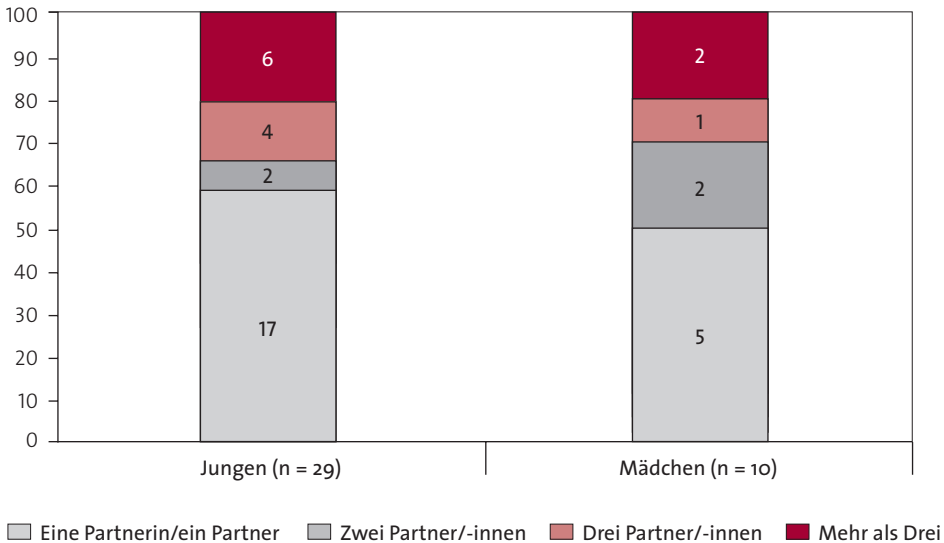
Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Unter den Jungen hatte etwa ein Drittel einmalig Geschlechtsverkehr-Erfahrung und ebenfalls ein Drittel mit einer Häufigkeit von zwei- bis zehnmal. Das verbleibende Drittel hatte bereits mehr als zehnmal Geschlechtsverkehr gehabt.

Das Alter beim ersten Mal spielte in unserer Stichprobe keine entscheidende Rolle für die Häufigkeit bisherigen Geschlechtsverkehrs, und auch die Art der Behinderung hatte nur wenig Einfluss auf die sexuelle Aktivität. Für körperbehinderte Jugendliche war Geschlechtsverkehr in erster Linie ein einmaliges Erlebnis, während seh- und hörbehinderte Jugendliche schon häufiger Geschlechtsverkehr hatten. Auch hatten Jugendliche mit einer aktuell festen Partnerschaft durchschnittlich häufiger Geschlechtsverkehr als Jugendliche ohne feste Partnerin bzw. ohne festen Partner.

Die Häufigkeit des bisherigen Geschlechtsverkehrs korrelierte ebenfalls hoch mit der Anzahl bisheriger Geschlechtsverkehr-Partnerinnen bzw. -Partner. In ihren sexuellen Beziehungen unterschieden sich Mädchen und Jungen mit Behinderungen recht wenig voneinander (vgl. Abbildung 28). Die Anteile mit mehr als drei Partnerinnen oder Partnern waren nahezu identisch, und auch bei denjenigen, die bis zu drei Partnerinnen oder Partner hatten, gab es nur geringe Unterschiede zwischen Mädchen und Jungen.

Abbildung 28: „Mit wie vielen Partnern hattest du schon Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht (Absolute Zahlen)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Je jünger die Jugendlichen bei ihrem ersten Geschlechtsverkehr waren, umso höher war die Anzahl der bisherigen Geschlechtspartnerinnen oder -partner. Alle so genannten Spätstarter hatten bisher nur maximal zwei, zwei Drittel der Frühstarter dagegen drei und mehr Partnerinnen oder Partner. In letztere Gruppe gehörten vorrangig hörbehinderte Jungen.

**Fazit:** Während die Häufigkeit sexueller Aktivität wesentlich mit dem Geschlecht zusammenhing, wurde die Anzahl der Geschlechtspartner vom Alter des Jugendlichen bei Beginn der sexuellen Aktivität mitbestimmt.

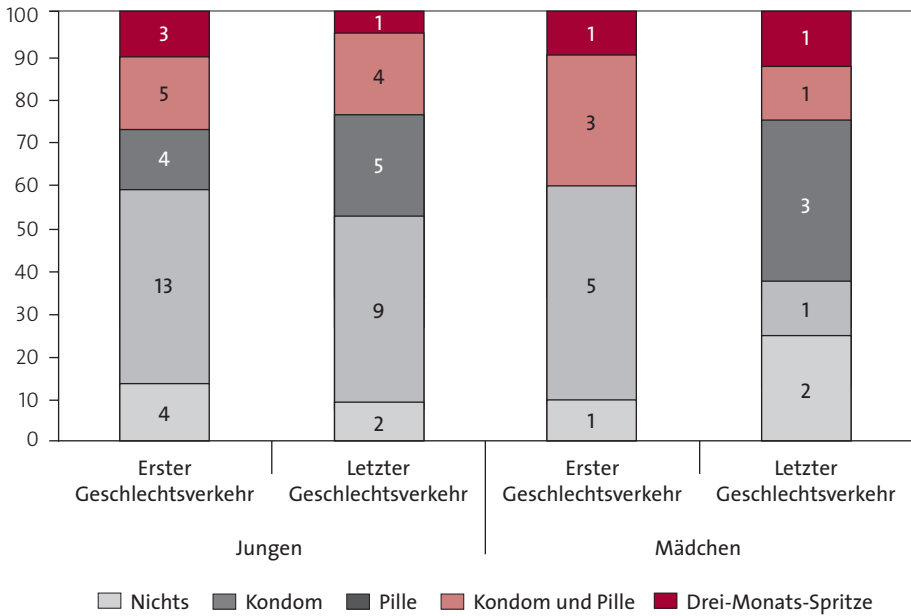
### Verhütungsverhalten beim letzten Geschlechtsverkehr

Im Vergleich zum ersten Geschlechtsverkehr haben sich die Anteile der verschiedenen verwendeten Kontrazeptiva um einiges verschoben. Hatte beim ersten Geschlechtsverkehr noch knapp jeder zweite Jugendliche mit dem Kondom verhütet, war es beim letzten Geschlechtsverkehr nur noch ein Drittel. Der Anteil der Pille hingegen verdreifachte sich nahezu von einem auf drei von zehn Jugendlichen. Die Verwendung der Drei-Monats-Spritze war etwas zurückgegangen, ebenso die Anwendung der Pille in Kombination mit einem Kondom.

Insgesamt hat sich das Verhütungsverhalten der Jugendlichen im Laufe der Zeit geringfügig verändert. Die Mädchen verhüteten im Vergleich zum ersten Mal etwas seltener, die Jungen sogar etwas häufiger (vgl. Abbildung 29).



Abbildung 29: Vergleich des Verhütungsverhaltens beim ersten und letzten Geschlechtsverkehr, nach Geschlecht (Absolute Zahlen)



Jungen: erster Geschl. n = 29, letzter Geschl. n = 21, Mädchen: erster Geschl. n = 10, letzter Geschl. n = 8  
 Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Das Kondom blieb für die Jungen auch beim zuletzt erlebten Geschlechtsverkehr das Mittel der Wahl, vor allem wenn der Junge zum Befragungszeitpunkt den jüngeren Altersgruppen angehörte. Von den Mädchen wurde es dagegen kaum noch angegeben. Sie wählten stattdessen mehr hormonelle Verhütungsmittel, insbesondere die Pille, unabhängig vom Alter der Befragten. Auch Jungen befürworteten die Verwendung der Pille, oft auch in Kombination mit einem Kondom.

Zum generellen Verhütungsverhalten lässt sich sagen, dass über die Hälfte der sexuell aktiven Jugendlichen immer sehr genau auf die Verhütung einer Schwangerschaft achtete, unabhängig vom Geschlecht der Befragten. Ein Viertel legte meistens oder fast immer auf die Verhütung einer Schwangerschaft Wert, hingegen achtete etwa einer von fünf Jugendlichen nie oder selten darauf. Am nachlässigsten waren unter den Befragten die 15-Jährigen, von denen nur knapp ein Drittel sehr genau auf die Verhütung einer Schwangerschaft Wert legte. Dieses Verhalten spiegelte sich auch in der Einstellungen gegenüber einer potenziell unerwarteten Schwangerschaft wider: Fast alle Befragten, die nie oder selten auf die Verhütung einer Schwangerschaft achteten, waren einer unerwarteten Schwangerschaft gegenüber positiv eingestellt. Von denje-

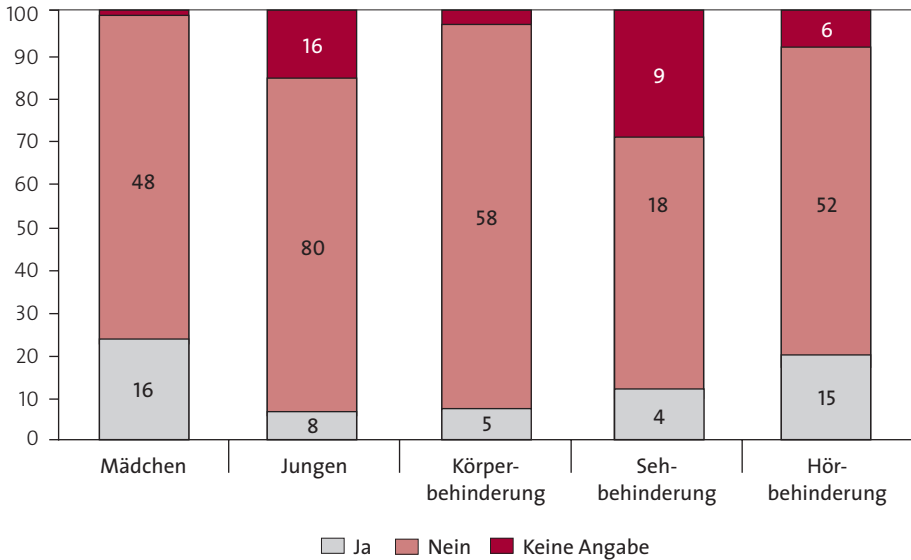
nigen, die eine unerwartete Schwangerschaft als Katastrophe oder sehr unangenehm empfanden, legten mehr als vier Fünftel immer sehr genau Wert auf deren Verhütung. Welche Vorstellungen Jugendliche mit Behinderungen noch von ihrer Zukunft haben, wird im →*Kapitel 5.5* erläutert; zum Kinderwunsch siehe →*Kapitel 5.6*.

#### 5.4.4 Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt

Laut einer aktuellen Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ist jede dritte bis vierte behinderte Frau von sexuellen Übergriffen in der Kindheit oder Jugend durch Erwachsene, Kinder oder Gleichaltrige betroffen, allen voran Frauen mit Hörbehinderungen.<sup>104</sup> Auch in unserer Studie fragten wir die Jugendlichen nach Gewalterfahrungen. Mehr als ein Zehntel der Jugendlichen war bereits von sexualisierter Gewalt betroffen (14,2 %), darunter doppelt so viele Mädchen wie Jungen. Somit war jedes vierte Mädchen schon mal von sexualisierter Gewalt betroffen, insbesondere hörbehinderte Mädchen (Abbildung 30). Bei den Jungen und den sehbehinderten Jugendlichen war hingegen der Anteil derer recht hoch, die zu dieser Frage keine Angabe machten. Dies könnte ein Hinweis auf eine hohe Dunkelziffer aus Gründen von Scham und Schuldgefühlen sein. Unter den männlichen Befragten berichteten analog zu den weiblichen Befragten die Hörbehinderten am häufigsten von Gewalterfahrung.

<sup>104</sup> Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend 2011

Abbildung 30: „Hat ein Junge oder Mann schon einmal versucht, gegen deinen Willen Sex oder Zärtlichkeiten mit dir zu haben?“, nach Geschlecht und Art der Behinderung (Absolute Zahlen)



Mädchen n = 65, Jungen n = 104, Körperbeh. n = 65, Sehbeh. n = 31, Hörbeh. n = 73

Numerische Werte für Anteile unter 2 % sind nicht ausgewiesen.

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Der Täter stammte meist aus dem nahen sozialen Umfeld. Während die Mädchen in erster Linie sexuellen Übergriffen durch den Ex-Freund ausgeliefert waren sowie zu gleichen Teilen einem Freund oder Mitschüler und einem unbekanntem Mann, war der Täter bei den Jungen am ehesten ein Freund oder Mitschüler, seltener ein Mann aus einem Abhängigkeitsverhältnis (Trainer, Lehrer usw.). In den meisten Fällen konnte der Angriff abgewehrt werden, so dass es zu keinen (weiteren) sexuellen Handlungen kam. Sehr selten wurde der Geschlechtsakt vollzogen, etwas häufiger wurden die Opfer zum Küssen und Berühren der Geschlechtssteile gezwungen. Etwa ein Viertel der Betroffenen wandte sich anschließend an eine erwachsene Person, vorzugsweise die Eltern, und etwa ein Drittel erzählte das Erlebnis einer Freundin oder einem Freund. Ein ähnlich hoher Anteil, und zwar knapp zwei Fünftel der von sexueller Gewalt Betroffenen, erzählte hingegen niemandem davon. Die Frage bleibt, ob für diese Jugendlichen tatsächlich keine Ansprechperson vorhanden war oder ob Angst und Scham ein Gespräch darüber blockierten.



## 5.5 Zukunftsperspektiven

Kinder und Jugendliche mit Behinderungen wachsen mit dem Verständnis und der Erfahrung auf, in ihrer Lebensgestaltung eingeschränkt und teilweise von bestimmten Bereichen sogar ausgeschlossen zu sein. Aus der Studie „Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen“<sup>105</sup> wissen wir, dass Kinder und Jugendliche mit Behinderungen ähnliche Wünsche und Zukunftsvorstellungen haben wie die gleichaltrigen nichtbehinderten Jugendlichen. Daher fragten wir in der vorliegenden Studie nach der Wichtigkeit und Erreichbarkeit von Zielen für die Zukunft. In der folgenden Tabelle sind die Zukunftsvorstellungen in einer Rangreihe nach der Wichtigkeit aufgeführt (vgl. Tabelle 17).

Tabelle 17: „Wie wichtig sind dir für die Zukunft die folgenden Dinge?“

Rang	Zukunftsziel	Prozent „Wichtig“	Mittelwert Jungen n = 104	Mittelwert Mädchen n = 65
1	Einen Beruf haben	93,4	1,93	1,91
2	Eine eigene Wohnung haben	86,1	1,88	1,78
3	Einen Partner haben	77,8	1,71	1,75
4	Viele Freunde haben	70,5	1,71	1,55
5	Viel Geld haben	59	1,61	1,42
6	Kinder haben	35,4	1,07	1,23
7	Ein erfülltes Sexualeben haben	32,9	1,22	0,89

Wichtig = 2, teilweise wichtig = 1, nicht wichtig = 0

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Nahezu alle Befragten äußerten den Wunsch, in der Zukunft einen Beruf auszuüben, womit die berufliche Orientierung bei Jugendlichen mit Behinderungen als zentrales Lebensziel an erster Stelle stand. Damit unterscheiden sie sich nicht von den Jugendlichen mit und ohne Behinderung aus der Studie „Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen“.<sup>106</sup> Identisch mit den Ergebnissen von 2003 waren auch die Wertigkeiten der anderen Zukunftsziele, wie eine eigene Wohnung, eine Partnerschaft und viele Freunde zu haben. Lediglich die Wichtigkeit einer

<sup>105</sup> Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

<sup>106</sup> Vgl. Michel/Häußler-Sczepan/Riedel 2003

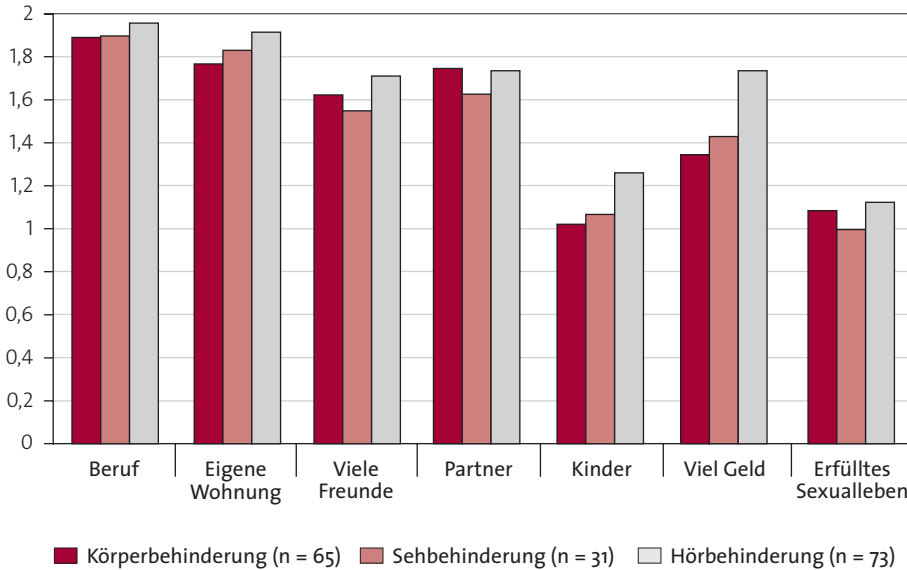
Partnerschaft wurde gegenüber der Wichtigkeit eines großen Freundeskreises in der aktuellen Studie höher eingestuft als in der Studie von 2003. Die vorliegenden Ergebnisse lassen sich ebenfalls mit den Ergebnissen der aktuellen Shell-Jugendstudie<sup>107</sup> gleichsetzen. Auch hier steht die Wichtigkeit des Ziels „Karriere machen“ vor dem Ziel „Familie“. An unterster Stelle rangierten in unserer Studie Familiengründung und sexuelle Befriedigung, die von je knapp einem Viertel der Befragten sogar als unwichtig eingestuft wurden (Familiengründung 22 %, sexuelle Befriedigung 23,8 %), während alle anderen Zukunftsziele unter der 6-%-Marke in der Antwortkategorie „Unwichtig“ lagen. Ein erfülltes Sexualleben und eigene Kinder wurden jedoch von über 40 % der Jugendlichen auch als „teilweise wichtig“ eingestuft (Sexualleben 43,3 %, eigene Kinder 42,7 %). Ebenfalls teilweise wichtig war es etwa einem Drittel der Jugendlichen, einmal viel Geld zu besitzen (35,5 %), und ca. einem Viertel, viele Freunde zu haben (24,1 %).

Die Jungen unterschieden sich dahingehend signifikant von den Mädchen, dass sie einem erfüllten Sexualleben einen höheren Stellenwert beimaßen. Mädchen wünschten sich hingegen tendenziell häufiger eine eigene Familie. In allen anderen Bereichen beurteilten die Mädchen die Wichtigkeiten ähnlich wie die Jungen oder nur mit geringen Abweichungen.

Hörbehinderte Jugendliche erreichten in allen Kategorien die höchsten Werte. Den beiden Zukunftszielen „Viel Geld haben“ und „Kinder haben“ gaben sie signifikant mehr Wichtigkeit als körper- und sehbehinderte Jugendliche (Abbildung 31), und zwar sowohl die Jungen als auch die Mädchen mit Hörbehinderung. Unabhängig von der Art der Behinderung stand jedoch die eigene Unabhängigkeit in Form eines Berufes und einer Wohnung bei allen Jugendlichen an erster Stelle, gefolgt von der Existenz eines sozialen Netzwerkes.

**107** Deutsche Shell 2010

Abbildung 31: „Wie wichtig sind dir für die Zukunft die folgenden Dinge?“, Vergleich der Mittelwerte nach Behinderungsart



Wichtig = 2, teilweise wichtig = 1, nicht wichtig = 0

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Gleichzeitig sollten die Jugendlichen einschätzen, für wie realisierbar sie die genannten Zukunftsziele erachten. Auch hier rangierten der Beruf, die eigene Wohnung, ein großer Freundeskreis und eine Partnerschaft an vorderster Stelle (Tabelle 18).

Tabelle 18: „Für wie erreichbar hältst du die Dinge?“

Rang	Zukunftsziel	Prozent „Erreichbar“	Mittelwert Jungen n = 104	Mittelwert Mädchen n = 65
1	Einen Beruf haben	76,8	1,72	1,78
2	Eine eigene Wohnung haben	73,2	1,69	1,69
3	Viele Freunde haben	70,3	1,67	1,58
4	Einen Partner haben	69,1	1,66	1,62
5	Kinder haben	39,6	1,24	1,20
6	Viel Geld haben	39	1,34	1,28
7	Ein erfülltes Sexualleben haben	33,3	1,21	1

Erreichbar = 2, teilweise erreichbar = 1, nicht erreichbar = 0

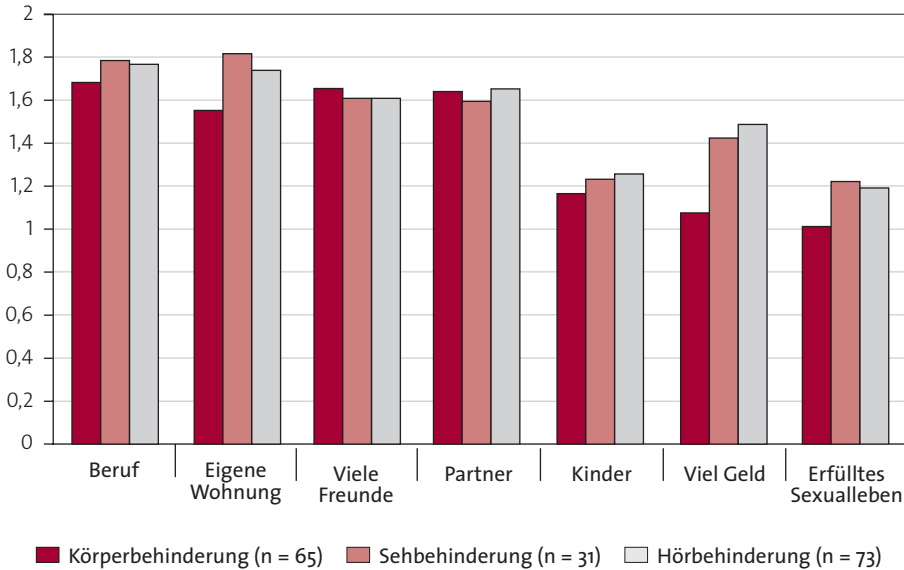
Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

An unterster Stelle der Realisierbarkeit rangierten Familiengründung und sexuelle Befriedigung ähnlich wie bei der Frage zur Wichtigkeit von Dingen. Sie wurden von etwa einem Fünftel der Befragten als „nicht erreichbar“ eingestuft (Familiengründung 17,1%, sexuelle Befriedigung 20,1%), während alle anderen Ziele unter der 8-%-Marke in der Kategorie „Nicht erreichbar“ lagen. Für die Ereignisse Kinder, Reichtum und ein erfülltes Sexualleben wählten sehr viele Befragte die Antwortmöglichkeit „Teilweise erreichbar“, was damit die häufigste Nennung innerhalb der Kategorie war (viel Geld: 53,7%, Sexualleben: 46,5%, Kinder: 43,3%).

Zwischen den einzelnen Behinderungsgruppen gab es nur wenig Unterschiede. Das Erreichen finanziellen Reichtums wurde von hörbehinderten Jugendlichen als am ehesten realisierbar eingeschätzt, analog der Einordnung der Wertigkeit (vgl. Abbildung 32).

Bei den Jungen zeigte sich im Mittelwertvergleich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Einschätzung der Realisierbarkeit eines erfüllten Sexuallebens, das Jugendliche mit einer Körperbehinderung als am wenigsten realisierbar sahen (Mittelwert: 1,00). Und es gab noch einen interessanten Unterschied: Körperbehinderte Mädchen schätzten es signifikant weniger realisierbar als seh- und hörbehinderte Mädchen ein, in Zukunft in einer eigenen Wohnung zu leben. Die Existenz baulicher Barrieren stellt Menschen mit Körperbehinderungen immer wieder vor enorme Herausforderungen und schränkt sie in ihren Handlungsspielräumen ein. Zudem erfordern Umbauarbeiten einen hohen Kostenaufwand. Dies könnte auch ein Grund dafür sein, dass körperbehinderte Jugendliche finanziellen Reichtum von allen Befragten für am wenigsten realisierbar hielten.

Abbildung 32: „Für wie erreichbar hältst du die Dinge?“, Vergleich der Mittelwerte nach Behinderungsart



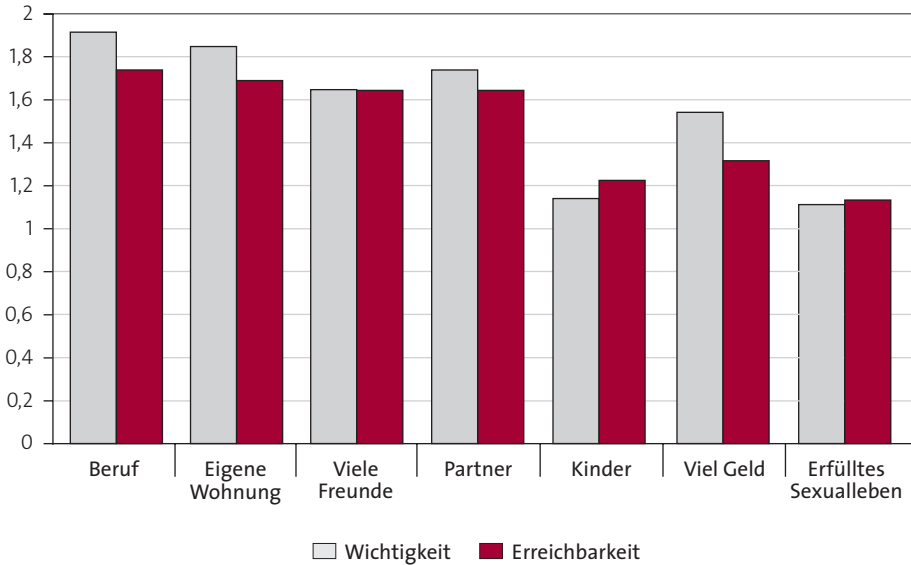
Erreichbar = 2, teilweise erreichbar = 1, nicht erreichbar = 0

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011



Ein Vergleich der Mittelwerte zwischen Wichtigkeit und Erreichbarkeit der genannten Ereignisse macht noch einmal deutlich, dass in den meisten Kategorien die Realisierbarkeit geringer eingeschätzt wurde als die Wertigkeit (vgl. Abbildung 33). In den Kategorien Beruf, eigene Wohnung und finanzieller Reichtum handelt es sich um einen signifikanten Unterschied.

Abbildung 33: Wichtigkeit und Erreichbarkeit von Zukunftszielen, Vergleich der Mittelwerte



n = 165, wichtig/erreichbar = 2, teilweise wichtig/erreichbar = 1, nicht wichtig/erreichbar = 0

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

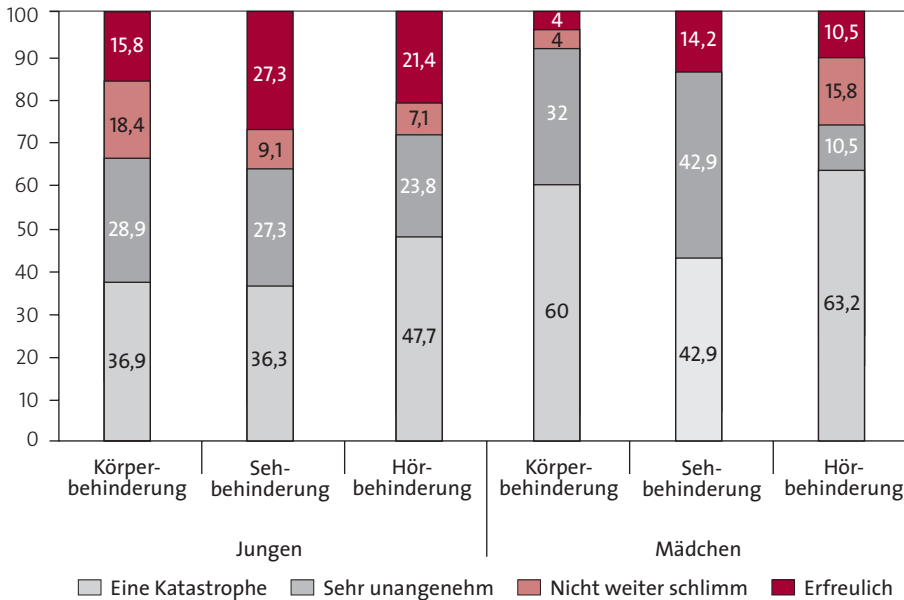
Die genannten Unterschiede betrafen jedoch nur die befragten Jungen. Bei den Mittelwerten der Aussagen der Mädchen fanden sich keine signifikanten Unterschiede, was ein Indiz dafür ist, dass für Mädchen die Bedeutung eines Ereignisses auch an dessen Realisierbarkeit gekoppelt ist. Bei den Jungen war dies nicht der Fall: Beruf, Wohnung und finanzieller Reichtum wurden in der Wichtigkeit höher eingestuft als in der Realisierbarkeit, beim Kinderwunsch kehrte sich das Verhältnis um. Genauer dazu im folgenden Kapitel.

## 5.6 Kinderwunsch

Wie in →*Kapitel 5.5* dargestellt, war die Wertigkeit und Realisierbarkeit des Kinderwunsches bei Jugendlichen mit Behinderungen weniger stark ausgeprägt (vgl. auch Abbildung 33). Aus Vergleichsstudien wissen wir, dass sich in dieser Altersgruppe eine Haltung zum Kinderwunsch erst noch etablieren muss, so dass man eher von einem Alterseffekt und weniger von einem Einfluss der Behinderung auf die Wichtigkeit und Erreichbarkeit des Kinderwunsches ausgehen muss. Keiner der Jugendlichen hatte zum Befragungszeitpunkt bereits ein Kind und nur ein Junge gab an, dass ein Mädchen aktuell von ihm schwanger war.

Die Vorstellung, jetzt schwanger zu werden bzw. ein Kind zu zeugen, kam für knapp die Hälfte der Jugendlichen einer Katastrophe gleich (47,9 %), darunter deutlich mehr für Mädchen als für Jungen (58,8 % vs. 41,8 %). Neun von zehn körperbehinderten und mehr als vier Fünftel der sehbehinderten Mädchen würden dem Ereignis einer aktuellen Schwangerschaft eine negative Konnotation beimessen (körperbehinderte Mädchen 92 %, sehbehinderte 85,8 %), während etwa ein Viertel der hörbehinderten Mädchen das Ereignis als unproblematisch oder sogar erfreulich einstufen würde (26,3 %) (vgl. Abbildung 34).

Abbildung 34: „Wie wäre es, jetzt schwanger zu werden/wenn ein Mädchen jetzt von dir schwanger werden würde?“, nach Geschlecht und Behinderungsart (Angaben in %)



n = 142, in Kapitel → 4.3.2 wurde bereits darauf aufmerksam gemacht, dass ein Teil der Schülerinnen und Schüler diese Frage nicht beantwortete.

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

Etwa einer von drei Jungen würde unabhängig von der Art der Behinderung eine potenzielle Schwangerschaft positiv bewerten. Die Jungen waren damit gegenüber einer Schwangerschaft im Teenageralter signifikant positiver eingestellt als die Mädchen und standen ihr toleranter gegenüber. Es bleibt die Frage, inwieweit unzureichend ausgeprägtes Verantwortungsbewusstsein und mangelnder Selbstbezug die Einstellung der Jungen prägt. Ein Alterseffekt war nicht erkennbar, es zeigte sich lediglich, dass Jugendliche mit Koituserfahrung etwas häufiger das Ereignis Schwangerschaft positiver sahen als Unerfahrene (31,4 % vs. 24,3 %). Insgesamt kann festgehalten werden, dass die meisten Jugendlichen aktuell keine Schwangerschaft wünschen.



## *Ausgewählte Ergebnisse im Vergleich zu Jugendlichen ohne Behinderung*

# 6

Abschließend erfolgt ein Vergleich der Untersuchungsgruppe mit der sächsischen Jugendpopulation, die im Rahmen der Jugendsexualitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2009 untersucht wurde. Dieser Vergleich wird vor allem für die sexualpädagogische Arbeit als sehr wichtig erachtet – zentrales Anliegen der Studie war es jedoch, vorrangig Einstellungen und Verhaltensweisen von Jugendlichen mit Behinderungen in Bezug auf Aufklärung, Sexualität und Verhütung zu analysieren. Aufgeführt werden im Folgenden nur die Ergebnisse, bei denen sich Unterschiede zwischen den beiden Untersuchungsgruppen abgezeichnet haben. Die Ergebnisse in ihrer Gesamtheit stehen im Online-Angebot der BZgA unter [www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de) zur Verfügung.

Bei der Vergleichsgruppe handelt es sich um in Sachsen wohnhafte Jugendliche der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre, die keine Förderschule besuchen. In der Stichprobenbeschreibung wird deutlich, dass die nichtbehinderten Jugendlichen im Durchschnitt älter sind und häufiger bei den leiblichen Eltern oder einem leiblichen Elternteil leben (Tabelle 19).



Tabelle 19: **Soziodemographie der beiden Untersuchungsgruppen (n=475)**

<i>Fallzahl</i>	<b>Jugendliche mit Behinderung Sachsen</b>		<b>Jugendliche ohne Behinderung Sachsen</b>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<b>Befragte Jugendliche</b>	169	100	306	100
Jungen	104	62	161	53
Mädchen	65	38	145	47
<b>Alter</b>				
12–13 Jahre	28	16,6	0	0
14 Jahre	30	17,8	58	19
15 Jahre	42	24,9	61	19,9
16 Jahre	36	21,3	61	19,9
17–18 Jahre	33	19,6	126	41,2
<b>Schüler einer/eines</b>				
Förderschule	162	95,9	0	0
Realschule	0	0	136	44,4
Gymnasiums	0	0	111	36,3
Gesamtschule	0	0	10	3,3
Berufsschule	0	0	49	16
Berufsbildungswerks	7	4,1	0	0
<b>Aufenthalt</b>				
Leibliche Eltern	86	51,2	196	64,7
Ein Elternteil + Stiefeltern	27	16,1	34	11,2
Nur Mutter	24	14,3	63	20,8
Nur Vater	5	3	8	2,6
Adoptiv-/Pflegeeltern	10	6	0	0
Internat/Wohnheim	12	7,2	0	0
Sonstiges	4	2,4	2	0,5

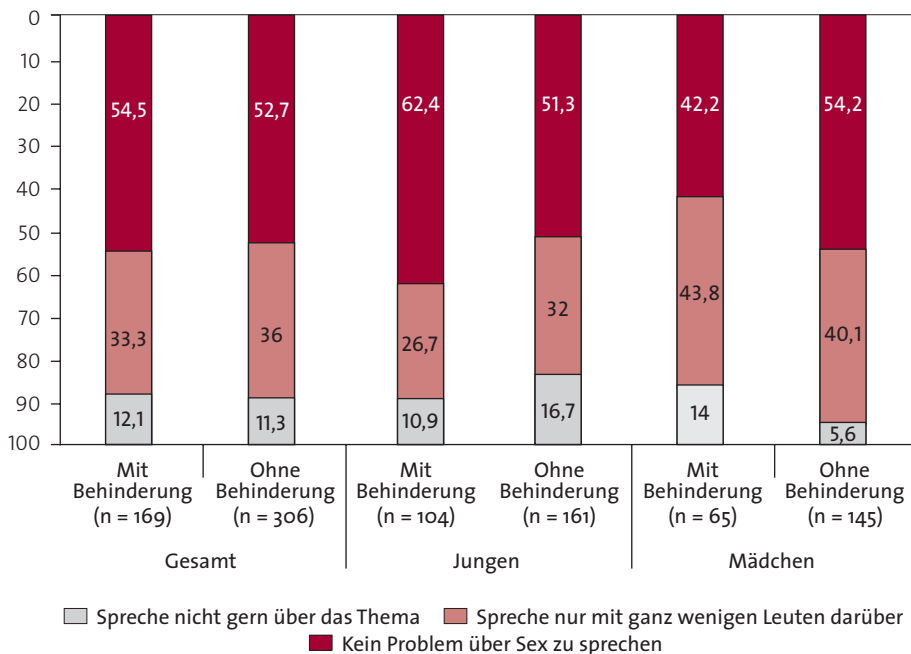
Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“



## 6.1 Kommunikation über Sexualität

Während sich zwischen den beiden Untersuchungsgruppen keine Unterschiede im Umgang mit dem Thema Sexualität auf kommunikativer Ebene abzeichnen, sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern deutlicher. Männliche Jugendliche mit Behinderung haben deutlich häufiger kein Problem über Sexualität zu sprechen, als die Jungen ohne Behinderung (Abbildung 35). Der Anteil derjenigen, die dieses Thema eher meiden, ist unter allen Jugendlichen bei den Mädchen mit Behinderung am höchsten und bei den Mädchen ohne Behinderung am geringsten.

Abbildung 35: Kommunikation über Sexualität – subjektives Empfinden, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

## 6.2 Vertrauenspersonen

Die wichtigste Vertrauensperson in sexuellen Fragen ist für die Hälfte der Jungen der beste Freund und für zwei Drittel der Mädchen die beste Freundin (Tabelle 20). An zweiter Stelle steht die Mutter, jedoch ist hierbei auffällig, dass besonders die nichtbehinderten Mädchen den Stellenwert der Mutter besonders hervorheben. Der Vater spielt hingegen nur bei den Jungen eine Rolle als Vertrauensperson in sexuellen Fragen, während für die behinderten Mädchen der Partner und die Schwester besonders erwähnenswert sind. Die Abwesenheit einer Vertrauensperson wird von 16 % der nichtbehinderten Jungen genannt.

Tabelle 20: Vertrauensperson für sexuelle Fragen, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht (Angaben in %)

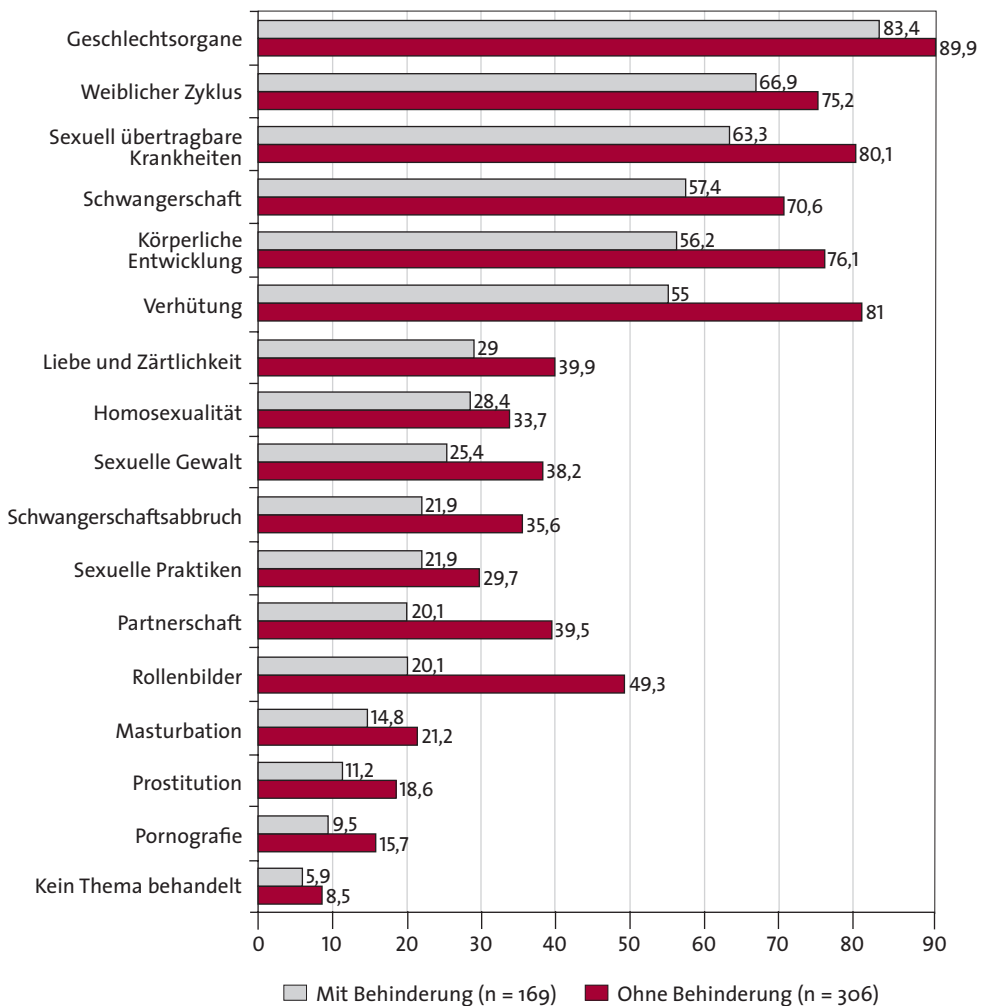
Rang		Jungen mit Behinderung <i>n</i> = 80	Jungen ohne Behinderung <i>n</i> = 161	Mädchen mit Behinderung <i>n</i> = 51	Mädchen ohne Behinderung <i>n</i> = 145
1	Beste/r Freund/in	46,9	52,2	64,7	65,5
2	Mutter	38,3	36	39,2	61,4
3	Vater	25,9	26,1	7,8	7,6
4	Partner	24,7	6,8	29,4	14,5
5	Andere Jungen	23,5	23	0	0,7
6	Schwester	2,5	6,8	21,6	13,8
7	Bruder	14,8	13	5,9	1,4
8	Lehrkraft	13,6	6,2	9,8	2,1
9	Andere Mädchen	3,7	1,9	7,8	6,9
	Niemand	5,0	16,1	7,8	2,1
	Keine Auskunft	24	-	14	-

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

## 6.3 Sexuaufklärung

In Bezug auf die Quellen der Sexuaufklärung gibt es kaum nennenswerte Unterschiede zwischen den Untersuchungsgruppen. Dafür unterscheiden sich die Themen der Sexuaufklärung in Art und Intensität. Generell erinnern sich mehr Jugendliche ohne Behinderung an die verschiedenen Themen des Sexualkundeunterrichtes (Abbildung 36). Die deutlichsten Diskrepanzen bestehen bei den Themen Verhütung, körperliche Entwicklung, Partnerschaft, Rollenbilder, sexuell übertragbare Krankheiten, Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.

Abbildung 36: Themen der Sexuaufklärung, nach Untersuchungsgruppen (Angaben in %)



Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

## 6.4 Informationsbedarf

Den höchsten Informationsbedarf in Bezug auf sexualpädagogische Themen zeigen die Mädchen mit Behinderung (Tabelle 21). Das größte Interesse gilt den Themen Schwangerschaft und Geburt, Liebe und Zärtlichkeit sowie Partnerschaft, aber auch dem Thema sexuelle Gewalt. Es ist aber auch zu beobachten, dass Themen mit einem starken Präventionscharakter wie sexuell übertragbare Krankheiten, sexuelle Gewalt und Schwangerschaftsabbruch bei allen Jugendlichen auf großes Interesse stoßen.

Tabelle 21: Sexuelle Themen – Informationsdefizite, Mittelwertvergleiche der Geschlechter und Untersuchungsgruppen

Thema	Jungen mit Behinderung <i>n</i> = 104	Jungen ohne Behinderung <i>n</i> = 161	Mädchen mit Behinderung <i>n</i> = 65	Mädchen ohne Behinderung <i>n</i> = 145
Sexuell übertragbare Krankheiten	1,8	1,8	1,7	1,7
Liebe und Zärtlichkeit	1,8	1,7	1,7	1,9
Sexuelle Gewalt	1,9	2,1	1,6	1,9
Verhütung	1,8	1,8	1,7	1,7
Schwangerschaftsabbruch	2	2,3	1,5	1,7
Schwangerschaft	2	2,1	1,5	1,7
Partnerschaft	1,9	2,1	1,7	2
Sexuelle Praktiken	1,8	1,7	1,9	1,8
Körperliche Entwicklung	1,9	2	1,8	2
Rollenbilder	2	2	1,7	2
Aufbau der Geschlechtsorgane	2	1,9	2	2
Weiblicher Zyklus	2,2	2,1	1,8	1,9
Homosexualität	2,1	2,3	1,9	2,2
Masturbation	2	2	2,1	2,2
Prostitution	2,2	2,2	2,2	2,3
Pornografie	2,1	2,1	2,5	2,3

1 = Ich möchte gerne mehr darüber wissen; 2 = Ich weiß genügend darüber; 3 = Das Thema interessiert mich gar nicht

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

## 6.5 Verhütungsberatung und -empfehlung

Inwieweit die Jugendlichen auch im elterlichen Setting sexuell aufgeklärt werden, zeigen die Angaben zur Verhütungsberatung durch die Eltern. Diese erfolgt bei Jungen mit und ohne Behinderung mit ca. 60% in gleichem Maße, bei den Mädchen zeigt sich hingegen eine deutliche Diskrepanz: Zwei Drittel der Mädchen mit Behinderung wurden im Vergleich zu vier von fünf Mädchen ohne Behinderung schon einmal von ihren Eltern zur Verhütung beraten. Nahezu jeder Junge mit Behinderung und vier von fünf Jungen ohne Behinderung bekommen als beste Form der Verhütung das Kondom empfohlen, die Empfehlung der Pille erhalten zwischen 24 und 31% der Jungen. Im Vergleich dazu erhalten drei von vier Mädchen mit Behinderungen sowohl das Kondom als auch die Pille als primäre Empfehlung, während für zwei Drittel der Mädchen ohne Behinderung klar die Pille favorisiert wird und das Kondom für vier von zehn Mädchen.

## 6.6 Partnerschaft

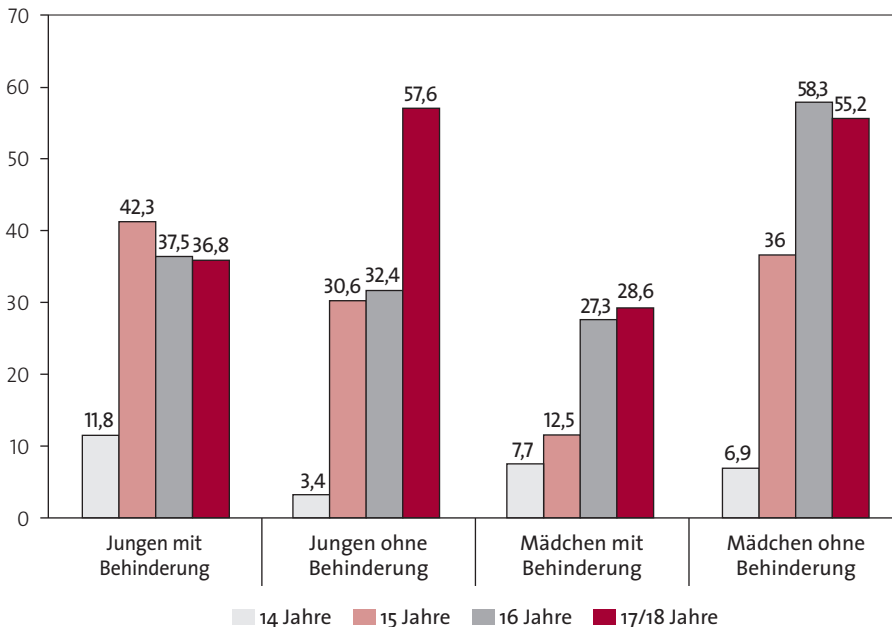
40% der Jugendlichen ohne Behinderung und ein Drittel der Jugendlichen mit Behinderung waren zum Zeitpunkt der Befragung in einer Partnerschaft. Dabei hatten etwa doppelt so viele Jungen mit Behinderung eine feste Freundin wie Jungen ohne Behinderung. Bei den Mädchen ist die Verteilung in etwa gleich.

Erwartungsgemäß ist nur ein Teil der unter 18-jährigen Jugendlichen sexuell erfahren. Die Gründe für den bisherigen Koitusverzicht variieren kaum zwischen den Geschlechtern und Untersuchungsgruppen. Als ein wichtiger Unterschied zeichnet sich lediglich das Fehlen des richtigen Partners für über die Hälfte der koitusunerfahrenen nichtbehinderten Mädchen ab im Vergleich zu 15% der behinderten Mädchen. Diese wiederum sehen ihren bisherigen Koitusverzicht primär in ihrem jungen Alter begründet.

## 6.7 Das erste Mal

Das erste Mal schon hinter sich hat etwa jeder vierte der 14- bis 18-jährigen Jugendlichen mit Behinderung (23 %) und etwa vier von zehn der 14- bis 17-jährigen Jugendlichen ohne Behinderung (39 %). Hierbei lassen sich deutliche Geschlechtsunterschiede ausmachen (Abbildung 37): Während es unter den behinderten Jungen etwa doppelt so viele mit Koituserfahrung gibt (28 %, n = 29) wie bei den Mädchen (15 %, n = 10), sind bei den nichtbehinderten Jugendlichen die Mädchen die sexuell aktiveren. Das erste Mal hatten 43 % der Mädchen ohne Behinderung erlebt (n = 62) im Vergleich zu 36 % der Jungen ohne Behinderung (n = 58).

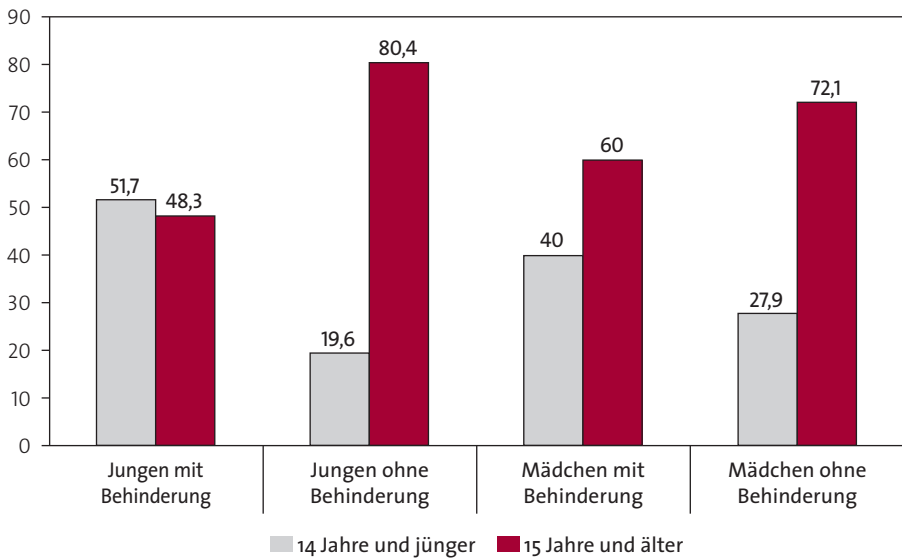
Abbildung 37: Anteil an Koituserfahrenen, nach Untersuchungs- und Altersgruppen und Geschlecht (Angaben in %)



n=475, Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

Auch bei der Angabe zum Alter beim ersten Geschlechtsverkehr werden Unterschiede deutlich: Der Großteil der Jugendlichen war zum damaligen Zeitpunkt 15 Jahre alt und älter (70 %), jedoch deutlich mehr Jugendliche ohne Behinderung (76 %) als Jugendliche mit Behinderung (51 %). Das erste Mal vor dem 15. Geburtstag haben über die Hälfte der behinderten Jungen erlebt (52 %), aber nur vier von zehn der behinderten Mädchen, vergleichbar mit dem Verhältnis der nichtbehinderten Jugendlichen (Abbildung 38).

Abbildung 38: **Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht** (Angaben in %)



n = 159, Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

Zu den Partnerinnen und Partnern des ersten Geschlechtsverkehrs lassen sich ebenfalls unterschiedliche Angaben finden: Während drei von vier Jungen mit Behinderung mit der Partnerin fest befreundet waren, war nur die Hälfte der Jungen ohne Behinderung mit der Partnerin in einer Beziehung – ein Drittel kannte sie gut und 15% kannten sie kaum oder gar nicht. Ähnlich sah es auch bei den Mädchen ohne Behinderung aus. Bei den Mädchen mit Behinderung war die eine Hälfte mit dem Partner fest befreundet, die andere Hälfte kannte ihn gut.

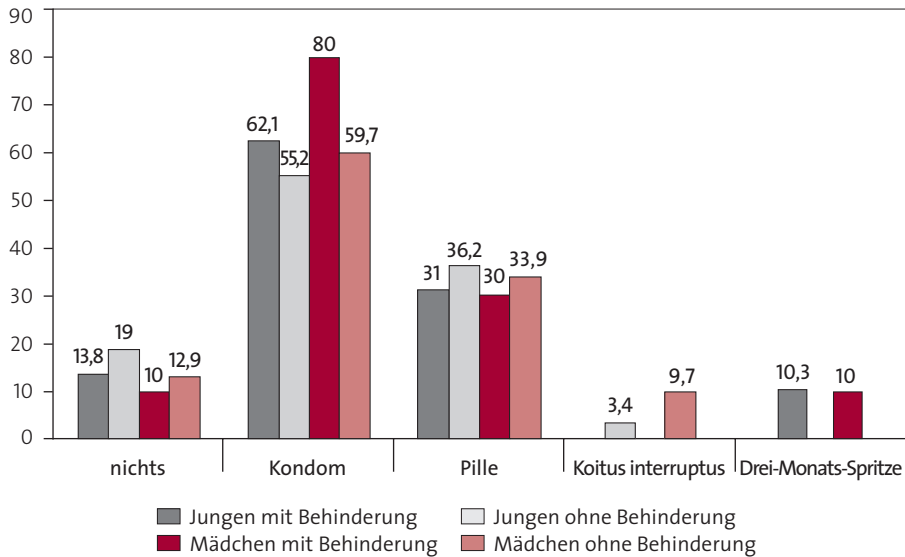
## 6.8 Verhütungsverhalten

Jugendliche mit Behinderungen zeigt beim ersten Mal ein ganz ähnliches Verhütungsverhalten wie Gleichaltrige ohne Behinderung: 87% der Jugendlichen mit Behinderung und 84% der Jugendlichen ohne Behinderung haben beim ersten Mal verhütet. 67% der Jugendlichen mit Behinderung und 58% der Jugendlichen ohne Behinderung verhüteten beim ersten Mal mit Kondom. Unterschiede gibt es dahingehend, dass behinderte Mädchen etwas häufiger das Kondom verwendeten, entsprechend der elterlichen Empfehlung und als medikamentenbedingte Alternative zur Pille (Abbildung 39). Auf Verhütungsmittel verzichtet hat etwa



jeder fünfte Junge ohne Behinderung. Ein weiterer Punkt ist die nachrangige Rolle von unsicheren Verhütungsmethoden wie Koitus interruptus oder Verhütungsmaßnahmen mit starken Nebenwirkungen wie die Drei-Monats-Spritze sowohl bei den behinderten als auch bei den nichtbehinderten Jugendlichen.

Abbildung 39: **Verhütungsmittel beim ersten Mal, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht** (Angaben in %)



n = 159, Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011

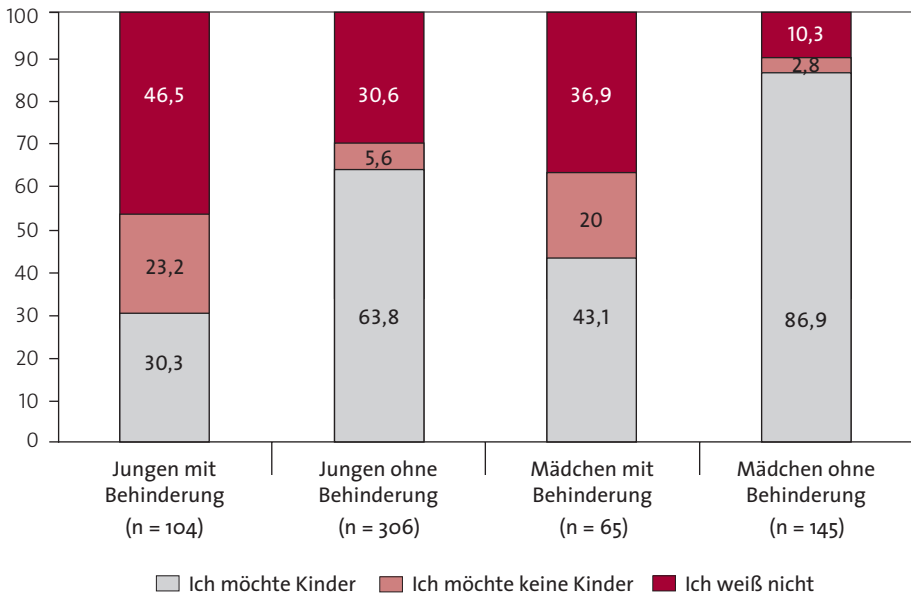
Beim generellen Verhütungsverhalten sind die Aussagen der behinderten Jugendlichen sehr ambivalent. Die Hälfte der sexuell aktiven Jugendlichen mit Behinderung gibt ein konsequentes Verhütungsverhalten an, indem sie immer sehr genau auf Verhütung achten, die Mädchen etwas häufiger als Jungen. Aber auch ein knappes Viertel der Jugendlichen mit Behinderung achtet selten oder nie darauf (23%), wieder etwas häufiger die Mädchen als die Jungen. Die Jugendlichen ohne Behinderung sind dazu im Vergleich unabhängig vom Geschlecht deutlich achtsamer: Zwei Drittel der Jugendlichen ohne Behinderungen ein konsequentes Verhütungsverhalten – Mädchen etwas häufiger als Jungen – und nur ca. 5% achten nie oder selten auf die Verhütung einer Schwangerschaft.



## 6.9 Kinderwunsch

Die Frage, ob die Jugendlichen später einmal Kinder haben möchten, wird sowohl zwischen den Geschlechtern als auch zwischen den Untersuchungsgruppen sehr unterschiedlich beantwortet. Am sichersten sind sich die nichtbehinderten Mädchen: Etwa neun von zehn haben einen expliziten Kinderwunsch (Abbildung 40). Ganz ähnlich bei den nichtbehinderten Jungen, von denen sich knapp zwei Drittel später einmal Kinder wünschen. Ein ganz anderes Bild ergeben die Aussagen der Jugendlichen mit Behinderung: Etwa jeder Fünfte von ihnen möchte zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder im Vergleich zu max. 6 % der Jugendlichen ohne Behinderung, 43 % sind sich darüber unschlüssig. Nur etwa halb so viele behinderte wie nichtbehinderte Jugendliche haben einen sicheren Kinderwunsch entwickelt.

Abbildung 40: **Kinderwunsch, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht**  
(Angaben in %)

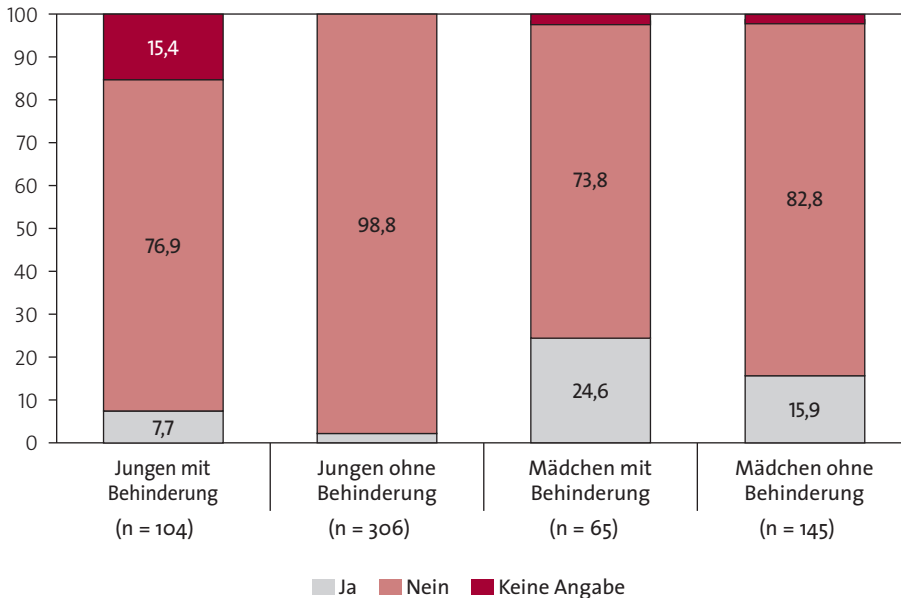


Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“

## 6.10 Sexuelle Gewalt

Abschließend soll noch ein Blick auf eine negative Seite der Sexualität geworfen werden. Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt mussten v. a. die Mädchen machen, sie sind fast fünfmal so oft betroffen wie Jungen. Am häufigsten Opfer wurden sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen die Jugendlichen mit Behinderung (Abbildung 41), hier hatte jedes vierte Mädchen Erfahrungen mit sexualisierter Gewalt. Am häufigsten verweigerten die Aussage die Jungen mit Behinderung.

Abbildung 41: Erfahrungen von sexualisierter Gewalt, Anteile nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht (Angaben in %)



Nummerische Werte für Anteile unter 1,5 % sind nicht ausgewiesen.

Quelle: BZgA, Datensatz „Jugendsexualität und Behinderung in Sachsen“ 2011/BZgA, TNS Emnid, Datensatz „Jugendsexualität 2010“





# III

## *Handlungsempfehlungen*

- 7** *Empfehlungen für Inhalte  
und die Bereitstellung  
von Aufklärungsangeboten*
- 8** *Empfehlungen für Wissenschaft  
und Politik*

# Empfehlungen für Inhalte und die Bereitstellung von Aufklärungsangeboten

*„Um das Recht auf Ehe, Partnerschaft und Sexualität ausüben zu können, benötigen Menschen mit Behinderungen altersgerechte und barrierefreie Informationen über Sexualität, Fortpflanzung und Familienplanung“,*

heißt es im Ersten Staatenbericht der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.<sup>108</sup> Die Studie zur Jugendsexualität und Behinderung wird in diesem Zusammenhang explizit benannt. Damit wird dem Thema eine große Aufmerksamkeit entgegengebracht, die auch in den Handlungsempfehlungen ihren Niederschlag finden soll.

Dabei sollten nicht ausschließlich die Kinder und Jugendlichen mit Behinderung in den Blick genommen werden, sondern auch deren Eltern, (sexual-)pädagogische Fachkräfte, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, medizinisches und pflegerisches Personal, Wissenschaft und Politik sowie diejenigen, die Informationsmaterial zur Sexuaufklärung gestalten. Das Ziel besteht darin, im Sinne des Empowerments junge Menschen mit Behinderungen mit dem notwendigen Wissen zum Thema Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung auszustatten, sie in ihrer Persönlichkeit insgesamt zu stärken und damit zu befähigen, ein ihren Möglichkeiten und Bedürfnissen entsprechendes Sexualeben zu entwickeln. Das impliziert auch den Schutz vor sexuellem Missbrauch und vor einer Abwertung behinderter Menschen als asexuelle Wesen, denn sexuelle Aufklärung bildet eine wichtige Grundlage für eine sexuell selbstbestimmte Lebensführung.

<sup>108</sup> Bundesministerium für Arbeit und Soziales 2011: 52

## 7.1 Bedarfsgerechte Sexuaufklärung

Jugendliche wollen und brauchen Informationen und Aufklärung – neben den herkömmlichen Themen der Sexualpädagogik idealerweise auch solche Informationen, die behinderungsspezifische Besonderheiten berücksichtigen. Darauf verweisen u. a. Wazakili et al.<sup>109</sup>, die in der mangelnden Informationsbereitstellung eine Beschneidung der Rechte sehen, Sexualität frei ausleben zu können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Jugendliche mit Behinderungen sowohl im schulischen als auch familiären Kontext Sexuaufklärung erhalten. Sie verfügen meist über Ansprechpartner, denen sie sich in sexuellen Dingen anvertrauen können und von denen sie die notwendigen Informationen erhalten.

Es existieren mannigfaltige Zugangswege zu sexualpädagogischen Informationen – wenn nicht innerhalb der schulischen Ausbildung, dann in Form digitaler Kommunikationsmittel (Internet) und Printmedien (Jugendzeitschriften). Diese Zugangswege sind es auch, die dem Informationsbedarf der Jugendlichen gerecht werden und ihrer Art und Weise der Informationsbeschaffung am ehesten entsprechen. Und sie sind überall erreichbar, auch bei eingeschränkter Mobilität oder in Regionen mit geringen spezifischen Beratungsangeboten.

Der Zugang zu Informationen, die online verfügbar sind, kann die Selbstsicherheit fördern und durch Internetnetzwerke der Isolation entgegenwirken.<sup>110</sup> Online Angebote stellen damit ein niedrighschwelliges und weitgehend anonymes Informationsangebot dar. Wichtig hierbei ist jedoch, dass diese Internetseiten barrierefrei und sicher gestaltet sein müssen. Ebenso muss der Schutz der Nutzenden vor unseriösen Informationen und Angeboten gewährleistet sein. Jugendliche sollten unbedingt auf Gefahren hingewiesen und im sicheren Umgang mit dem Internet gerade im Bereich der Sexualität aufgeklärt werden.

Um den Informationsbedarf der Jugendlichen abzudecken, muss das Spektrum bereitzustellender Informationen breit gefächert sein: von Informationen und Anleitungen, wie trotz Sinnesbehinderungen Kontakte zu anderen Menschen aufgenommen werden können, über eine Verhütungsberatung, die die Besonderheiten der Behinderung/chronischen Erkrankung berücksichtigt, bis hin zur Vermittlung von Techniken, die trotz der bestehenden Behinderung ein erfülltes Sexualeben ermöglichen.

Das tatsächlich verfügbare Sexualwissen der Jugendlichen ist nach wie vor schwer einschätzbar, und es lassen sich dazu anhand der vorliegenden Daten keine verlässli-

**109** Wazakili et al. 2009

**110** Vgl. dazu auch Potgieter/Khan 2005

chen Aussagen treffen. Erfasst werden konnte, inwieweit vorhandenes Wissen auch zu entsprechendem Handeln befähigt, z. B. in Bezug auf das Verhütungsverhalten oder die Aufnahme sexueller Kontakte.

Beachtenswert ist in diesem Zusammenhang, dass ein Teil der befragten Jugendlichen, darunter vor allem unter 14-jährige und hörbehinderte Jugendliche, den ersten Geschlechtsverkehr als etwas bzw. viel zu früh einschätzten, dass ein Teil der Mädchen den ersten Geschlechtsverkehr nur auf Wunsch des Partners zuließ und dass ein relativ großer Teil der Mädchen sexuelle Übergriffe erleben musste. Eine Stärkung des Selbstbewusstseins und des Selbstwertgefühls kann helfen, erst dann sexuelle Aktivitäten zu entwickeln, wenn man selbst dazu bereit ist. Und es hilft den Jugendlichen, Grenzen deutlich zu artikulieren und sich somit vor Missbrauch zu schützen.

Besonders für Jugendliche, die in der Adoleszenz größere Probleme haben, ihre eigene Identität zu entwickeln, die unsicher und ängstlich sind, wäre es deshalb sinnvoll, Angebote zu unterbreiten, die ressourcenorientiert der Stärkung ihrer Persönlichkeit dienen und die ihnen helfen, ihren Körper so zu akzeptieren, wie er infolge der Behinderung ist. Das kann in speziellen Angeboten erfolgen, z. B. nach dem von Gisela Hermes entwickelten Konzept<sup>111</sup>.

### Schwerpunktt Themen

- Auseinandersetzung mit den behinderten Jugendlichen darüber, dass ihr Körper ihre Einzigartigkeit widerspiegelt und sie deshalb nicht weniger wert sind als Jugendliche ohne Behinderungen
- Kritische Reflexion des in den Medien und von der Gesellschaft postulierten Schönheitsideals – Schönheit wird subjektiv empfunden und bestimmt, Äußerungen der sehbehinderten Jugendlichen verdeutlichen die Relativität des äußeren Erscheinungsbildes
- Hervorhebung der Ausstrahlung und der inneren Werte als Faktoren für (sexuelle) Attraktivität
- Farb- und Stilberatungen, um Jugendlichen mit Behinderungen über das Spiel mit Farben, Mode und Accessoires zu ermöglichen, eine Identifizierung mit ihrem eigenen Körper zu erreichen
- Vermittlung von Selbstbewusstsein und innerer Stärke gegenüber medialen und gesellschaftlichen Vorurteilen

<sup>111</sup> Hermes 2001



## 7.2 Empfehlungen für Eltern und für die Arbeit mit Eltern

Gerichtet an die Eltern behinderter Kinder betont Diehl, „dass Sexualerziehung immer auch Identitätsförderung bedeutet, dass Sexualerziehung als Gesamterziehung eine Stärkung der eigenen Persönlichkeit und somit eine notwendige Prävention gegen sexuellen Missbrauch darstellt, dass die Rede über Sexualität nicht nur ein Reden über Defizite, sondern auch über positive Körpererfahrung ist und dass die Wahrnehmung der Sexualität des behinderten Jugendlichen eine Wahrnehmung seiner Person als heranwachsender, sich eigenständig entwickelnder Mensch bedeutet.“<sup>112</sup> Diese Einsicht sollte natürlich nicht nur für Eltern, sondern auch für Pädagoginnen und Pädagogen, egal ob in Förder- oder integrativen Schulen, zur Grundlage sexualpädagogischen Handelns werden.

### Themen der Jugendlichen

Eltern können in diesem Prozess nur begrenzt unterstützend wirken. Gerade für Jugendliche mit einem sichtbaren und evidenten Handicap ist es wichtig, dass Schule und Elternhaus sich mit ihnen und ihren Themen auseinandersetzen und sich beziehen auf

- die Bearbeitung von Konflikten,
- den Umgang mit Scham- und Schuldgefühlen,
- die familiäre Situation, den Erhalt der Familie als „Schonraum“ und die Ablösung vom Elternhaus,
- die Angst der Eltern vor Missbrauch und Ausbeutung des Kindes,
- die Schwierigkeiten der Eltern, das eigene Kind als erwachsenes, sexuelles Wesen zu begreifen und zu akzeptieren,
- die Vorstellung, dass auch ein behinderter Körper ein sexueller Körper ist,
- die Hilfestellungen im intimen und hygienischen Bereich,
- Fragen der Partnerschaft.<sup>113</sup>

Wichtig für die Entwicklung der eigenen sexuellen Identität behinderter Kinder und Jugendlicher ist eine positive Einstellung vor allem der Umwelt (des persönlichen und sozialen Netzwerks) zu sexueller Vielfalt. Dies gilt vor allem dann, wenn die Jugendlichen in ihrer Bewegungsfähigkeit stark eingeschränkt sind, ihren Körper als Grenze erfahren und viele Berührungen am eigenen Körper durch andere Personen ausgeführt werden müssen, wenn Hilfestellungen in sehr intimen Bereichen notwen-

<sup>112</sup> Diehl 2001: 19

<sup>113</sup> Vgl. dazu auch Diehl/Reuter 1995

dig werden und Schamgrenzen sowohl für den behinderten Menschen als auch für Pflegekräfte und Hilfspersonen erreicht bzw. überschritten werden. Die Spannung zwischen dem Wunsch nach Autonomie einerseits und dem Angewiesensein auf andere Menschen andererseits ist in einer solchen Situation allgegenwärtig. Anne Ott vom Bundesverband körper- und mehrfachbehinderter Menschen e. V. weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der Geschlechtszugehörigkeit von Menschen mit Behinderung immer noch zu wenig Beachtung geschenkt wird:

*„Oft steht die Behinderung bei der Begegnung mit behinderten Frauen und Männern im Vordergrund. Sie werden als geschlechtsneutral wahrgenommen oder noch im Erwachsenenalter wie Jungen bzw. Mädchen gesehen und behandelt. Die üblichen Rollenanforderungen werden von Männern und Frauen mit Behinderung wahrgenommen, können jedoch nicht immer erfüllt werden bzw. werden ihnen nicht zugestanden. Geschlechtsspezifische Lebensumstände und Bedürfnisse werden vom Umfeld oft als diese nicht erkannt. Der sensible Umgang damit fehlt.“<sup>114</sup>*

Eltern benötigen Unterstützung, um ihre Kinder nicht nur bezüglich der beruflichen Entwicklung zu fördern, sondern sie in die Welt der Erwachsenen zu begleiten und zu akzeptieren, dass auch ein behindertes Kind das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben als erwachsener Mensch hat.<sup>115</sup> Der Wunsch der Eltern, ihre behinderten Kinder vor Enttäuschungen bei der Partnersuche oder vor sexuellem Missbrauch zu schützen, ist legitim, aber er erfolgt am besten, wenn sich die Kinder auch in ihrer sexuellen Identität und ihren sexuellen Bedürfnissen zu selbstbewussten jungen Menschen entwickeln können. Hierzu benötigen Eltern die Unterstützung durch pädagogische, medizinische und anderer Fachkräfte, damit sie selbst einen offenen Umgang mit diesem Thema erlangen.

Fachleute spielen bei der Aufklärung und Informationsweitergabe eine aktive Rolle, da sich Eltern in der Sexualerziehung ihrer Kinder oft hilflos und überfordert fühlen. Eine Möglichkeit, der potenziellen Überforderung der Eltern zu begegnen, bietet die Abkopplung der Sexualaufklärung von anderen Erziehungsmaßnahmen durch professionelle Sexualpädagoginnen und -pädagogen. Eltern, aber auch Lehrkräfte sowie Fachkräfte aus Medizin und Sozialarbeit bleiben dennoch bei der Sexualerziehung nicht ausgeschlossen, im Gegenteil. Während Sexualpädagogik ein Basiswissen über Aspekte der Sexualität wie Organfunktionen, Reproduktion, Verhütung, Vermeidung von sexuell übertragbaren Krankheiten, über Emotionen und andere Themen vermittelt, sind Eltern dazu angehalten, ihre Kinder zu selbstbewussten, selbstbestimmten und sexuell kompetenten Persönlichkeiten zu erziehen. Sie sollten mehr und offener über Sexualität mit ihren Kindern sprechen. Und sie müssen lernen, ihre heranwachsenden Kinder loszulassen, ihnen z. B. auch

**114** Ott 2011: 152

**115** Vgl. Michel/Häußler-Sczegan/Riedel 2003

die Möglichkeit zu geben, selbst eine Ärztin, einen Arzt oder eine Beratungsstelle aufzusuchen. Dazu brauchen Eltern behinderter Kinder und Jugendlicher eine gewisse Unterstützung und Bildung durch Fachpersonal oder Gleichgesinnte.

#### Unterstützungsmöglichkeiten durch

- den Austausch mit anderen Eltern und ggf. Erwachsenen, die ähnliche Behinderungen wie das eigene Kind haben, um ihnen die Ängste vor der erwachenden Sexualität ihrer Kinder zu nehmen und wichtige Informationen zur Enttabuisierung des Themas zu geben,
- Fortbildungen und Workshops zu spezifischen Fragestellungen der Eltern, z. B. zu den Themen Schamgrenzen, sexuelle Gewalt, Sexualassistenten,
- niedrigschwellige Beratungs- und Informationsangebote, die die Eltern erreichen, die ihre Ängste und Vorstellungen thematisieren und die Angst und die Scham der Eltern beim Umgang mit dem Thema Sexualität ihrer behinderten Kinder ernst nehmen.

### 7.3 Empfehlungen für pädagogisches Personal

„Ein positives und selbstbestimmtes Erleben von Sexualität ist nicht angeboren, es muss, genau wie das Lieben, erlernt werden. Wie wir letztendlich Sexualität erfahren, hängt mit unserem übrigen Leben zusammen. Das Sexualverhalten ist so individuell wie die Lebenswelten, generalisierende Aussagen, auch was das sexuelle Erleben von Jugendlichen betrifft, können also nicht getroffen werden.“<sup>116</sup> Aus den dargestellten Besonderheiten der Entwicklung der sexuellen Identität sowie der Gewinnung sexueller Erfahrungen bei körper- und sinnesbehinderten Kindern und Jugendlichen ergeben sich konkrete Anforderungen an den Sexualkundeunterricht in Förder- und integrativen Schulen dahingehend, dass die Behinderung im Rahmen der Sexualaufklärung thematisiert werden muss.

Ähnlich wie im Regelschulbereich stehen bisher für behinderte Schülerinnen und Schüler Informationen zum Aufbau und zur Funktion der Geschlechtsorgane der Frau bzw. des Mannes, zur Reproduktion und Verhütung auf dem Lehrplan. Biologisch orientierte Themengebiete dominieren die schulische Sexualaufklärung, praxisrelevante und sozial-ethische Themen sind diesen nachgestellt. Systematische Themenunterschiede, bezogen auf die Situation der behinderten Schülerinnen und Schüler, bestehen nicht. Die vermittelten Informationen reichen jedoch nicht aus, um die Heranwachsenden mit Behinderungen bei der Entwicklung ihrer sexuellen

<sup>116</sup> Müller 2002: 428

Identität zu unterstützen sowie ihre Akzeptanz der eigenen Körperlichkeit und die Wahrnehmung ihrer Rechte auf sexuelle Selbstbestimmung zu fördern. Die bestehenden Angebote entsprechen zwar den Vorgaben des sächsischen Lehrplans, so dass Jugendliche mit Behinderungen in gleichem Maße über körperliche Vorgänge informiert werden wie Nichtbehinderte. Sie erfahren jedoch kaum etwas über Besonderheiten, die ihre Behinderung oder chronische Erkrankung, ihr sexuelles Selbstbild und eine verantwortungsvolle Interaktion betreffen. Diese Kenntnisse sind aber sehr wichtig, um z. B. in Beratungssituationen die richtigen Fragen stellen zu können.

Die Sexualerziehung wird von Ortland und Czerwinski als originäre Aufgabe der Schule im Rahmen ihres Erziehungs- und Bildungsauftrages bezeichnet. Sie verweisen darauf, dass sich durch „eine unterstützende, kompetente und alle Beteiligten integrierende Sexualpädagogik diese Situation [z. B. die erhöhte Gefahr, Opfer sexueller Gewalt zu werden, oder der Schutz vor Verletzungen und Enttäuschungen bei der Partnerwahl durch Stigmatisierung. Anm. d. Verf.] auch zum Schutz der betroffenen Kinder und Jugendlichen grundlegend verbessern“ lässt.<sup>117</sup>

Die schulische Sexualerziehung stellt eine kooperative Aufgabe dar, die von Lehrkräften an den Schulen, externen sexualpädagogischen Fachkräften und Eltern gemeinsam bewältigt werden muss. Ortland und Czerwinski nennen für eine solche Kooperation im Abschlussbericht des Forschungsprojektes zur Entwicklung einer kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung an der Förderschule (KISS) folgende Bausteine, die auch auf den Unterricht mit seh- und hörbehinderten Jugendlichen übertragen werden können:

- bedarfsgerechte Unterrichtsmaterialien, die die „Identifikation, Reflexion und die Thematisierung der eigenen Lebenssituation“<sup>118</sup> fördern
- Elterninformationsabende, um auch die Eltern zu erreichen
- Vernetzung mit Beratungsstellen
- Fortbildungsangebote für pädagogische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Assistentinnen und Assistenten sowie Pflegekräfte „im Bereich intimitäts- und sexualfreundlicher Gestaltung von Pflegesituationen“<sup>119</sup>

Im Abschlussbericht des Projektes KISS werden zusätzlich zu den Pflichtthemen für die Mittel- und die Abschlussstufe Wahlthemen vorgeschlagen, die Aufnahme in das sexualpädagogische Curriculum finden sollen (vgl. Tabelle 31).

<sup>117</sup> Ortland/Czerwinski 2009: 7

<sup>118</sup> Ortland/Czerwinski 2009: 11

<sup>119</sup> Ortland/Czerwinski 2009: 57

Tabelle 22: Wahlthemen für das sexualpädagogische Curriculum

Mittelstufe	Abschlussstufe
Alternativen zum Geschlechtsverkehr	Sexualassistenz
Selbstbefriedigung – Selbstbestimmung – Verhütung	Eltern mit Behinderung
HIV und Aids	Kontakte und Selbsthilfegruppen
Distanz – Nähe – Rollenerwartungen – Klischees	Diskriminierung
Partnerschaft – Familie – Trennung	Ungewollte Kinderlosigkeit – Adoption – Pflegeelternwesen – Abtreibung
Sexuelle Gewalt	Pornografie – Prostitution – Reflexion von Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen
Beratungsstellen und andere Angebote	

Quelle: Ortland/Czerwinski 2009, S. 50 f.

Ein Element der Sexualpädagogik bildet die Reflexion über den eigenen Körper und die eigene Sexualität. Aus diesem Grund sollen im Lehrplan der Sexualpädagogik auch Aspekte der eigenen Unabhängigkeit und Selbstbestimmung neben Diskussionen über gegenseitigen Respekt und Liebe in der Partnerschaft enthalten sein. Neben dem Anatomiewissen, physiologischen Kenntnissen und Spezifitäten der Sexualfunktion der einzelnen Behinderungen sollte Sexualpädagogik die Komponenten Familienplanung, sexuell übertragbare Krankheiten und deren Vermeidung enthalten.

Sehr wichtig ist es jedoch auch, im Rahmen der sexualpädagogischen Arbeit Gefühle und Emotionen bezüglich der eigenen Sexualität in Hinblick auf die Behinderungen zu diskutieren. Diesem Bereich ist viel Raum zu geben für individuelle Gestaltung in Abhängigkeit von jeweiligen Schüler- (Nichtbehinderten-)Persönlichkeiten. Individuell muss entschieden werden, ob Gespräche zu diesem Thema innerhalb der eigenen Behinderungsgruppe sinnvoll sind, da damit Verletzungen der Schamgrenzen vermieden werden können.

Um eine Enttabuisierung auf der Grundlage einer gleichberechtigten Anerkennung von Sexualität zu erreichen, können aber auch Angebote ohne Betonung einer Besonderheit erfolgreich sein. Im Rahmen inklusiver Freizeit- und Bildungsangebote erscheint auch die Sexualerziehung zusammen mit nichtbehinderten Jugend-



lichen lohnenswert, um Gemeinsamkeiten zwischen den Jugendlichen herauszuarbeiten und einen offeneren Umgang mit dem Thema Sexualität zu befördern.

Im Rahmen solcher Aktivitäten könnte z. B. auch vermittelt werden, wie geflirtet werden kann ohne Blickkontakt, welche Rolle die Sinne spielen bei der Kontaktaufnahme oder welche Missverständnisse auftreten können bei unterschiedlichen Möglichkeiten und Arten der Kontaktaufnahme. Bei inklusiven Angeboten sowie bei gemeinsamen Angeboten für (schwer-)hörende und gehörlose Jugendliche gilt es jedoch zu beachten, dass bei einem sensiblen Thema wie dem der Sexualerziehung ganz besonders auf eine gemeinsame Sprache geachtet werden muss. Gerade den gebärdensprachlich kommunizierenden Jugendlichen darf die Gebärdensprache nicht vorenthalten bzw. sollte dem bilingualen Unterricht der Vorzug gegeben werden.<sup>120</sup> Das normal hörende Gegenüber muss sich den Kommunikationsbedürfnissen des Gesprächspartners mit Hörminderung anpassen, wenn die Kommunikation weitgehend von Missverständnissen frei sein soll. Für eine gelingende Gesprächsgestaltung bestehen spezifische Anforderungen wie Gestenreichtum, deutliche Artikulation, ein ausgeprägtes Mundbild, möglichst Face-to-Face-Situationen, Reduktion von Schall- und Störgeräuschen und die allgemeine Beachtung der Räumlichkeiten und ihrer Ausstattung. Die Frustrationserfahrungen zu berücksichtigen, auf eigene Gestik und Mimik zu achten, sich Zeit zu nehmen und das Tempo zu drosseln, sind Anregungen, die nicht nur hörgeminderten Menschen das Gespräch erleichtern, sondern auch grundsätzlich einer guten Kommunikation förderlich sind.

Zu einem selbstbestimmten Sexualeben gehört auch das Thema Schwangerschaft und Familienplanung. In der Studie zeigte sich, dass behinderte Jugendliche einer frühen Schwangerschaft überwiegend zurückhaltend gegenüberstehen. Andererseits äußerten sie Bedenken bezüglich der Realisierbarkeit ihrer Zukunftswünsche in den Bereichen selbstständig wohnen, Partnerschaft und Kinder haben, resultierend aus ihren Erfahrungen bei der Bewältigung des Alltags und des bestehenden Hilfe- und Unterstützungsbedarfs. Das bedeutet, Sexualerziehung für behinderte Kinder und Jugendliche muss auch immer die lebensweltliche Dimension von Behinderung einbeziehen und versuchen, realistische Zukunftsoptionen zu entwickeln. Das ist jedoch nicht nur eine sexualpädagogische Aufgabenstellung, sondern betrifft alle Bereiche der gesellschaftlichen Teilhabe. In einer inklusiven Gesellschaft im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention werden die Zukunftsoptionen für behinderte Jugendliche deutlich besser und ein selbstbestimmtes Leben genauso selbstverständlich sein wie für nichtbehinderte. Wir befinden uns aber erst am Anfang eines langen Wegs dorthin.

<sup>120</sup> Vgl. dazu auch von Walter 2001

Die Sexualpädagogik muss dazu beitragen, sich Fähigkeiten anzueignen, die zur selbstbestimmten Entscheidungsfindung notwendig sind.<sup>121</sup> Ziel sollte eine sexuelle Kompetenz sein, die Heranwachsende zu einem selbstbewussten und autonomen sexuellen Leben befähigt. Dazu gehört die Entwicklung von Kompetenzen zur verantwortungsbewussten Entscheidung über die Geburt von Kindern. Behinderte und chronisch kranke Menschen sind in der Lage, selbstbestimmt über ihre Elternschaft entscheiden zu können. Wichtig ist dabei jedoch, dass sie bereits im Rahmen sexualpädagogischer Angebote befähigt werden, sich Netzwerke und Ressourcen zu schaffen, die notwendig sind für die Betreuung von Kindern. Darüber hinaus sollte den Jugendlichen vermittelt werden, dass es infolge der Behinderung notwendig sein kann, eine gewünschte Schwangerschaft langfristig zu planen, um rechtzeitig z. B. Medikamentenumstellungen vorzunehmen oder Vorkehrungen zu treffen, die für Mutter und Kind während der Schwangerschaft unschädlich sind, aber dennoch die behinderungsbedingten Ausfälle kompensieren (z. B. bei Epilepsie). Interdisziplinäre Sexualerziehung erscheint deshalb auch hier als Schlüssel zu einem selbstbestimmten und aufgeklärtes Sexualleben für die Jugendlichen.

## 7.4 Empfehlungen für medizinisches und therapeutisches Personal

In der Literatur wird von Jugendlichen das medizinische und therapeutische Personal oft als Wunschansprechpartner angegeben. Ärztinnen und Ärzte, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Pflegekräfte verbinden auf besondere Weise die nötige Vertrautheit und Distanz, um über sexuelle Fragen zu beraten. Sie sind meist gut bis sehr gut mit der Behinderung und den damit verbundenen funktionalen Einschränkungen vertraut und genießen das nötige Vertrauen der Jugendlichen, um über Sexualität sprechen zu können. Dazu müssen diese auf Gespräche über Sexualität vorbereitet sein, besonders hinsichtlich der behinderungsspezifischen Besonderheiten der Betroffenen und ihrer Familien. Die Fachleute brauchen als Ansprechpartner entsprechende sexualpädagogische Fähigkeiten und Kompetenzen, wie Kenntnisse einer gelungenen Kommunikation, die bei einem solch tabubesetzten Themengebiet unabdingbar sind, sowie besondere Kenntnisse der funktionellen Eigenheiten der jeweiligen Behinderung. Sie müssen bereit sein, sich mit diesen Problemen zu befassen, um zur Entwicklung einer gesunden Sexualität dieser Personen beitragen zu können.<sup>122</sup>

Eine besondere Verantwortung kommt medizinischem Personal bei der Verhütungsberatung zu. In der vorliegenden Studie zeigte die Auswertung der Verhütungsmethoden sowohl beim ersten als auch beim letzten Geschlechtsverkehr, dass die Drei-Monats-Spritze kein gängiges Verhütungsmittel für junge Menschen mit

<sup>121</sup> Wazakili et al. 2009

<sup>122</sup> Moura/Pedro 2006

Körper- und Sinnesbehinderungen ist. Sie kommt daher eher bei Menschen mit geistiger Behinderung zur Anwendung, um Defizite im Hygieneverhalten auszugleichen und einen sicheren Schutz vor unerwünschten Schwangerschaften zu erreichen. Körper- und sinnesbehinderte Menschen sind aber durchaus in der Lage, andere Verhütungsmittel mit weniger starken Eingriffen in körperliche Abläufe wirkungsvoll anzuwenden. Dennoch sollte die deutlich präferierte Verordnung hormoneller Kontrazeptiva seitens der Gynäkologinnen und Gynäkologen kritisch hinterfragt werden. Besonders für Jugendliche mit noch instabilen Partnerschaften sollte das Kondom zumindest als ergänzendes Verhütungsmittel priorisiert werden, auch wenn das nicht zur Handlungspraxis der Gynäkologin oder des Gynäkologen gehört. Außerdem muss in jedem Fall kritisch hinterfragt werden, ob die hormonellen Kontrazeptiva bei der jeweiligen chronischen Erkrankung oder Behinderung unbedenklich sind. Das gilt besonders dann, wenn die Jugendliche infolge ihrer Erkrankung auf regelmäßige Medikamenteneinnahmen angewiesen ist. Hierzu besteht weiterer medizinischer Forschungsbedarf (z. B. bezüglich der Anwendung für kleinwüchsige Frauen oder Frauen mit Morbus Crohn<sup>123</sup>).

Die Themen Sexualität, Fertilität und Behinderung sollten unbedingt in die Curricula der Ausbildung von medizinischem, therapeutischem und pflegerischem Personal eingehen, um diese Fachkräfte zu befähigen, behinderte Menschen zu diesen Themen gut beraten zu können.

## 7.5 Empfehlungen für die Entwicklung barrierefreier Informationsmaterialien

Sexualpädagogische Angebote werden über vielfältige Zugangswege vermittelt (Workshops, Gesprächsrunden, Beratungen, Internet, Printmedien usw.). Sowohl spezielle Angebote für behinderte Menschen als auch allgemeine Angebote sollten auf jeden Fall von allen genutzt werden können. Bei der Erstellung sexualpädagogischer Angebote für Jugendliche mit Behinderungen müssen jedoch nicht nur gestalterische Aspekte beachtet, sondern auch zusätzliche behinderungsspezifische Informationen einbezogen werden.

**123** Morbus Crohn: Synonym für Enteritis regionalis Crohn, chronische Entzündung des Verdauungstrakts, die mit Koliken, Schmerzen, Durchfall, Gewichtsverlust und Fieberschüben einhergeht (vgl. Pschyrembel 2004, S. 491)



## Grundregeln für die Durchführung von Angeboten

Grundsätzlich gilt für Workshops, Foren, Vorträge und Beratungen, dass eine barrierefreie Erreichbarkeit der Räume gewährleistet sein sowie eine mediale Unterstützung der Veranstaltungen für hör- oder sehgeminderte Teilnehmende erfolgen muss. Dabei gilt es, folgende Grundregeln zu beachten, die sich an den Ressourcen der Teilnehmenden orientieren:

- Wichtige Themen wie z. B. sexualisierte Gewalt, Ängste, Umgang mit der eigenen Scham oder Konflikte mit den Eltern in angemessener Form thematisieren, nach einer allgemeinen Informationsveranstaltung auch Raum für individuelle Gespräche in einer ruhigen Atmosphäre lassen
- Bei der Thematisierung von Körperlichkeit und Selbstwahrnehmung ebenfalls Raum für Individualität und vertrauensvolle Gespräche geben
- Auf die Teilnehmenden abgestimmte Bedingungen schaffen: durch den Einsatz von Gebärdensprach- oder Schriftdolmetschern, Einsatz audiovisueller Medien, ggf. Arbeit mit Untertiteln, Angeboten in Leichter Sprache sowie greifbaren Anschauungsmaterialien
- Einsatz von Computern, unterstützte Kommunikation usw. in entsprechenden Gesprächssituationen, um die kognitiven Fähigkeiten und sprachlichen Zugänge zu fördern. So hat z. B. ein Workshop mit einer Gruppe hörgeschädigter Jugendlicher gezeigt, dass sich ihre Interessen von denen gut hörender Jugendlicher nicht wesentlich unterscheiden, wenn das angebotene Material barrierefrei gestaltet ist.

Digitale oder Printmedien können sowohl den Einstieg in sexualpädagogische Angebote bilden als auch ausschließlich zur Information oder zur Vertiefung der vermittelten Informationen dienen. Bisher liegen jedoch nur sehr wenige Materialien in einer für behinderte Menschen nutzbaren Form vor. Neben den bereits angesprochenen inhaltlichen Aspekten sollten digitale oder Printmedien folgende Empfehlungen beachten:

### Empfehlungen für die Erstellung von Medien

- Digitale Medien müssen den Anforderungen der Barrierefreien Informationsstechnik-Verordnung – BITV 2.0 – (2002)<sup>124</sup> entsprechen und damit für seh- und hörgeminderte Menschen sowie für Menschen mit Lernschwierigkeiten nutzbar sein
- Printmedien erfüllen die Kriterien der Barrierefreiheit unter folgenden Bedingungen:
  - Gestaltung in Leichter Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten, mit Hör- und Sehminderungen, Nichtmuttersprachler und Menschen mit sonstiger eingeschränkter Lesekompetenz
  - Gestaltung in Großdruck, Reliefdruck, Brailleschrift für Menschen mit Sehminderungen. Durch den kostenaufwendigen Reliefdruck können hochgradig sehgeminderten Menschen Bilder zugänglich gemacht werden.
- Sonstige barrierefreie Medien sind:
  - Audio-CDs im Daisy-Format, einem speziellen MP3-Format, das es ermöglicht, in dem Medium zu navigieren wie in einem gedruckten Buch. Auf diese Weise können sehbehinderte und sehende Schüler z. B. mit den gleichen Lehrmaterialien arbeiten. Zielgruppe sind sehbehinderte Menschen, aber auch Menschen mit eingeschränkter Lesekompetenz.
- Gebärdensprachvideos für hörgeschädigte Menschen

<sup>124</sup> BITV 2.0 2002

Die Herstellung der angeführten Medien ist nicht nur zeit-, sondern auch kostenintensiv, da ein sehr großer Nachholbedarf besteht. Unter Nutzung bestehender Ressourcen (z. B. Deutsche Zentralbücherei für Blinde in Leipzig oder das bundesweit agierende Netzwerk Leichte Sprache) und unter Ausnutzung von Synergien bei der Entwicklung und Herstellung geeigneter Medien sowie der Einbeziehung von Sexualpädagoginnen und -pädagogen mit großen Erfahrungen bei der Arbeit mit behinderten Menschen sollten Möglichkeiten gefunden werden, derartige Materialien zur Sexualaufklärung zu schaffen.

# Empfehlungen für Wissenschaft und Politik

## 8

### 8.1 Empfehlungen für die weitere wissenschaftliche Arbeit

Die vorliegende Studie bezog körper- und sinnesbehinderte Jugendliche der Altersgruppen 12 bis 18 Jahre aus sächsischen Förderschulen und Berufsbildungswerken ein und baute auf dem allgemeinen Fragebogen zur Jugendsexualitätsstudie der BZgA auf. Damit ergaben sich einerseits Aussagen, die sich mit denen nichtbehinderter Jugendlicher vergleichen lassen – diese sollen in einem nächsten Schritt noch gesondert herausgearbeitet werden. Erst auf dieser Basis lassen sich Aussagen darüber treffen, ob und in welcher Weise sich das Sexualwissen und das Sexualverhalten von behinderten und nichtbehinderten Jugendlichen unterscheidet. Andererseits blieben in der vorliegenden Studie einige behinderungsspezifische Fragen unberücksichtigt.

Behinderungsspezifische Aspekte, auf die im Fragebogen verzichtet wurde, wären z.B. Fragen

- nach dem Körperempfinden und Körperbewusstsein im Zusammenhang mit der Behinderung,
- zu erlebten Verletzungen von Schamgrenzen, diskriminierenden Äußerungen oder Handlungen, die Einfluss haben auf die Entwicklung der sexuellen Identität,
- nach behinderungsspezifischen Möglichkeiten, Sexualität zu erleben,
- zu einer möglicherweise eingeschränkten Fertilität (soweit bekannt),
- zu Potenz- oder Empfindungsstörungen,
- zu Sexualität und Inkontinenz,
- zu behinderungsbedingter Amenorrhö<sup>125</sup> (z. B. bei Ullrich-Turner-Syndrom) oder anderen Entwicklungsverzögerungen,
- zu Sexualität bei institutionalisierter Betreuung,
- zu den Ursachen für die höhere Rate sexueller Übergriffe bei hörgeschädigten Jugendlichen.

Diese Fragen mussten im Rahmen der vorliegenden Studie unberücksichtigt bleiben. Dass sie aber von Bedeutung sind, geht aus der Analyse der Literatur und aus den Ergebnissen unserer Arbeit im Rahmen des Kompetenzzentrums für behinderte und chronisch kranke Eltern hervor. Es wäre deshalb zu empfehlen, bei weiterführenden Studien zum Thema Jugendsexualität und Behinderung sowohl einen Teil mit Fragen einzusetzen, die für behinderte und nichtbehinderte Jugendliche gleichermaßen relevant sind, als auch einen speziellen, auf die Art der Behinderung ausgerichteten Zusatzfragebogen.

Offen bleibt die Frage, worauf die dargestellten Unterschiede zwischen den Gruppen beruhen. Die Variationsbreite an Behinderungen innerhalb der Stichprobe ist immens, was für die Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist. Aufgrund der Heterogenität der definierten Behinderungsgruppen können sowohl die Behinderung selbst als auch andere Persönlichkeitsmerkmale Einflussfaktoren darstellen.

<sup>125</sup> Ausbleiben der Menstruationregelblutung (vgl. Psyhyrembel 2004: 58)

Damit wird der Annahme Rechnung getragen, dass individuelles Verhalten nicht auf das Bestehen einer Behinderung reduziert werden kann. Die hier verwendete Methode geht aufgrund des Vergleichs der drei Behinderungsgruppen bzw. Schularten davon aus, dass die Unterschiede auf die Art der Behinderung/Schule zurückzuführen sind. Valide Erkenntnisse wird man dazu aber nur erhalten, wenn man Personen mit und ohne Behinderung gleichermaßen untersucht, um anschließend Kategorien bilden zu können, die ein behindertenspezifisches Verhalten charakterisieren. Qualitative Studien eignen sich dafür am besten.

Weiterer Forschungsbedarf besteht darüber hinaus zu medizinischen Fragen der Sexualität und Fertilität. Kinder, die infolge ihrer Behinderung (z. B. Hydrozephalus) oder chronischen Erkrankung (z. B. Muskeldystrophie<sup>126</sup>, Mukoviszidose) früher nur eine sehr begrenzte Lebenserwartung hatten, erreichen heute das fertile Alter. Die Forschung hat mit dieser Entwicklung jedoch in vielen Bereichen nicht Schritt gehalten, so dass nach wie vor nur eingeschränkte Kenntnisse in Bezug auf Sexualität und Fertilität dieser Frauen und Männer bestehen. Um Jugendlichen auf Fragen zu ihrer ganz persönlichen Situation Antworten geben und sie individuell beraten zu können, müssen hierzu Erkenntnisse gewonnen werden. Das gilt auch in Bezug auf das Thema Verhütung. Nach wie vor liegen nur wenige Kenntnisse vor zur eingeschränkten Fertilität bei bestimmten Behinderungen oder chronischen Erkrankungen (z. B. nicht angelegte Samenleiter bei Jungen mit Mukoviszidose oder wahrscheinliche Infertilität bei Frauen mit Down-Syndrom.<sup>127</sup> Das Wissen um diese Einschränkungen könnte dazu führen, Jugendliche mit diesen Behinderungen ebenfalls besser zu beraten und eine an die jeweilige Situation angepasste Empfehlung zum Thema Verhütung zu geben.

**126** Muskelschwund

**127** Chromosomenabweichung mit der Folge von Fehlentwicklungen fast sämtlicher Gewebe und Organe, die langsam wachsen, unreif bleiben, schneller altern und Fehlbildungen aufweisen können. Oft erhebliche, aber individuell verschieden entwicklungsfähige geistige Behinderung (vgl. Pschyrembel 2004: 419).

## 8.2 Empfehlungen für die Politik

Empfehlungen für die Politik lassen sich sehr kurz fassen, da sie sich aus den vorangegangenen Darstellungen ergeben. Der politische Wille zur Umsetzung der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen sollte sich nicht nur vorrangig auf die Bereiche Arbeit, Pflege, Freizeit konzentrieren, sondern gemäß Artikel 23 dieser Konvention das Recht behinderter Menschen auf sexuelle Selbstbestimmung im Fokus politischer Entscheidungen behalten. Das bedeutet im Kontext der vorliegenden Studie, die sexualpädagogische Arbeit im hier dargestellten Sinn in die Bildungsangebote für behinderte Jugendliche zu integrieren, die Entwicklung entsprechender Angebote und Materialien, die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften für die sexualpädagogische Arbeit mit behinderten Jugendlichen sowie die wissenschaftliche Arbeit in diesem Bereich zu fördern (auch finanziell) und durch geeignete Maßnahmen dazu beizutragen, dass Menschen mit Behinderungen als Teil der menschlichen Vielfalt geachtet und akzeptiert werden (Artikel 3, Abschnitt D der UN-Behindertenrechtskonvention).





# IV

*Literatur*

## Literaturverzeichnis

# 9

### A

Achilles, I. (2010): Was macht Ihr Sohn denn da? Geistige Behinderung und Sexualität. 5. überarbeitete Auflage (REV), München: Reinhardt

Achter Jugendbericht der Bundesregierung (1990): Bericht über Bestrebungen und Leistungen der Jugendhilfe – Achter Jugendbericht – Deutscher Bundestag – 11. Wahlperiode. Drucksache 11/6576

Alemu, T., Fantahun, M. (2011): Sexual and reproductive health status and related problems of young people with disabilities in selected associations of people with disability. Addis Abeba, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 2011; 49 (2): 97–108

Alriksson-Schmidt, A. I. , Armour, B.S., Thibadeau, J.K. (2010): Are Adolescent Girls With a Physical Disability at Increased Risk for Sexual Violence? *Journal of School Health* 2010; 80 (7): 361–367

Anhaltspunkte Versorgungsmedizinische Grundsätze 2009: Teil A: 6. Blindheit und hochgradige Sehbehinderung. <http://vmg.vsbinfo.de/a/6.htm> (Zugriff: 12.09.2012)

Arnade, S. (1992): Weder Küsse noch Karriere. Erfahrungen behinderter Frauen. Frankfurt, M.: Fischer

### B

Behindertenbeauftragte Bayern (2011): Jenseits von Stille und Dunkelheit: Zur Situation taubblinder Menschen in Deutschland. Miteinander Mittendrin. Die Beauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. <http://www.behindertenbeauftragte.bayern.de/veroeff/rds112.htm> (Zugriff: 12.09.2012)

Berman, H., Harris, D., Gilpin, M., Cathers, T., Bukovy, G. (1999): Sexuality and the adolescent with a physical disability: Understandings and Misunderstandings. *Comprehensive Pediatric Nursing* 1999; 22: 183–196

BITV 2.0: Verordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung – BITV 2.0). Verfügbar unter: [http://www.gesetze-im-internet.de/bitv\\_2\\_0/BJNR184300011.html](http://www.gesetze-im-internet.de/bitv_2_0/BJNR184300011.html) (Zugriff: 22.11.2012)

B

Böhnisch, L., Münchmeier, R. (1993): Pädagogik des Jugendraums. Zur Begründung und Praxis einer sozialräumlichen Jugendpädagogik. 2. Auflage, Weinheim, München: Juventa

Bretländer, B., Schildmann, U. (2004): Geschlecht und Behinderung: Prozesse der Herstellung von Identität unter widersprüchlichen Lebensbedingungen. 73. Jg. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN) 3/2004: 271–281

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011): Übereinkommen der Vereinten Nationen über Rechte von Menschen mit Behinderungen – Erster Staatenbericht der Bundesrepublik Deutschland. <http://www.bmas.de/DE/Themen/Teilhabebehinderter-Menschen/staatenbericht-2011.html> (Zugriff: 12.09.2012)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2011): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung. <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Kurzfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (Zugriff: 12.09.2012)

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2010): Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration. Köln: BZgA

Cheng, M. M., Udry, J. R. (2002): Sexual Behaviors of Physically Disabled Adolescents in the United States. *Journal of Adolescent Health* 2002; 31: 48–58

Deutsche Kinderhilfe e. V. (o. J.): Neugeborenen-Hörscreening, verfügbar unter: <http://www.neugeborenen-hoerscreening.de/hoerscreening/index.html> (Zugriff: 12.09.2012)

Deutsche Shell (2010): Jugend 2010. 16. Shell-Jugendstudie. Frankfurt, M.: Fischer

Diehl, U. (2001): Einstellung der Eltern zur Sexualität ihres körper- oder mehrfach behinderten Kindes. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung* 2001; Heft 2/3: 16–19

C

D

Literatur

## D

Diehl, U., Reuter, M. (1995): Die Sexualität behinderter Kinder und Jugendlicher aus Sicht ihrer Eltern. In: Weinwurm-Krause, E.M.: Sexualerziehung in der Sonderschule. Hamburg: Verlag Dr. Kovac

Dorner, S. (1976): Adolescents with spina bifida. How they see their situation. *Archives of Disease in Childhood* 1976; 51: 439–444

Dreher, E., Dreher, M. (1985): Entwicklungsaufgaben im Jugendalter. In: Liepmann & Stiksrud (Hg.): Entwicklungsaufgaben und Bewältigungsprobleme in der Adoleszenz. Göttingen: Hogrefe

## F

Finger, A. (1992): Lebenswert. Eine behinderte Frau bekommt ein Kind. Frankfurt, M.: Fischer

## G

Glofke, E.-M. (1983): Sehgeschädigte Menschen zwischen Stigma und Selbstwerdung. Koblenz: Görres-Verlag

Goffman, E. (1975): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 20. Aufl. Frankfurt, M.: Suhrkamp

Grohnfeldt, M. (1976): Stigmatisierung bei Hör- und Sprachbehinderten. *Zeitschrift für Heilpädagogik* 1976; 27/6: 724–735

## H

Häußler, M., Wacker, E., Wetzler, R. (1996): Lebenssituation von Menschen mit Behinderung in privaten Haushalten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos

Havighurst, R. I. (1972): *Developmental Tasks and Education*. New York: Mc Kay

Haupt, U. (2006): Kinder mit Spina bifida. In: Kallenbach, K. (Hg.): Körperbehinderung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt

Hebebrand, K., Hebebrand, J., Remschmidt, H. (2002): Sexuelle Reife, Sexualverhalten und Einstellungen zur Sexualität von Jugendlichen – eine Synopsis rezenter deutscher Studien. *Kinder- und Jugendmedizin* 2002; 2: 65–72

Hermes, G. (Hg.) (1998): Krücken, Babys und Karrieren. Zur Situation behinderter Eltern in der Bundesrepublik. Kassel: bifos e. V.

Hermes, G. (2001): Die Sozialisation behinderter Mädchen. In: Hermes, G., Faber, B. (Hg.): Mit Stock, Tick und Prothese. Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen. Kassel: bifos e. V.

Hermes, G. (2003): Zur Situation behinderter Eltern. Unter besonderer Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei Eltern mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Inaugural-Dissertation. Verfügbar unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z2004/0099/pdf/z2004-0099.pdf> (Zugriff: 12.09.2012)

H

Hermes, G. (2004): Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch: Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland. München: AG SPAK Verlag

Herriger, N. (2006): Empowerment in der Sozialen Arbeit. 3. erw. u. akt. Auflage, Stuttgart: Kohlhammer

Hintermair, M. (1999): Identität im Kontext von Hörschädigung. Heidelberg: Median

Hintermair, M. (2005): Familie, kindliche Entwicklung und Hörschädigung. Theoretische und empirische Analysen. Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Hudelmayer, D. (1986): Demographische Angaben zur Sehschädigung im Kindes- und Jugendalter. In: Rath, W., Hudelmayer, D.: Pädagogik der Blinden und Sehbehinderten. Berlin: Carl Marhold

Joester, A. (1993): Frauen nur als Opfer zu betrachten? Zur Aufdeckung spannungsreicher Widersprüche. In: Schneider, D., Tergeist, D. (Hg.): Spinnt die Frau? Bonn, Psychiatrie-Verlag

J

Kultusministerkonferenz (2010): Sonderpädagogische Förderung in Schulen 1999 bis 2008. Dokumentation Nr. 189, März 2010. Verfügbar unter: <http://www.kmk.org/statistik/schule/statistische-veroeffentlichungen/sonderpaedagogische-foerderung-in-schulen.html> (Zugriff: 22.11.2012)

K

Landesamt für Statistik Sachsen, Stand 2011. Verfügbar unter: <http://www.statistik.sachsen.de/> (Zugriff: 12.09.2012)

L

Levc, B. (2005): Und wer kümmert sich um das Kind? Diplomarbeit. Verfügbar unter: <http://bidok.uibk.ac.at/library/levc-kind-diplomarbeit.html#id3343207> (Zugriff: 12.09.2012)

Levc, B. (2008): Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen. Soziale Reaktionen und Zugang zu Angeboten für Schwangere, Gebärende und Eltern. Saarbrücken: VDM

Levc, B. (2008): Mutterschaft von Frauen mit Behinderungen. Soziale Reaktionen und Zugang zu Angeboten für Schwangere, Gebärende und Eltern. Saarbrücken: VDM

Literatur

# M

Michel, M., Häußler-Sczegan, M., Riedel, S. (1993): Lebenswelten behinderter Kinder und Jugendlicher in Sachsen. Sächsisches Staatsministerium für Soziales. Dresden

Markowetz, R. (2007): Inklusion und soziale Integration von Menschen mit Behinderungen. In: Cloerkes, G. (Hg.): Soziologie der Behinderten, 3. Auflage, Edition S, Heidelberg: 257

Michel, M., Häußler-Sczegan, M. (2005): Die Situation von Frauen und Männern mit Behinderung. In: Gender Datenreport, kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/genderreport/root.html> (Zugriff: 12.09.2012)

Michel, M., Wienholz, S., Jonas, A. (2010): Die medizinische und soziale Betreuung behinderter Mütter im Freistaat Sachsen – eine medizinsoziologische Begleitstudie zum Aufbau eines Kompetenzzentrums für behinderte Mütter – Leipzig (Druck in Vorbereitung)

Moura, G. R., Pedro, E. N. (2006): Visually impaired teenagers: Perceptions on sexuality. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2006; 14 (2): 220–226

Müller, M. (2002): Sexualität. In: Schröer, W. (Hg.): Handbuch der Kinder- und Jugendhilfe. Weinheim: Beltz Juventa

# O

Ohland, A., Niemzig, R. (2002): Behinderte Eltern. Traumziel Vater-Mutter-Kind. In: *chrismon, das evangelische Magazin* 04/2002: 32–38

Ortland, B., Czerwinski, T. (2009): Abschlussbericht Projekt KISS. Forschungsprojekt zur Entwicklung einer kompetenten, integrierenden Sexualpädagogik für Menschen mit körperlicher Schädigung an der Förderschule. TU Dortmund. Verfügbar unter: <http://www.kiss.tu-dortmund.de/index.php?menuid=26> (Zugriff: 12.09.2012)

Ott, A. (2011): Frauen sind anders – Männer auch! In: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen DAG SHG e. V. (Hg.): *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2011*. Berlin, DAG SHGV: 152–158

# P

Pixa-Kettner, U., Bargfrede, S., Blanken, I. (1996): „Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...“. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft

Pixa-Kettner, U. (2006): *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter

Potgieter, C. A., Khan, G. (2005): Sexual Self-esteem and Body Image of South African Spinal Cord Injured Adolescents. *Sexuality and Disability* 2005; Vol. 23 (1): 1–20

P

Prerowsky, L. (1996): Flirten ohne Augenkontakt. *RP-Info* 26/Jahrgang 7, August 1996. Verfügbar unter: <http://www.anderssehen.at/alltag/berichte/flirten.shtml>

Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung bei der Sächsischen Landesärztekammer (PGS Sachsen): *Qualitätsbericht Geburtshilfe. Jahresauswertung 2007*

Pschyrembel (2004): *Klinisches Wörterbuch mit klinischen Syndromen und Nomina Anatomica*. 260. Auflage. Berlin/New York: Walter de Gruyter

Rensinghoff, C. (2008): *Peer Support in der beruflichen Habilitation schwer hirnerkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener*. Saarbrücken: VDM

R

Renz-Polster, H., Menche, N., Schäffler, A. (2006): *Gesundheit für Kinder*. 2. Aufl. München: Kösel

Rischer, C., Blochberger, K. (2001): Die Situation behinderter und chronisch kranker Eltern. In: *Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern (bbe e. V.) (Hg.): Assistenz bei der Familienarbeit für behinderte und chronisch kranke Eltern*. Löhne: bbe e. V.

Röder, K. (o. J.): *Psychische Besonderheiten sehbehinderter Jugendlicher*. Deutsche Blindenstudienanstalt Marburg. Verfügbar unter: [http://www.blista.de/res/docs/psychische\\_besonderheiten\\_sehbehinderter\\_jugendlicher.doc](http://www.blista.de/res/docs/psychische_besonderheiten_sehbehinderter_jugendlicher.doc) (Zugriff 12.09.2012)

Sächsisches Bildungsinstitut (2011). <http://www.sachsen-macht-schule.de/sbi/index.htm> (Zugriff: 12.09.2012)

S

Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport 2005/2010: *Lehrpläne der allgemeinen Mittelschulen*. Verfügbar unter: <http://www.sachsen-macht-schule.de/apps/lehrplandb/> (Zugriff: 12.09.2012)

Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport 2005/2010: *Lehrpläne der Schulen für Lernförderung*. Verfügbar unter: <http://www.sachsen-macht-schule.de/apps/lehrplandb/> (Zugriff: 12.09.2012)

Sächsisches Staatsministerium für Kultus und Sport (2005): *Handbuch zur Förderdiagnostik in Sachsen*. Verfügbar unter: <http://www.sachsen-macht-schule.de/schule/3402.htm>

Schulgesetz für den Freistaat Sachsen. <http://www.infoseiten.slpb.de/fileadmin/daten/dokumente/Schulgesetz.pdf>. Stand 16. Juli 2004 (Zugriff: 12.09.2012)

**S** Schulintegrationsverordnung (SchIVO) (2004): verfügbar unter: [http://www.sachsenmacht-schule.de/schule/download/download\\_smk/schivo.pdf](http://www.sachsenmacht-schule.de/schule/download/download_smk/schivo.pdf) (Zugriff: 12.09.2012)

Sohn, W., Jörgenshaus, W. (2001): Schwerhörigkeit in Deutschland. Repräsentative Hörscreening-Untersuchung bei 2000 Probanden in 11 Allgemeinpraxen, *Z. All. Med.* 2001; 77: 143–145

Sonderpädagogik e. V. (2001): Richtlinien für den Förderschwerpunkt Sehen. Verfügbar unter: [http://verband-sonderpaedagogik-nrw.de/08\\_Aktuelles/Richtlinien/Sehen.pdf](http://verband-sonderpaedagogik-nrw.de/08_Aktuelles/Richtlinien/Sehen.pdf) (Zugriff: 12.09.2012)

Statistisches Bundesamt (2009): Statistik der schwerbehinderten Menschen 2007. Wiesbaden. Verfügbar unter: <http://www.destatis.de> (Zugriff: 12.09.2012)

Statistisches Landesamt des Freistaates Sachsen (2010): Integration und Inklusion im sächsischen Schulwesen. Große Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen. Drucksache 5/3025, Antwort vom 07.09.2010

Stevens, E., Steele, C. A., Jutal, J. W., v. Kalinins, I., Bortolussi, J.A., Biggar, W. D. (1996): Adolescents With Physical Disabilities: Some Psychosocial Aspects of Health. *Journal of Adolescent Health* 1996; 19: 157–164

Suhrweier, H. (1989): Krisenbewältigung bei neuerblindeten Erwachsenen. Wissenschaftliche Blätter zu Problemen des Blinden- und Sehschwachenwesens. Marburg: Deutsche Blindenstudienanstalt

**T** Thiersch, H. (1992): Lebensweltorientierte soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. Weinheim: Beltz-Juventa

Tuttle, D. W., Tuttle, N. R. (2004): Self-esteem and adjusting with blindness: The process of responding to life's demands. 3rd edition. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publisher Ltd.

**U** UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Verfügbar unter: [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a729-un-konvention.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 12.09.2012)  
van Kann P, Doose S: Zukunftsweisend. Peer Counseling und persönliche Zukunftsplanung. Kassel: BIFOS-Schriftenreihe, 2004

**V** Van Kann, P., Doose, S. (2004): Zukunftsweisend. Peer Counseling und persönliche Zukunftsplanung. Kassel: bifos-Schriftenreihe



Waldschmidt, A., Schneider, W. (Hg.) (2007): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld: transkript Verlag

W

Wazakili, M., Mpofu, R., Devlieger, P. (2009): Should issues of sexuality and HIV and AIDS be a rehabilitation concern? The voices of young South Africans with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation* 2009; 31 (1): 32–41

Wiegerink, D., Roebroek, M., Donkervoort, M., Cohen-Kettenis, P. T., Stam, H. J. (2008): Social, Intimate and sexual relationships of adolescents with cerebral palsy compared with able bodied age-mates. *Journal of rehabilitation medicine* 2008; 40: 112–118

Zemp, A., Pircher, E. (1996): Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Schriftenreihe der Frauenministerin, Band 10. Wien: Bundesministerin für Frauenangelegenheiten

Z



# V

## *Anhang*

**10** *Tabellenverzeichnis*

**11** *Abbildungsverzeichnis*

**12** *Fragebogen*

# Tabellenverzeichnis

# 10

Tabelle 1: Schwerbehinderte in Sachsen	39
Tabelle 2: Schülerzahlen nach Art der Behinderung in Sachsen im Zeitverlauf	40
Tabelle 3: Anteile der Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischem Förderbedarf in Förderschulen und allgemeinen Schulen nach Förderschwerpunkten 2008	43
Tabelle 4: Lehrpläne der allgemeinen Mittelschulen	45
Tabelle 5: Lehrpläne der Schulen für Lernförderung	46
Tabelle 6: Rücklaufquoten zur Befragung	53
Tabelle 7: Beschreibung der Stichprobe	63
Tabelle 8: „Welche Behinderung hast du?“, am Beispiel der Schulen für Körperbehinderte	64
Tabelle 9: „Weißt du viel über Sexualität?“, nach Altersgruppen	67
Tabelle 10: „Woher weißt du über Sexualität, Fortpflanzung, Empfängnisverhütung usw. überwiegend Bescheid?“, nach Behinderungsart	69
Tabelle 11: „Woher möchtest du gern mehr Informationen erhalten?“, nach Behinderungsart	70

Tabelle 12: „Wer sind oder waren für dich die wichtigsten Personen bei der Aufklärung über sexuelle Dinge?“, nach Geschlecht	75
Tabelle 13: „Welche Themen wurden im Unterricht schon besprochen?“, nach Altersgruppe, nur signifikante Unterschiede dargestellt	78
Tabelle 14: „Zu welchen Themen möchtest du gern noch mehr wissen?“, Mittelwerte der Geschlechter	80
Tabelle 15: „Warum hattest du noch keinen Geschlechtsverkehr?“	99
Tabelle 16: Geschätzter und tatsächlicher Anteil Gleichaltriger mit Koituserfahrung	102
Tabelle 17: „Wie wichtig sind dir für die Zukunft die folgenden Dinge?“	119
Tabelle 18: „Für wie erreichbar hältst du die Dinge?“	122
Tabelle 19: Soziodemographie der beiden Untersuchungsgruppen	127
Tabelle 20: Vertrauensperson für sexuelle Fragen, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht	129
Tabelle 21: Sexuelle Themen – Informationsdefizite, Mittelwertvergleiche der Geschlechter und Untersuchungsgruppen	131
Tabelle 22: Wahlthemen für das sexualpädagogische Curriculum	147

# Abbildungsverzeichnis

# 11

Abbildung 1: Sächsisches Bildungssystem	42
Abbildung 2: „Weißt du viel über Sexualität?“, nach Geschlecht und Behinderungsart	66
Abbildung 3: „Wie fühlst du dich, wenn über Sexualität gesprochen wird?“, nach Geschlecht und Behinderungsart	68
Abbildung 4: Genutzte und präferierte Medien, nach Geschlecht	72
Abbildung 5: „Mit wem kannst du am besten über sexuelle Dinge sprechen?“, nach Geschlecht	73
Abbildung 6: „Welche Themen wurden im Unterricht schon besprochen?“, nach Behinderungsgruppe	77
Abbildung 7: Behandelte Unterrichtsthemen und Informationsbedarf im Vergleich, nur Mädchen	82
Abbildung 8: Behandelte Unterrichtsthemen und Informationsbedarf im Vergleich, nur Jungen	83
Abbildung 9: „Woher weißt du, dass es so eine Pille gibt?“, nach Geschlecht	84
Abbildung 10: „Was haben deine Eltern dir als die beste Form der Verhütung empfohlen?“, nach Geschlecht	86

Abbildung 11: „Was hat dir der Arzt als die beste Form der Verhütung empfohlen?“, nach Behinderungsart	87
Abbildung 12: „Wie fühlst du dich in deinem Körper?“, nur „Stimme zu“-Antworten, nach Behinderungsart	89
Abbildung 13: „Wie alt warst du, als du deine erste Regelblutung/ deinen ersten Samenerguss bekommen hast?“, nach Geschlecht	90
Abbildung 14: Anteil der Mädchen mit Erfahrungen bei einer Gynäkologin/ einem Gynäkologen, nach Altersgruppen	92
Abbildung 15: „Hast du gerade einen festen Freund/eine feste Freundin?“, nur „Ja“-Antworten, nach Geschlecht und Behinderungsart	94
Abbildung 16: „Hast du schon einmal einen Jungen/ein Mädchen geküsst oder mit einem Jungen/Mädchen geschmust?“, nur „Nein“-Antworten, nach Alters- und Behinderungsgruppen	95
Abbildung 17: „Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?“, nur Mädchen, nach Altersgruppen	97
Abbildung 18: „Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?“, nur Jungen, nach Altersgruppen	98
Abbildung 19: Anteil an Geschlechtsverkehr-Erfahrenen, nach Altersgruppen und Geschlecht	101
Abbildung 20: „Was schätzt du, wie viele Mädchen und Jungen hatten in deinem Alter schon einmal Geschlechtsverkehr?“, nur Antwortmöglichkeit „Wenige“ und „Die meisten“, nach Altersgruppen	103
Abbildung 21: „Hast du dich in den letzten zwölf Monaten selbst befriedigt?“, nach Geschlecht, Alter und Koituserfahrung	104
Abbildung 22: Was hast du selbst schon einmal mit einem Mädchen/Jungen oder einer Frau/einem Mann gemacht oder erlebt?“, nach Geschlecht und Behinderungsart	105

Abbildung 23: „Wie kam es zum ersten Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht und Alter	108
Abbildung 24: „Wenn du heute an deinen ersten Geschlechtsverkehr zurück- denkst. Wie war der Zeitpunkt für das ‚erste Mal‘ für dich?“, nach Alter beim ersten Mal und Art der Behinderung	110
Abbildung 25: „Wie habt ihr beim ersten Geschlechtsverkehr verhütet?“, nach Geschlecht	111
Abbildung 26: „Mit wem hast du über dein ‚erstes Mal‘ gesprochen?“, nach Geschlecht, Mehrfachnennungen möglich	112
Abbildung 27: „Wie oft hattest du schon Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht	114
Abbildung 28: „Mit wie vielen Partnern hattest du schon Geschlechtsverkehr?“, nach Geschlecht	115
Abbildung 29: Vergleich des Verhütungsverhaltens beim ersten und letzten Geschlechtsverkehr, nach Geschlecht	116
Abbildung 30: „Hat ein Junge oder Mann schon einmal versucht, gegen deinen Willen Sex oder Zärtlichkeiten mit dir zu haben?“, nach Geschlecht und Art der Behinderung	118
Abbildung 31: „Wie wichtig sind dir für die Zukunft die folgenden Dinge?“, Vergleich der Mittelwerte nach Behinderungsart	121
Abbildung 32: „Für wie erreichbar hältst du die Dinge?“, Vergleich der Mittelwerte nach Behinderungsart	123
Abbildung 33: Wichtigkeit und Erreichbarkeit von Zukunftszielen, Vergleich der Mittelwerte	124
Abbildung 34: „Wie wäre es, jetzt schwanger zu werden/wenn ein Mädchen jetzt von dir schwanger werden würde?“, nach Geschlecht und Behinderungsart	125



Abbildung 35: Kommunikation über Sexualität – subjektives Empfinden, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht	128
Abbildung 36: Themen der Sexualaufklärung, nach Untersuchungsgruppen	130
Abbildung 37: Anteil an Koituserfahrenen, nach Untersuchungs- und Altersgruppen und Geschlecht	133
Abbildung 38: Alter beim ersten Geschlechtsverkehr, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht	134
Abbildung 39: Verhütungsmittel beim ersten Mal, nach Untersuchungs- gruppen und Geschlecht	135
Abbildung 40: Kinderwunsch, nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht	136
Abbildung 41: Erfahrungen von sexualisierter Gewalt, Anteile nach Untersuchungsgruppen und Geschlecht	137

## Fragebogen

# 12

Insgesamt lagen für die Befragung sechs verschiedene Versionen des Fragebogens vor: für Mädchen und für Jungen in Leichter Sprache, für Mädchen und für Jungen in schwerer<sup>128</sup> Sprache sowie in einer speziell für sehgeschädigte Menschen lesbaren Version jeweils für Mädchen und für Jungen. Im Folgenden ist der Fragebogen für Mädchen in Leichter Sprache, erkennbar am Symbol von Inclusion Europe<sup>129</sup>, dargestellt.

**128** Die Bezeichnung „schwere Sprache“ entstammt der Perspektive der Betroffenen, den Nutzenden der Leichten Sprache.

**129** Inclusion Europe ist eine Vereinigung von Menschen mit geistiger Behinderung und ihrer Familien in Europa: <http://inclusion-europe.org> (Zugriff: 12.09.2012).

UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät

Institut für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

## FRAGE-BOGEN

### für Mädchen



Schulnummer:




Schülernummer:




Datum:

**BZgA**  
 Bundeszentrale  
 für  
 gesundheitliche  
 Aufklärung

Bildquelle: www.shutterstock.com

12

Zu dir:

1. Wie alt bist du?

\_\_\_\_\_ Jahre

In welche Klasse gehst du?

\_\_\_\_\_ Klasse

2. Wo wohnst du den größten Teil der Zeit?

**BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN.** 

- 1  bei meinen richtigen Eltern
- 2  bei meinem richtigen Vater und Stief-Mutter
- 3  bei meiner richtigen Mutter und Stief-Vater
- 4  nur bei meinem Vater
- 5  nur bei meiner Mutter
- 6  bei Adoptiv-Eltern oder Pflege-Eltern
- 7  bei anderen Verwandten
- 8  im Internat oder Wohn-Heim
- 9  in einem Kinder-Heim oder Jugend-Heim
- 10  bei einer anderen Person, und zwar: \_\_\_\_\_

## 3. Welche Behinderung hast du?

DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. **XXXX**

1.  Körper-Behinderung
2.  Gehörlosigkeit oder Schwerhörigkeit
3.  Blindheit oder Seh-Behinderung
4.  Krankheit der inneren Organe
5.  Anfalls-Krankheit wie Epilepsie
6.  psychische oder seelische Erkrankung
7.  Lern-Behinderung
8.  andere Behinderung, und zwar: \_\_\_\_\_

## 3a. Trägst du ein Hörgerät oder CI (Cochlear Implantat)?

1.  ja
2.  nein

4. Welchen Grad der Behinderung hast du?  
(Das steht im Schwer-Behinderten-Ausweis.)

Grad der Behinderung (GdB) von \_\_\_\_\_

1.  Ich habe keinen Grad der Behinderung
2.  Ich weiß es nicht.

## 5. Seit wann hast du die Behinderung?

1.  seit der Geburt
2.  im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren bekommen
3.  hat sich allmählich ergeben

Zum Thema Sexual-Aufklärung:



6. Weißt du viel über Sexualität?

- 1  ja  
 2  nein  
 3  weiß nicht

7. Woher weißt du über Sexualität, Fort-Pflanzung, Empfängnis-Verhütung und so weiter überwiegend Bescheid?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Schu-Unterricht  
 2  Vorträge oder Info-Veranstaltungen  
 3  Jugend-Zeitschriften  
 4  kostenlose Aufklärung-Hefte  
 5  DVD oder Video-Kassetten  
 6  Fernseh-Filme  
 7  Radio  
 8  Computer-Programme oder Computer-Spiele  
 9  Internet  
 10  aus dem eigenen Erleben  
 11  etwas anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

8. Mit wem kannst du am besten über sexuelle Dinge sprechen?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

1.  Vater
2.  Mutter
3.  Lehrer oder Lehrerin
4.  Arzt oder Ärztin
5.  Bruder
6.  Schwester
7.  mein Freund oder Partner
8.  beste Freundin oder bester Freund
9.  andere Jungen
10.  andere Mädchen
11.  Leiter oder Leiterin einer Jugend-Gruppe
12.  Fach-Leute in einer Beratungs-Stelle
13.  Betreuer
14.  eine andere Person, und zwar: \_\_\_\_\_
15.  ich kann mit keiner Person über sexuelle Dinge sprechen.

22

8. Welche Themen wurden im Unterricht schon besprochen?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Geschlechts-Organen beim Mann und der Frau
- 2  sexuelle Praktiken und Reaktionen und Höhe-Punkt (Orgasmus)
- 3  Regel, Ei-Sprung, fruchtbare Tage der Frau
- 4  Empfängnis-Verrütung wie Anwendung, Sicherheit, Nebenwirkungen
- 5  Geschlechts-Krankheiten wie AIDS
- 6  körperliche und sexuelle Entwicklung als Jugendliche(n)
- 7  Entwicklung vom Ungeborenen, Schwangerschaft und Geburt
- 8  über den Schwangerschafts-Abbruch
- 9  Ehe und Partnerschaft
- 10  Zärtlichkeit und Liebe
- 11  weibliche oder männliche Homo-Sexualität
- 12  Selbst-Befriedigung bei Mädchen und Jungen
- 13  sexuelle Gewalt und sexueller Missbrauch
- 14  Prostitutor (Nuten, Hurerei)
- 15  Pornos
- 16  Rollen von Mann und Frau in der Familie
- 17  anderes Thema und zwar: \_\_\_\_\_
- 18  Keines der Themen wurde im Unterricht besprochen



10. Zu welchen Themen möchtest du gern noch mehr wissen?

MACHE BITTE IN JEDER ZEILE 1 KREUZ. 

	Ich möchte gerne mehr darüber wissen.	Ich weiß genügend darüber.	Das Thema interessiert mich gar nicht.
	1	2	3
Geschlechts-Organ beim Mann und bei der Frau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sexuelle Praktiken und Reaktionen und Höhepunkt (Orgasmus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regel, E-Sprung, fruchtbare Tage der Frau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfängnis-Verhütung wie Anwendung, Sicherheit, Neben- Wirkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geschlechts-Krankheiten wie AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
körperliche und sexuelle Entwicklung Jugendlicher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung vom Ungeborenen, Schwangerschaft und Geburt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ich möchte gerne mehr darüber wissen, 1	Ich weiß genügend darüber, 2	Das Thema interessiert mich gar nicht, 3
Schwangerschafts-Abbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ehe und Partnerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zärtlichkeit und Liebe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weibliche oder männliche Homosexualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbst-Befriedigung bei Mädchen und Jungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sexuelle Gewalt oder sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pornos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prostitution (Narren, Huren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollen von Mann und Frau in der Familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Woher möchtest du gern mehr Informationen erhalten?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Schul-Unterricht
- 2  Vorträge oder Info-Veranstaltungen
- 3  kostenlose Aufklärungs-Hefte
- 4  Jugend-Zeitschriften
- 5  Sorgen-Telefon
- 6  Aufklärungs-Spiele
- 7  DVD oder Video-Kassetten oder Fernseh-Filme
- 8  Radio oder Hör-Bücher
- 9  Comics
- 10  Internet oder Computer-Spiele
- 11  öffentliche Ausstellungen
- 12  anderes, und zwar \_\_\_\_\_
- 13  Ich möchte keine weiteren Informationen.

12. Wann kann eine Frau leicht schwanger werden?

**BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN. X**

- 1  die ersten Tage nach der Regel-Blutung
- 2  etwa in der Mitte zwischen den Regel-Blutungen
- 3  die letzten Tage vor der Regel-Blutung
- 4  während der Regel-Blutung
- 5  ich weiß es nicht

58

13. Wenn ihr vergessen habt zu verhüten oder dabei etwas schief  
gegangen ist, gibt es die ‚Pille danach‘.

Das ist eine Notfall-Verhütung.

Woher weißt du, dass es so eine Pille gibt?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Schule
- 2  Mutter
- 3  Vater
- 4  Arzt oder Ärztin
- 5  Geschwister
- 6  mein Freund oder Partner
- 7  ein Freund oder eine Freundin
- 8  Aufklärungs-Helfer
- 9  Fernsehen oder Radio oder Zeitung
- 10  Krankenkassen
- 11  Beratungs-Stellen
- 12  Bäcker
- 13  etwas anderes, und zwar \_\_\_\_\_
- 14  Ich wusste nicht, dass es die ‚Pille danach‘ gibt.

Nun zu dir und wie du dich selbst siehst.

14. Wie fühlst du dich in deinem Körper?

**MACHE BITTE IN JEDER ZEILE EIN KREUZ.** 

	Stimmt 1	Stimmt teilweise 2	Stimmt nicht 3
Ich treibe viel Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich benutze gern Deos, Cremes und Haar-Gels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu dünn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich wohl in meinem Körper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich fühle mich zu dick	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich finde meinen Körper schön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ich die Möglichkeit hätte, würde ich eine Schönheits-Operation machen lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11

12

15. Wie alt warest du, als du deine 1. Regel-Blutung bekommen hast?

\_\_\_\_\_ Jahre

Ich habe noch keine Regel-Blutung.

16. Wenn du deine Regel-Blutung schon hast:

Warst du darauf vorbereitet?

1.  Ja, ich wusste Bescheid.
2.  Ich wusste nichts Genaues.
3.  Nein, ich wusste nicht Bescheid.



17. Hast du schon einmal einen Jungen geküsst oder mit einem Jungen geschmust?

1.  ja  
2.  nein

18. Wenn du noch nie einen Jungen geküsst oder mit einem Jungen geschmust hast:  
Warum nicht?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXX**

1.  Mir fehle bisher der richtige Junge.  
2.  Ich möchte es nicht.  
3.  Ich bin zu schüchtern.  
4.  Dafür bin ich noch zu jung.  
5.  Ich habe Angst, etwas falsch zu machen.  
6.  Ich finde es nicht richtig.  
7.  Der Junge weigerte sich.  
8.  Weil meine Eltern es erfahren könnten.  
9.  Ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft.  
10.  Ich mag Mädchen.  
11.  ein anderer Grund...und zwar: \_\_\_\_\_



**Wenn du noch nie einen Jungen geküsst oder mit einem Jungen geschmust hast.**

**Mache bitte weiter mit Frage 38 auf Seite 21.**

41

19. Was hast du selbst schon einmal gemacht oder erlebt?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Kleben
- 2  Ein Junge strichelte meine Brust
- 3  Ein Junge berührte meine Geschlechts-Teile.
- 4  Ich berührte die Geschlechts-Teile eines Jungen.
- 5  Geschlechts-Verkehr (Sex)

20. Wenn du noch keinen Geschlechts-Verkehr hattest:

Warum hattest du noch keinen Geschlechts-Verkehr?:

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1  Mir fehlte bisher der richtige Junge.
- 2  Ich möchte es nicht.
- 3  Ich bin zu schönstem.
- 4  Dafür bin ich noch zu jung.
- 5  Ich habe Angst, etwas falsch zu machen.
- 6  Ich finde es nicht richtig.
- 7  Der Junge weigerte sich.
- 8  Weil meine Eltern es erfahren könnten.
- 9  Ich hatte Angst vor einer Schwangerschaft.
- 10  Ich mag Mädchen.
- 11  ein anderer Grund, und zwar: \_\_\_\_\_



**Wenn du noch keinen Geschlechts-Verkehr hattest,  
Mache bitte weiter mit Frage 36 auf Seite 21.**



21. Wie alt warst du, als du das 1. Mal Geschlechts-Verkehr hattest?

\_\_\_\_\_ Jahre

22. Wie alt war damals dein Partner?

\_\_\_\_\_ Jahre

Ich weiß es nicht

23. Wie genau kanntest du den Partner, mit dem du zum 1. Mal Geschlechts-Verkehr hattest?

**BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN.** 

1.  Ich kannte den Partner gar nicht.
2.  Ich kannte den Partner kaum.
3.  Ich kannte den Partner gut.
4.  Ich war mit dem Partner fest befreundet.
5.  Ich war mit dem Partner verlobt oder verheiratet.

45

24. Wo hast du den Partner kennen gelernt?

BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN. **X**

1.  in der Schule
2.  in der Disco
3.  im Freizeit-Verein
4.  im Internat oder Wohn-Heim
5.  im Freundes-Kreis
6.  zur Kur oder Reha
7.  übers Internet
8.  etwas anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

25. War der Partner ebenfalls behindert?

1.  nein
2.  ja, mit der gleichen Behinderung wie ich
3.  ja, aber mit einer anderen Behinderung; und zwar: \_\_\_\_\_

26. Wie kam es zum 1. Geschlechts-Verkehr?

BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN. 

1.  Ich wollte es.
2.  Mein Partner wollte es.
3.  Wir beide wollten es.
4.  Es hat sich so ergeben.
5.  etwasse anderes, und zwar:

27. Wie hast du deinen 1. Geschlechts-Verkehr erlebt?

1.  Es war für mich nichts Besonderes.
2.  Es war für mich etwas Schönes.
3.  Ich hatte ein schlechtes Gewissen dabei.
4.  Es war für mich etwas Unangenehmes.

28. Wenn du heute an deinen 1. Geschlechts-Verkehr zurück denkst,  
Wie war der Zeit-Punkt für das „1. Mal“ für dich?

BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN. 

1.  viel zu früh
2.  etwasse zu früh
3.  gerade richtig
4.  eher recht spät

## 28. Wie habt ihr beim 1. Geschlechts-Verkehr verhütet?

1.  Wir haben nicht verhütet.
2.  rechtzeitiger Abbruch beim Verkehr (Coitus Interruptus).
3.  Kondom
4.  Pille
5.  3-Minuten-Spritze
6.  chemische Verhütungsmittel (wie Patentox oval)
7.  etwas anderes, und zwar: \_\_\_\_\_

30. Wenn ihr beim 1. Geschlechts-Verkehr nicht verhütet habt,  
Warum habt ihr nicht verhütet?DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. **XXX**

1.  Es kam so spontan.
2.  Ich habe mich nicht getraut, es anzusprechen.
3.  Ich hatte Alkohol oder Drogen genommen und deshalb keinen klaren Kopf mehr.
4.  Ich dachte, es wird schon nichts passieren.
5.  Wir hatten keine Verhütungsmittel.
6.  Ich habe mich nicht getraut, Kondome zu kaufen.
7.  Wir wollten aufpassen.
8.  Wir wussten noch nicht so genau über Verhütung Bescheid.
9.  Ich hatte vergessen, die Pille zu nehmen.
10.  Ich weiß nicht, warum wir nicht verhütet haben.
11.  Es gab einen anderen Grund, und zwar: \_\_\_\_\_

31. Mit wem hast du über dein „1. Mal“ gesprochen?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

- 1.  Vater
- 2.  Mutter
- 3.  Lehrer oder Lehrerin
- 4.  Arzt oder Ärztin
- 5.  Bruder
- 6.  Schwester
- 7.  mein Freund oder Partner
- 8.  die beste Freundin oder der beste Freund
- 9.  andere Jungen
- 10.  andere Mädchen
- 11.  Leiter oder Leiterin einer Jugend-Gruppe
- 12.  Betreuer
- 13.  eine andere Person, und zwar: \_\_\_\_\_
- 14.  ich habe mit niemandem darüber gesprochen

32. Wie oft etwas haltest du schon Geschlechts-Verkehr?

- 1.  nur 1 Mal
- 2.  bis zu 10 Mal
- 3.  11 bis 50 Mal
- 4.  mehr als 50 Mal

33. Mit wie vielen Partnern hattest du schon Geschlechts-Verkehr?

1.  mit 1 Partner  
 2.  mit 2 Partnern  
 3.  mit 3 Partnern  
 4.  mit mehr als 3 Partnern

34. Wenn du schon mehrmals Geschlechts-Verkehr hattest.

Wie habt ihr beim letzten Geschlechts-Verkehr verhütet?

1.  Wir haben nicht verhütet.  
 2.  rechtzeitiger Abbruch des Verkehrs (Kofix, Interitusus)  
 3.  Kondom  
 4.  Pille  
 5.  3 Monats-Spritze  
 6.  chemische Verhütungsmittel (wie Paterex, ovuli)  
 7.  etwas anderes, und zwar \_\_\_\_\_

35. Wie sehr achtest du auf die Verhütung einer Schwangerschaft?

**BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN.** **X**

1.  Ich achte nie darauf.  
 2.  Ich achte selten darauf.  
 3.  Ich achte meistens darauf.  
 4.  Ich achte fast immer darauf.  
 5.  Ich achte immer sehr genau darauf.

**AN ALLE!**

36. Wie fühlst du dich, wenn über Sexualität gesprochen wird?

1.  ich habe kein Problem damit, über Sexualität zu sprechen
2.  ich spreche nur mit ganz wenigen Leuten darüber
3.  ich spreche nicht gern über das Thema

37. Was schätzt du, wie viele Mädchen oder Jungen hatten in deinem Alter schon einmal Geschlechts-Verkehr?

1.  wenige
2.  etwa ein Drittel
3.  etwa die Hälfte
4.  die meisten

38. Haben deine Eltern oder Erzieher dich schon ausführlich über Empfängnis-Verhütung beraten?

1.  ja
2.  nein

39. Wenn dich deine Eltern oder Erzieher beraten haben, Was haben deine Eltern oder Erzieher dir als die beste Form der Verhütung empfohlen?

1.  Kondom
2.  Pille
3.  rechtzeitiger Abbruch des Verkehrs (Kokus-Intervall)
4.  chemische Verhütungs-Mittel (Zäpfchen, wie Patentax-oval)
5.  3 Monats-Serize
6.  etwas anderes, und zwar \_\_\_\_\_
7.  ich habe keine Empfehlung bekommen



40. Hast du dich schon einmal von einem Arzt über Verhütungs-Mittel beraten lassen?

1.  ja  
2.  nein

41. Wenn dich ein Arzt beraten hat,

Was hat dir der Arzt als die beste Form der Verhütung empfohlen?

1.  Kondom  
2.  Pille  
3.  rechtzeitiger Abbruch des Verkehrs (Kotus Interruptus)  
4.  chemische Verhütungs-Mittel (Zäpfchen, wie Patentex oval)  
5.  3-Monats-Spritze  
6.  etwas anderes, und zwar: \_\_\_\_\_  
7.  Ich habe keine Empfehlung bekommen.

41

42. Wie alt warst du, als du zum 1. Mal bei einem Frauen-Arzt oder einer Frauen-Ärztin warst?

\_\_\_\_\_ Jahre

Ich war noch nicht beim Frauen-Arzt oder bei der Frauen-Ärztin

43. Wenn du schon mal beim Frauen-Arzt oder bei der Frauen-Ärztin warst.  
Warum warst du da?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXX**

1.  Regel-Blutung
2.  Verhütung
3.  Befruchtung / schwanger zu sein
4.  Unterleibs-Beschwerden
5.  HPV-Impfung
6.  Schwangerschafts-Abbruch
7.  etwas anderes, und zwar \_\_\_\_\_

44. Wenn du schon mal beim Frauen-Arzt oder bei der Frauen-Ärztin warst.

Wie war dieser 1. Besuch beim Frauen-Arzt oder bei der Frauen-Ärztin?

1.  Es war in etwa so wie ich es dir vorher vorgestellt habe.
2.  Es war angenehmer als gedacht, weil \_\_\_\_\_
3.  Es war unangenehmer als gedacht, weil \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

45. Hast du gerade einen festen Freund?

1.  ja
2.  nein

46. Wie wichtig sind dir für die Zukunft die folgenden Dinge?

MACHE BITTE IN JEDER ZEILE EIN KREUZ. 

	Wichtig 1	Teilweise wichtig 2	Nicht wichtig 3
Einen Partner haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein erfülltes Sexual-Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viele Freunde haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Beruf haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine eigene Wohnung haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Viel Geld haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Für wie erreichbar hältst du die Dinge?

MACHE BITTE IN JEDER ZEILE EIN KREUZ: 

	Erschbar	Teilweise erreichbar	Nicht erreichbar
	1	2	3
Einen Partner haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kinder haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ein erfülltes Sexual-Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiss. Freunde haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Beruf haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine eigene Wohnung haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wen Geld haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48. Hast du bereits ein Kind?

1.  ja

2.  nein

49. Bist du gerade schwanger?

1.  ja

2.  nein

50. Wie wäre es, jetzt schwanger zu werden?

*Wenn du gerade schwanger bist.*

Was hast du gefühlt, als du davon erfahren hast?

**BITTE NUR 1 KREUZ MACHEN.** 

- 1  eine Katastrophe
- 2  sehr unangenehm
- 3  nicht weiter schlimm
- 4  erfolgreich

51. Hast du dich in den letzten 12 Monaten selbst befriedigt?

- 1  ja
- 2  nein

52. Hast du selbst schon einmal engen körperlichen Kontakt mit einem Mädchen oder einer Frau gehabt?

1.  ja  
2.  nein

53. Wenn du schon mal engen körperlichen Kontakt mit einem Mädchen oder einer Frau hattest,

Was hast du selbst schon einmal mit einem Mädchen oder einer Frau gemacht oder erlebt?

1.  Küssen  
2.  Berühren der Geschlechts-Teile  
3.  Geschlechts-Verkehr

54. Hat ein Junge oder Mann schon einmal versucht, gegen deinen Willen Sex oder Zärtlichkeiten mit dir zu haben?

1.  nein  
2.  ja, mein Freund oder Ex-Freund  
3.  ja, ein Freund oder Mitschüler von mir  
4.  ja, eine neue Bekanntschaft  
5.  ja, ein Mann, von dem ich abhängig war, wie Verwandter, Lehrer, Übungsleiter beim Sport  
6.  ja, ein unbekannter Junge oder Mann

11

55. Wenn du schon mal gegen deinen Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen wurdest.  
Wie ist die Situation ausgegangen?

**DU KANNST MEHRERE KREUZE MACHEN. XXXX**

1.  Ich habe ihn angeweht.
2.  Es kam zu Küssen und Berühren der Geschlechts-Teile.
3.  Es kam zum Geschlechts-Verkehr.
4.  Es kam zu anderen sexuellen Handlungen.

56. Wenn du schon mal gegen deinen Willen zu sexuellen Handlungen gezwungen wurdest.  
Hast du jemandem von diesem Erlebnis erzählt?

1.  ja, Mutter oder Vater oder Betreuer
2.  ja, einem anderen Erwachsenen
3.  ja, einer Freundin oder einem Freund
4.  nein, niemandem



57. Gibt es zu dieser Umfrage noch etwas, was für dich ganz wichtig ist und noch nicht angesprochen wurde?  
Dann schreib das bitte hier auf.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Vielen herzlichen Dank für deine Teilnahme.

31



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

BZgA • Postfach 91 01 52 • 51071 Köln

Ostmerheimer Str. 220  
51109 Köln  
Telefon (0221) 8992-0  
Telefax (0221) 8992-363

An die Eltern der  
Teilnehmerinnen und Teilnehmer  
der Studie

Ihr Zeichen / Ihre Nachricht

Gesch.-Z.: Bitte bei Antwort angeben

Telefon

Datum

(0221) 8992-0

Köln, im Herbst 2010

Sehr geehrte Eltern,

die Universität Leipzig ist von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) beauftragt worden, eine Studie über Jugendliche in Sachsen durchzuführen.

Im Rahmen dieser Untersuchung werden sachsenweit ca. 500 Mädchen und Jungen mit Behinderungen befragt. Auch Ihr Kind wurde für diese Befragung ausgewählt. Um ein möglichst repräsentatives Bild zu gewinnen, ist es von großer Bedeutung, dass alle ermittelten Personen daran teilnehmen.

Das Thema dieser Befragung ist „Aufklärung/Sexualität/Verhütungsverhalten bei Jugendlichen heute“. Zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften ist die BZgA gesetzlich beauftragt, Informationsmaterialien zur Sexualaufklärung zu entwickeln. Über Partnerschaft, Liebe, Sexualität und Verhütung zu sprechen, fällt Jugendlichen, Eltern und auch Lehrpersonen nicht immer leicht. Auch Gynäkologinnen/ Gynäkologen, Kinderärztinnen/Kinderärzte und Beratungsstellen, die oft mit dieser Thematik konfrontiert werden, wollen wir mit Hilfe der Befragungsergebnisse in ihrer Arbeit unterstützen.

Erreichbar mit öffentl. Verkehrsmitteln:  
KVB-Linie 1, Haltestelle Merheim

Dienstzeiten:

Montag, Dienstag: 7:30 - 16:15 Uhr  
Mittwoch, Donnerstag: 7:30 - 15:45 Uhr  
Freitag: 7:30 - 14:30 Uhr

Kontoverbindung:

Bundeskasse Bonn bei der  
Landeszentralbank Bonn (BLZ 380 000 00)  
Konto-Nr. 380 010 60

Internet-Adresse:

<http://www.bzga.de>

- 2 -

Da bereits in der Vergangenheit mehrfach (1980, 1994, 1996, 1998, 2001, 2005 und zuletzt 2009) ähnliche Studien durchgeführt wurden, können auch Veränderungen in Einstellung und Verhalten der Jugendlichen aufgezeigt werden. Die Untersuchung soll dazu beitragen, Informationsmaterialien zur Sexualerziehung in Familie und Schule sachgerecht und angemessen zu entwickeln.

Wir möchten Sie daher herzlich bitten, Ihr Einverständnis zur Befragung Ihrer Tochter bzw. Ihres Sohnes zu geben.

**Sämtliche Angaben werden absolut vertraulich behandelt und ausschließlich nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten ausgewertet.** Die Fragebögen sind anonym. Es steht nur eine Verarbeitungsnummer darauf. Diese ist nötig, um die verschiedenen Schulen zuordnen zu können. Es wird aber weder Ihr Name noch Ihre Anschrift auf dem Fragebogen vermerkt.

Um wahrheitsgetreue Angaben der Jugendlichen zu erhalten und aus Gründen des Datenschutzes können den Eltern keine Informationen aus dem Fragebogen der Jugendlichen gegeben werden.

Wir möchten Ihnen noch einmal ausdrücklich versichern, dass sämtliche Angaben **anonym** bleiben, **streng vertraulich** behandelt werden und allein wissenschaftlichen Zwecken dienen.

**Wir danken für Ihre Mithilfe.**

Dr. Elisabeth Pott  
Direktorin der Bundeszentrale  
für gesundheitliche Aufklärung

Sollten Sie Fragen oder Anregungen haben, bitten wir Sie, sich an die Projektverantwortlichen an der Universität Leipzig, Sabine Wienholz und Anja Seidel zu wenden.

Telefon: 0341 – 9715404

Fax: 0341 – 9724569

E-mail: [anja.seidel@medizin.uni-leipzig.de](mailto:anja.seidel@medizin.uni-leipzig.de)

# UNIVERSITÄT LEIPZIG

Medizinische Fakultät  
Institut für Arbeits- und Sozialmedizin  
Direktorin: Prof. Steffi G. Riedel-Heller, MPH  
Philipp-Rosenthal-Str. 55 | 04103 Leipzig  
Ansprechpartnerinnen: Sabine Wienholz, Anja Seidel  
Tel.: (0341) 9715404 | Fax: (0341) 9724569  
email: [anja.seidel@medizin.uni-leipzig.de](mailto:anja.seidel@medizin.uni-leipzig.de)



Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung  
Ostmerheimer Str. 220 | 51109 Köln  
Ansprechpartnerin: Frau Angelika Hessling  
Tel.: (0221) 8992238 | Fax: (0221) 8992363

## Einverständniserklärung

Hiermit erteile ich mein Einverständnis, dass mein Sohn/meine Tochter (bitte vollständigen Namen eintragen) \_\_\_\_\_

an der schriftlichen Befragung der BZgA und der Universität Leipzig zur Jugendsexualität teilnehmen kann. Ich bin damit einverstanden, dass die von ihm/ihr gegebenen Informationen gemäß den Datenschutzbestimmungen §5 BDSG anonym und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Bitte geben Sie die unterschriebene Einverständniserklärung Ihrem Kind wieder mit in die Schule. Sie dient als Berechtigung zur Teilnahme an der Befragung.

## Online-Informationen zur Studie



**[www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de)**  
**[www.english.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.english.forschung.sexualaufklaerung.de)**

Zur Studie Jugendsexualität und Behinderung finden sich in dem Online-Angebot zusätzliche Informationen zum Projekt sowie zur wissenschaftlichen Abschlusstagung in Leipzig, auf der die Studienergebnisse vorgestellt und diskutiert wurden. Im zweisprachigen Online-Angebot der BZgA werden Studien, Evaluationen, Modellprojekte und Expertisen zum Themenfeld Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung in deutscher und englischer Sprache vorgestellt.

Das Online-Angebot [www.forschung.sexualaufklaerung.de](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de) ermöglicht einen schnellen Zugang zu den laufenden und abgeschlossenen Forschungsprojekten der BZgA. Zu jedem Projekt gibt es einen Projektsteckbrief und ein Abstract. Diese Basisinformationen werden ergänzt durch ausgewählte Ergebnisse, Literatur- und Linklisten, Informationen zu Expertinnen und Experten sowie Hintergrundinformationen.



<http://www.forschung.sexualaufklaerung.de>

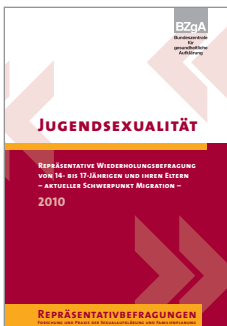
## Publikationen und Online-Angebote der BZgA



### **FORUM Sexualaufklärung Heft 1-2010 – Sexualität und Behinderung**

Bereits 2001 behandelte das FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung das Thema Sexualität und Behinderung. Es war der erste Schritt, einen Diskurs in die Öffentlichkeit zu tragen und für größere Beachtung der vielfältigen Fragestellungen zu sorgen. Mit der Ausgabe 1/2010 widmet sich das FORUM ein weiteres Mal dem Komplex und kann zurückblicken, was sich in den letzten neun Jahren verändert hat.

**Bestellnummer: 13329214**



### **Jugendsexualität 2010. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern – aktueller Schwerpunkt Migration**

Dieser Bericht stellt die wesentlichen Ergebnisse der Repräsentativbefragung Jugendsexualität 2010 vor. Ziel der Erhebung war es, empirische Daten zu ermitteln, die aufgrund der Repräsentativität der Stichproben zuverlässige Aussagen über Einstellung und Verhalten von Jugendlichen und ihren Eltern in Fragen der Aufklärung, Sexualität und Kontrazeption liefern sollten. Die Studie knüpft an Untersuchungen aus früheren Jahren an mit dem ausdrücklichen Ziel, Trendentwicklungen aufzuzeigen.

**Bestellnummer: 13316200**



### **www.loveline.de**

Jugendhomepage zu Liebe, Partnerschaft, Sexualität und Verhütung. Mit Chats, Lexikon, Wissensspielen, FAQs, Umfragen, News und monatlichen Schwerpunktthemen können Jugendliche aktuell interaktiv ihr Wissen erweitern.



### **www.schwanger-unter-20.de**

Das Online-Angebot bietet zahlreiche Informationen und Orientierungshilfen für minderjährige und junge Schwangere sowie ihre Partner an. Neben Informationen zu finanziellen Hilfen und wichtigen Anlaufstellen finden Betroffene Antworten auf häufig gestellte Fragen. Sie werden ermutigt, Hilfe in Anspruch zu nehmen und kommen als junge Schwangere und werdende Väter in Erfahrungsberichten auch selbst zu Wort.

## WWW.SEXUALAUFKLAERUNG.DE

Unter der Adresse <http://www.sexualaufklaerung.de> werden insbesondere die Medien der Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung präsentiert. Die Internetseiten bieten einen Überblick über Veröffentlichungen zu aktuellen und abgeschlossenen Studien, Expertisen, Untersuchungen, Kampagnen und Modellprojekten für die verschiedenen Zielgruppen.

Unter anderem werden die Bände der Reihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** jeweils mit einer kurzen Zusammenfassung der Inhalte vorgestellt. Jeder Band kann direkt über das Bestellsystem der BZgA bestellt werden. Soweit verfügbar, werden auch PDF-Dateien zum Download angeboten.

Auch der regelmäßige Informationsdienst der BZgA **FORUM SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** wird detailliert vorgestellt und zum Download angeboten. Die Kurzfassungen von Studien und Wiederholungsbefragungen sind ebenfalls als Online-Angebot verfügbar. In der Reihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung sind mittlerweile über zwanzig Publikationen erschienen; sie wird kontinuierlich erweitert. Einige Bände sind als Printversion nicht mehr erhältlich – als elektronisches Dokument jedoch verfügbar.

Über das Angebot [www.sexualaufklaerung.de](http://www.sexualaufklaerung.de) sind auch die Fachdatenbanken der BZgA zu erreichen. Das Angebot umfasst derzeit sechs Fachdatenbanken und wird kontinuierlich erweitert. Zum Themenfeld Sexualaufklärung und Familienplanung sind folgende Datenbanken verfügbar:

- Frauengesundheit und Gesundheitsförderung: Literatur, Daten und Organisationen
- Pränataldiagnostik und unerfüllter Kinderwunsch: Informationsmaterialien, Aufklärungsbroschüren, Medien, Maßnahmen

Sexualaufklärung und Familienplanung sind seit 1992 ein Arbeitsschwerpunkt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Der gesetzliche Auftrag zur Konzeptentwicklung verpflichtet die BZgA in besonderer Weise, einen interdisziplinären Diskurs über Sexualität, Kontrazeption und Familienplanung anzuregen und zu fördern. Dies ist auch ein wichtiges Element zur Qualitätssicherung in diesem Feld. Durch verschiedene Publikationen leistet die BZgA einen Beitrag zur Information und Auseinandersetzung mit diesem Themenkomplex.

Die „Materielliste“ informiert über alle Veröffentlichungen der BZgA, der Infobrief **FORUM SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** bereitet relevante Themen aktuell auf und mit der Fachheftreihe **FORSCHUNG UND PRAXIS DER SEXUALAUFKLÄRUNG UND FAMILIENPLANUNG** bietet die BZgA ein Forum zur Diskussion und Vernetzung zwischen Wissenschaft und Praxis.

In der Fachheftreihe werden Meinungen von Expertinnen und Experten sowie Studien und Modellprojekte veröffentlicht, die den aktuellen Stand der Sexualaufklärung und Familienplanung aufzeigen. In Sonderbänden werden darüber hinaus die Ergebnisse von Tagungen und Kongressen dokumentiert.

Die vorliegende Studie untersucht Einstellungen und Kenntnisse zum Thema Sexualität von Jugendlichen mit Körper- und Sinnesbehinderungen an Förderschulen in Sachsen. Schwerpunktthemen der quantitativen Erhebung sind Aufklärung in Schule und Elternhaus, erste sexuelle Erfahrungen und Verhütung, aber auch körperliche Entwicklung, Kinderwunsch sowie Gewalterfahrungen.

Die Veröffentlichungen der BZgA sind unter der Bestelladresse BZgA, 51101 Köln, oder per E-Mail an [order@bzga.de](mailto:order@bzga.de) erhältlich.



**Bundeszentrale  
für  
gesundheitliche  
Aufklärung**

ISBN 978-3-942816-24-3

Schutzgebühr: 11 Euro